Édouard-Marie Leaune

Troubles psychiatriques et migration : de l'ethnopsychiatrie à la justice sociale en santé mentale

---

LEAUNE, Édouard-Marie. *Troubles psychiatriques et migration* **[en ligne]** *: de l'ethnopsychiatrie à la justice sociale en santé mentale*. Sous la direction d'Isabelle DELPLA. Thèse de doctorat : Philosophie mention histoire de la philosophie. Lyon : Université Jean Moulin Lyon 3, 2023.

Disponible sur : https://www.theses.fr/2023LYO30009

Document diffusé sous le contrat *Creative Commons* « **Attribution – Pas d'utilisation commerciale - Pas de modification** »
Vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

N° d'ordre NNT : 2023LYO30009

THÈSE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ JEAN MOULIN LYON 3

Membre de l'université de Lyon

École doctorale n° 487 – Philosophie : histoire, représentation, création

Discipline : **Philosophie**
Mention : **Histoire de la philosophie**

Soutenue publiquement le 31/03/2023, par

Édouard-Marie LEAUNE

Troubles psychiatriques et migration :

de l'ethnopsychiatrie à la justice sociale en santé mentale

Laboratoire de recherche : **IRPHIL, Institut de recherches philosophiques de Lyon**

Directrice de thèse : **Mme Isabelle DELPLA**

Devant le jury composé de :

Mme Isabelle DELPLA
Professeure des universités, université Jean Moulin Lyon 3. Directrice de thèse

Mme Élodie GIROUX
Professeure des universités, université Jean Moulin Lyon 3. Présidente du jury

Mme Magali BESSONE
Professeure des universités, université Paris 1 Panthéon-Sorbonne. Rapporteure

M. Richard RECHTMAN
Professeur des universités, école des hautes études en sciences sociales, Paris. Rapporteur

M. Jean-Arthur MICOULAUD-FRANCHI
Professeur des universités, université Bordeaux Montaigne, Pessac. Examinateur

M. Gilles RODE
Professeur des universités, université Claude Bernard Lyon 1, Villeurbanne. Examinateur

REMERCIEMENTS

Se lancer dans un parcours de doctorant en philosophie en menant une activité de psychiatre hospitalier constitue une aventure sans nulle autre pareille, le plus souvent passionante, parfois éprouvante, qui n'aurait pu aboutir sans l'aide et le soutien de personnes importantes que je tiens ici à remercier.

Je tiens ainsi à remercier ma directrice de thèse, Isabelle Delpla, pour son accompagnement tout au long de ce travail de thèse. Sa patience, sa pédagogie, son exigence et sa rigueur intellectuelles ont constitué des boussoles intangibles au fil des années de travail. Ses conseils et ses relectures avisés m'ont permis d'affiner au fil du temps ma réflexion et d'apporter à ce travail de thèse des hypothèses sans cesse renouvelées.

Je remercie les Prs Emmanuel Poulet et Gilles Rode pour la confiance qu'ils m'accordent depuis plusieurs années dans le cadre de mon parcours hospitalo-universitaire. Mon parcours atypique aurait pu leur faire considérer avec moins d'égard mon rôle au sein des activités de soin, d'enseignement et de recherche que j'ai le plaisir et la chance de mener. Qu'ils soient ici remerciés pour les opportunités qu'ils m'offrent et pour l'honneur de pouvoir travailler en toute sérénité à leurs côtés.

Je remercie les Drs Halima Zeroug-Vial, Chantal Mannoni, Aurélie Tinland, Julien Delvigne-Hauray, Morgan Fahmi et Sarah Dudok de Wit. Les discussions et réflexions autour de leurs travaux respectifs sur les inégalités sociales de santé mentale ont largement nourri ce travail de thèse et les hypothèses qui y sont avancées.

Je remercie les équipes de prévention du suicide du Centre Hospitalier le Vinatier et le pôle national du 3114 pour la richesse que constitue le travail à leurs côtés.

Mes remerciements vont à l'équipe pédagogique de sciences sociales et humanités de la Faculté Lyon-Est avec laquelle j'ai le plaisir de réflechir aux applications pratiques des sciences sociales en santé et de partager des enseignements passionnants. Je remercie également les étudiants de la Faculté pour les discussions menées au cours des enseignements en responsabilité sociale, en psychiatrie et en sciences sociales et humanités.

Je remercie l'équipe pédagogique et les étudiants du DU/Master Culture et Santé pour les discussions toujours enrichissantes autour des questions abordées dans ce travail de thèse.

Je remercie les Prs Magali Bessone, Elodie Giroux, Richard Rechtman, Gilles Rode et Jean-Arthur Micoulaud-Franchi de me faire l'honneur d'être membres du jury de cette thèse.

Je remercie également Sridhar Venkatapuram, Sophie Guérard de Latour, Sophie Djigo et Brenda Bogaert pour leurs contributions au cours des deux journées d'études « La santé mentale au prisme de la justice sociale » qui ont permis d'affiner et d'améliorer ce travail.

Je remercie les doctorants du *Réseau d'Idées sur la Santé* de Lyon pour les échanges passionants sur l'abord de la santé par les sciences sociales qui m'ont permis, notamment dans mes premières années de doctorat, d'aguérir ma réflexion.

Je remercie Agnès Puaux pour sa relecture de la thèse.

Je remercie également l'ensemble des patients que j'ai pu accompagner au cours de mon exercice. Que leur courage et leur abnégation face à l'adversité soient ici salués.

Cette thèse n'aurait jamais pu aboutir sans le soutien inconditionnel de ma compagne, Marion. Je la remercie infiniment pour sa présence, mais également pour ces relectures de la thèse ainsi que ses découvertes, entre autres, sur les talents insoupçonnés de Georges Devereux. Je remercie également mes enfants, Sophia et Alistair, qui ont participé, chacun à leur manière, à l'élaboration de cette thèse.

A Marion, Sophia et Alistair

ABREVIATIONS DES PRINCIPAUX OUVRAGES CITES

Les ouvrages les plus fréquemment cités le seront à l'aide des abréviations suivantes, qui sont rappelées à la première occurrence de l'ouvrage :

DAM : DEVEREUX Georges (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion.

EI : RENAULT Emmanuel (2017). *L'expérience de l'injustice : essai sur la théorie de la reconnaissance* (Édition revue et augmentée). La Découverte.

HJ : VENKATAPURAM Sridhar (2013). *Health justice: an argument from the capabilities approach*. Wiley.

JH : DANIELS Norman (2008). *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.

LFE : BENSA Alban (2016). *La fin de l'exotisme : essais d'anthropologie critique*. Anacharsis.

LPR : HONNETH Axel. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. Gallimard.

MDD : TAYLOR Charles (2019). *Multiculturalisme : différence et démocratie*. Flammarion.

PIP : DEVEREUX Georges (2013). *Psychothérapie d'un Indien des Plaines : réalité et rêve* (Nouvelle édition entièrement relue et corrigée). Fayard.

PRMB : COULTHARD Glen Sean (2021). *Peau rouge, masques blancs. Contre la politique coloniale de la reconnaissance*. Lux editeur.

QJS : FRASER Nancy. (2011). *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*. Éd. la Découverte.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 9

PARTIE I. PSYCHOTHERAPIE D'UN INDIEN DES PLAINES : LA CONSTRUCTION DE L'OBJET ETHNOPSYCHIATRIQUE PAR GEORGES DEVEREUX 25

CHAPITRE I. REALITY AND DREAM : L'APPROCHE ETHNOPSYCHIATRIQUE DE GEORGES DEVEREUX **32**

1.1. BIOGRAPHIE DE GEORGES DEVEREUX 37
1.2. *REALITY AND DREAM*, ENTRE ANTHROPOLOGIE ET PSYCHANALYSE 45
1.3. EXEMPLES D'INTERPRETATION DES REVES PAR GEORGES DEVEREUX 78
1.4. CONCLUSION 93

CHAPITRE 2. LES LIMITES EMPIRIQUES DE L'INTERPRETATION ETHNOPSYCHIATRIQUE **95**

2.1. IMPORTANCE DES REVES ET CONFUSION AVEC LA REALITE ? 98
2.2. EXPERIENCES SOCIALES ET ONIRISME 106
2.3. EFFICACITE DE LA PSYCHOTHERAPIE 127
2.4. CONCLUSION 134

CHAPITRE 3. PRODIGES ET VERTIGES DE L'ETHNOPSYCHIATRIE **136**

3.1. EXOTISME, HYPOSTASE DU CULTUREL ET PRINCIPE DE CHARITE 139
3.2. REIFICATION ET MENTALITE 153
3.3. EFFACEMENT DU CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE 157
3.4. CONCLUSION 171

CHAPITRE 4. QUELLE ACTUALITE POUR L'APPROCHE CRITIQUE DE L'ETHNOPSYCHIATRIE ? **173**

4.1. REVES « TRADITIONNELS » DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE JEUNE FILLE D'ORIGINE MAROCAINE ADOPTEE 177
4.2. L'ACCUEIL DES FAMILLES CHINOISES 184
4.3. LES ENFANTS DES RUES AU GABON 189
4.4. CONCLUSION 192

CONCLUSION **193**

PARTIE II. LA SANTE MENTALE DES PERSONNES MIGRANTES AU PRISME DE LA JUSTICE SOCIALE 196

CHAPITRE 5. LA SANTE MENTALE DES POPULATIONS MIGRANTES ET DES MINORITES ETHNIQUES : ETAT DE L'ART **199**

5.1. Cadre methodologique et conceptuel de l'etat de l'art 202
5.2. Sante mentale, migration et minorites ethno-raciales 211
5.3. Facteurs et modeles explicatifs 225
5.4. Quels roles des professionnels de sante ? 258
5.5. Conclusion 270

CHAPITRE 6. LES APPROCHES PAR LA RECONNAISSANCE 272
6.1. De la psychanalyse a la reconnaissance ? 274
6.2. Reconnaissance et differences culturelles 305
6.3. Conclusion 321

CHAPITRE 7. LES APPROCHES DISTRIBUTIVES DE LA JUSTICE SOCIALE EN SANTE 322
7.1. Les inegalites sociales de sante comme enjeu de justice sociale 324
7.2. Norman Daniels et la preservation des opportunites 329
7.3. Sridhar Venkatapuram et la sante comme meta-capabilite 360
7.4. Approche tridimensionnelle des determinants sociaux de la sante 383
7.5. Conclusion 392

CHAPITRE 8. QUELLE THEORIE DE LA JUSTICE SOCIALE POUR LA SANTE MENTALE DES PERSONNES MIGRANTES ? 394
8.1. Definir les principes de base pour la justice sociale dans le champ de la sante mentale des personnes migrantes 396
8.2. Adequation des approches existantes avec les principes de base 416
8.3. Vers une approche rawlsienne de la justice sociale pour la sante mentale des personnes migrantes 421
8.4. La capacite des principes de base a evaluer de nouvelles approches 435
8.5. Conclusion 441

CONCLUSION 443

ANNEXES 457

BIBLIOGRAPHIE 473

INTRODUCTION

La crise migratoire internationale actuelle, outre ses impacts politiques et économiques majeurs à l'échelle mondiale, n'est pas sans effet sur les enjeux de santé, et notamment de santé mentale. Selon le dernier rapport de l'Agence des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), près de 90 millions de personnes se trouvaient ainsi en situation de migration à la fin de l'année 2021 du fait de conflits armés, de persécutions, de violences, de violations des droits humains ou d'évènements ayant gravement perturbé l'ordre public[1]. L'émergence de sociétés multiculturelles, l'accueil au sein des services de santé de populations socialement et culturellement diverses et l'augmentation des consultations en situation interculturelle confrontent les équipes soignantes à de nouvelles pratiques de soin qui engagent des problématiques relationnelles et épistémologiques faisant l'objet de débats importants au sein de la communauté médicale et psychiatrique. Comme nous le verrons, il est souvent fait appel, pour tenter de répondre à ces enjeux, aux travaux de médecins, psychanalystes ou psychiatres ayant travaillé sur ces thématiques au cours des dernières décennies, dans des contextes politiques, sociaux et culturels pourtant bien différents de la situation géopolitique actuelle. La question des différences culturelles, et de leurs effets sur la relation de soin ou sur la perception de la maladie et des traitements a notamment constitué une approche centrale dans la seconde moitié du XXème siècle[2] à partir de travaux de médecins et d'anthropologues, certains embrassant la double casquette, ayant travaillé sur la santé de populations autochtones en contexte colonial ou décolonial[3].

[1] UNHCR. Tendances mondiales. Déplacement forcé en 2021. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2022 ; https://www.unhcr.org/fr/62aae6e24.

[2] KLEINMANN A. (1991). *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. Free Press.

[3] DEVEREUX G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale.* Gallimard. (Noté ci-après *EEG*).

En psychiatrie, la quatrième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (DSM-IV) a notamment consacré, à la fin des années 1990, la notion de *culture-bound syndroms*, qui constituaient des tableaux syndromiques identifiés comme étant supposément spécifiques à certaines régions du monde et à certaines sociétés[4]. L'« hystérie arctique » au Groenland, la « maladie des fantômes » chez les Amérindiens ou le « mauvais œil » dans le pourtour méditerranéen ont ainsi été décrits en détail et considérés comme des entités nosographiques à part entière, permettant de prendre en compte les expressions culturelles de la maladie mentale à travers le monde. Ces diagnostics liés à la culture reposaient ainsi sur le principe d'une expression culturelle de la maladie mentale, façonnée par les supposées croyances collectives, les représentations culturelles et les classifications autochtones de la maladie[5]. Le psychiatre et anthropologue Richard Rechtman a démontré dès le début des années 2000 que cette philosophie culturaliste, sous-jacente à la psychiatrie des personnes migrantes, était partagée entre les différentes approches ethnopsychiatriques à travers le monde et reposait sur une vision réductionniste de la relation entre croyances collectives et croyances individuelles[6].

La majorité de ces syndromes a aujourd'hui disparu des classifications internationales, mais certains ont conservé une place dans le chapitre dédié au *culture-bound syndroms* du DSM-V[7], soulignant l'importance donnée aux questions culturelles dans le champ

[4] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders : DSM-4* (4th ed.). American Psychiatric Association.

[5] RECHTMAN R. (2000). De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. *Hommes & Migrations, 1225*, 46-61.

[6] « Il est désormais d'usage d'admettre que la diversité des croyances collectives, des représentations et des classifications autochtones de la maladie est susceptible d'affecter tant l'établissement d'un diagnostic psychiatrique que le déroulement du processus thérapeutique lui-même. Je rappelle que ce constat initial est à la base de la plupart des approches ethnopsychiatriques contemporaines, en France comme aux Etats-Unis, on les désigne d'ailleurs par les termes d'ethnopsychiatrie, de psychiatrie transculturelle ou encore de crosscultural psychiatry. Leur justification actuelle repose en grande partie sur l'existence de systèmes symboliques explicatifs de la maladie, variables d'une culture à l'autre, mais présentant à l'intérieur de chaque univers culturel un très haut niveau de cohérence. » (*Ibid*, pp. 47-48).

[7] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Association.

psychiatrique. La disparition de la plupart des *culture-bound syndroms* des classifications s'explique principalement par leur faible utilisation par les psychiatres autochtones exerçant au sein des régions concernées. Des psychiatres nigérians et anglais ont par exemple réalisé en 2015 une étude portant sur le « brain fag syndrom » qui avait été initialement décrit en 1960 par Raymond Prince, un psychiatre canadien travaillant auprès des populations Yorubas au Nigéria. Ce syndrome, décrit chez des étudiants nigérians, se manifestait supposément par des signes de tension nerveuse, de fatigue mentale, des douleurs de la nuque et de la tête et des gestes caractéristiques de passage de la main sur la surface du crâne. Dans leur article intitulé *Brain fag syndrome: a culture-bound syndrome that may be approaching extinction*[8], Ayorinde, Obuaya et Adeyemi s'intéressaient ainsi à la connaissance par les psychiatres nigérians de ce syndrome et la réalité des diagnostics de *brain fag syndroms* effectués par ces derniers en pratique clinique quotidienne. Alors que 98% des 102 psychiatres interrogés disaient connaitre ce syndrome, seuls 22% d'entre eux avaient déjà porté le diagnostic, tout en disant avoir reçu des patients présentant des symptômes pouvant s'y apparenter. Ces résultats soulignent le peu de pertinence de ce prétendu syndrome lié à la culture, créé par un psychiatre occidental, et peu, voire pas, adopté par les psychiatres nigérians. Le *brain fag syndrom* est donc un exemple de *culture-bound syndrom* disparu des classifications internationales par manque de pertinence.

En France, l'ethnopsychiatrie, récemment renommée sous le titre de « psychiatrie transculturelle »[9], est un courant reconnu depuis les années 1970 et ayant pris son essor dans les années 1980 et 1990 à partir de travaux de Georges Devereux puis de Tobie Nathan. Georges Devereux, psychanalyste et anthropologue américain francophone du milieu du XXème siècle, en est considéré comme le père fondateur[10] suite à ces travaux menés entre les années 1930 et

[8] AYONRIDE O.A., OBUAYA C., & ADEYEMI S.O. (2015). Brain fag syndrome: a culture-bound syndrome that may be approaching extinction. *BJPsych Bulletin*, *39*(4), 156–161.

[9] BAUBET T. & MORO M.R. (2013). *Psychopathologie transculturelle* (2e édition). Elsevier Masson.

[10] DELILLE E. (2017). *Ethno-psychiatrie*. ENS éd.

1950 auprès des populations natives américaines. Devereux a en effet publié plusieurs ouvrages aux États-Unis décrivant la pratique ethnopsychanalytique à partir de ses observations anthropologiques réalisées auprès de tribus amérindiennes, mais aussi en s'appuyant sur des prises en charge de patients autochtones en tant que psychanalyste. Son ouvrage *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*[11], publié aux États-Unis sous le titre *Reality and Dream* en 1951[12] et traduit en français en 1982, est ainsi considéré comme un ouvrage de référence pour l'ethnopsychiatrie française. Comme nous le verrons, il y décrit en détail la psychothérapie psychanalytique qu'il a menée auprès de Jimmy Picard, un Américain natif, hospitalisé au sein du *Winter General Hospital* de Topeka dans le Kansas. La prise de poste de Devereux en tant que professeur à l'École Pratique des Hautes Études, à la demande de Claude Lévi-Strauss, au début des années 1960 a permis la diffusion dans le milieu universitaire français de ses idées et théories sur l'ethnopsychiatrie.

L'un de ses élèves, le psychologue Tobie Nathan, a démocratisé dans les années 1980 et 1990[13] en France, les concepts de l'ethnopsychiatrie au travers d'une médiatisation de ses propres travaux et de ceux de Georges Devereux. La plupart des écrits de Devereux, qui avait été publiés en langue anglaise, ont été traduits et publiés en français durant cette période d'essor de l'ethnopsychiatrie française. La création en janvier 1993 par Tobie Nathan du *Centre Georges Devereux*, au sein de l'Université Paris 8, a ainsi consacré la réussite de cette discipline nouvelle à s'inscrire de manière pérenne dans le champ universitaire et psychiatrique français en proposant un abord théorique et pratique de la prise en charge des populations migrantes[14]. Le contexte décolonial de l'époque amenait en effet à devoir repenser la « psychiatrie des

[11] DEVEREUX G. (2013). *Psychothérapie d'un Indien des Plaines : réalité et rêve* (Nouvelle édition entièrement relue et corrigée). Fayard. (Noté ci-après *PIP*).

[12] DEVEREUX G. (1969). *Reality and dream: psychotherapy of a Plains Indian*. Doubleday & Company.

[13] NATHAN T. (2000). Psychothérapie et politique : les enjeux théoriques institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie. *Genèses, 38,* 136–159.

[14] CEREA A. (2020). Georges Devereux et l'ethnopsychiatrie : fonder sa science et assurer sa consécration. *Revue d'histoire des sciences humaines*, *37*, 193-208.

migrants », tout en réfutant les écrits de la psychiatrie coloniale qui avaient jusque-là constitué le corpus électif pour la compréhension des troubles mentaux des peuples colonisés, volontiers basé sur une vision raciste de la mentalité des colonisés[15]. Des consultations ethnopsychiatriques, fondées sur les concepts initialement décrits par Devereux et retravaillés par Nathan, sont proposées au sein du centre. Elles s'appuient sur l'expertise conjointe de plusieurs professionnels s'attachant à identifier les problématiques culturelles pouvant expliquer les troubles observés et permettre d'apporter une amélioration. Les patients sont ainsi souvent reçus par un nombre conséquent de cliniciens, comprenant des psychologues, des traducteurs, des « médiateurs culturels » ou « ethnocliniciens »[16] et des stagiaires en formation qui vont réfléchir ensemble aux aspects culturels impliqués dans la souffrance et les troubles des personnes reçues. Les thématiques de sorcellerie, d'envoûtement ou de thérapies traditionnelles sont ainsi fréquemment au cœur des débats et des explicitations des troubles proposés par les professionnels du centre[17].

Au cours des dernières décennies, ce prisme des différences culturelles et notamment de leurs effets sur la santé mentale a tendu à occulter les enjeux d'inégalités sociales de santé soulevés par la question migratoire et le multiculturalisme, au profit d'une vision réductionniste et réifiée de la culture. Les travaux s'intéressant à la santé mentale des personnes migrantes et des minorités ethniques sous l'angle de la justice sociale sont rares, voire inexistants. La problématique des inégalités sociales de santé, causées par l'effet des déterminants sociaux sur

[15] POROT A. (1918). Notes de psychiatrie musulmane. *Annales Médico-Psychologiques*, 10e série, tome 9.

[16] Les « ethnocliniciens » sont des personnes qui possèdent un savoir théorique ou expérientiel sur une culture donnée. Ils peuvent être psychologues, anthropologues ou traducteurs et vont participer à la réflexion clinique en apportant du matériel. Comme l'écrit la sociologue Lila Belkacem, « les ethnocliniciens œuvrent à la résolution de problèmes jugés spécifiques aux familles migrantes, lesquels seraient liés au « décalage culturel avec la France », et que les acteurs socio-éducatifs et judiciaires peineraient à comprendre – « mariages arrangés » ou encore envois contraints 'au pays' ». (BELKACEM L. (2015). Quand la clinique fait l'ethnique : logiques performatives dans la médiation interculturelle pour familles migrantes. *Genèses*, *98,* 47-68.)

[17] NATHAN T. & STENGERS I. (2012). *Médecins et sorciers* ([Nouvelle édition augmentée]). La Découverte.

la santé physique et mentale des individus, a notamment été éclipsée par ces approches dites ethnopsychiatriques ou transculturelles. Deux anthropologues et médecins français, Didier Fassin[18] et Richard Rechtman[19] ont ainsi adressé à la fin des années 1990 et au début des années 2000 d'importantes critiques à l'encontre des ethnopsychiatres et de leurs pratiques. Tous deux dénonçaient l'approche culturaliste et la négation des problématiques socioéconomiques et politiques opérée par l'école ethnopsychiatrique. Fassin écrit ainsi que « la politique de l'ethnopsychiatrie, c'est avant tout la mise en application du culturalisme »[20] tandis que pour Rechtman la clinique ethnopsychiatrique « tend à se resserrer sur les seuls aspects culturels, délaissant l'approche globale – historique, politique, sociale, économique et culturelle – des conditions de vie des migrants »[21]. En 1999, Fassin décrivait quatre formes de « violence contre l'altérité » opérées par l'ethnopsychiatrie à l'égard des personnes migrantes, à savoir le fait de les priver 1) de leur universalité, au prix d'un enfermement dans la culture, 2) de la diversité, par une vision immuable et naturalisée de la culture, 3) de leur rationalité, en les confinant dans un carcan culturel exotique, et enfin, 4) de leurs conditions sociales, par la négation des difficultés économiques, juridiques et sociales du quotidien[22]. Rechtman quant à lui critiquait notamment la manière dont les ethnopsychiatres fondaient leur pratique sur une confusion entre croyances individuelles et croyances collectives, en soulignant qu'évoquer une causalité culturelle pour expliquer un trouble psychique n'est en rien synonyme d'une croyance absolue par la personne qui l'énonce en la véracité de cette affirmation[23].

---

[18] FASSIN D. (1999). L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit. *Genèses*, *35,* 146–171.

[19] RECHTMAN R. (2000), *op.cit.*

[20] FASSIN D. (1999), *op cit.*

[21] RECHTMAN R. (2000), *op.cit.*

[22] FASSIN D. (1999), *op.cit.,* pp.168-169.

[23] « S'appuyant sur l'exemple bien connu du faiseur de pluie, Wittgenstein opère une distinction fondamentale entre la croyance, comme attitude mentale, et les contenus des croyances. Croire est une attitude mentale qui n'est pas nécessairement requise par toutes les croyances, contrairement à l'hypothèse de Frazer, et qui ne saurait de ce fait les expliquer. Au contraire même, c'est le système de croyances dans son ensemble qui supporte les contenus des croyances, et qui permet que certains puissent ne pas y croire sans que le système soit en aucune façon mis en péril. » (RECHTMAN R. (2000), *op.cit,* p. 55).

Leurs critiques ont entraîné des débats houleux avec Tobie Nathan[24], mais n'ont pas freiné l'essor progressif de l'ethnopsychiatrie dans le champ de la santé mentale, sans que de nouvelles critiques n'aient été développées depuis, que ce soit dans les sphères médiatiques ou universitaires. Par ailleurs, à compter des années 2000, de nouveaux professionnels, comme Marie-Rose Moro ou Thierry Baubet, tous deux professeurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Paris, ont repris la direction des travaux ethnopsychiatriques, en opérant une rupture partielle avec les travaux de Nathan et un retour aux fondamentaux théoriques de Devereux[25]. La volonté d'abandonner une vision réductionniste et folklorique du concept de culture a notamment amené ces auteurs à s'attacher à penser le multiculturalisme en introduisant une nouvelle approche autour du concept de « métissage culturel »[26]. La notion de complémentarisme[27], issu de l'ouvrage *From anxiety to method in the behavioral sciences*[28], publié en 1967 par Georges Devereux et traduit en français en 1980[29], constitue notamment le concept central de la psychiatrie transculturelle actuelle. Elle défend l'importance de proposer une approche pluridisciplinaire au travers du double prisme de la psychanalyse et de l'anthropologie, pensées en complémentarité pour comprendre tout phénomène psychologique individuel. Ce retour à Devereux s'inscrit dans la vision supposément moins culturaliste qu'il propose, en comparaison de celle de Nathan. En effet, Devereux a toujours cherché à dénoncer une vision trop réductrice de la culture et à défendre la thèse universaliste d'un fonctionnement psychique commun, là où Nathan s'est illustré par des prises de positions radicales en faveur,

[24] NATHAN T. (2000), *op.cit.*

[25] Nous discuterons plus précisément dans la première partie de notre thèse des enjeux épistémologiques et pratiques de cette évolution de l'ethnopsychiatrie française au début du XIXème siècle.

[26] MORO M. R. (2010). *Nos enfants demain : pour une société multiculturelle*. O. Jacob.

[27] Nous décrirons plus en détail dans la suite de notre thèse le complémentarisme décrit par Devereux.

[28] DEVEREUX G. (1967). *From anxiety to method in the behavioral sciences*. Mouton.

[29] DEVEREUX G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion. (Noté ci-après *DAM*).

par exemple, de l'excision pour la bonne santé mentale des jeunes filles africaines[30] ou de ghettos culturels pour limiter le « traumatisme culturel » vécu par les personnes migrantes[31].

Pour autant, il serait erroné de considérer que la psychiatrie transculturelle a opéré une refonte complète de ses principes et de ses théories et qu'elle a su intégrer l'ensemble des critiques qui lui ont été faites. La référence toujours prégnante aux travaux de Georges Devereux nécessite notamment d'être interrogée afin d'éclairer les fondements de l'ethnopsychiatrie française et la manière dont elle fait aujourd'hui obstacle à une vision de la santé mentale des personnes migrantes qui soit orientée vers les inégalités sociales de santé, les déterminants sociaux de la santé et la justice sociale. La parution à compter de l'année 2000 de la revue *L'autre*[32] a notamment consacré l'expression et la diffusion d'une discipline à présent forte d'un savoir théorique, de pratiques de soins identifiées et d'un réseau de soignants s'y référant à travers la France.

Cette quasi-omniprésence de l'ethnopsychiatrie dans le champ de la santé mentale des personnes migrantes se doit ainsi d'être discutée et critiquée afin de proposer des pistes nouvelles dans la compréhension de ces questions cruciales. L'enjeu d'élaborer des outils théoriques et pratiques adéquats s'avère en effet aujourd'hui plus que jamais essentiel. De plus, l'ethnopsychiatrie française propose également une critique des classifications psychiatriques internationales ainsi que des travaux scientifiques internationaux sur les troubles psychiatriques retrouvés chez les populations migrantes. La principale objection formulée par l'ethnopsychiatrie porte notamment sur la prétention de ces classifications à constituer un cadre universel pertinent pour décrire les troubles mentaux à travers le monde et en fonction des cultures. La notion d'erreur diagnostique (*misdiagnosis*) est ainsi centrale dans

[30] POLICAR A. & TAGUIEFF P-A. (1997). Ethnopsychiatrie et exotisme : Devereux et les faussaires. *Raison présente*, *123*, 115-119.

[31] FASSIN D. (1999), *op.cit.*

[32] MORO M.R. (2000). *Nourritures d'enfance - dossier*. La Pensée Sauvage.

l'ethnopsychiatrie moderne et cherche à dénoncer le risque de poser des diagnostics psychiatriques erronés, tels que la schizophrénie, chez des personnes migrantes[33]. Directement issue du travail de Devereux dans *Psychothérapie d'un Indien des Plaines,* dans lequel il réfute un diagnostic de schizophrénie chez Jimmy Picard un temps envisagé par l'équipe médicale, cette posture ethnopsychiatrique questionne les frontières du normal et du pathologique en santé mentale. Le risque du relativisme diagnostique est en effet majeur dans le cadre de l'ethnopsychiatrie. Ainsi, la position la plus radicale pourrait amener à considérer que la situation de soin avec des personnes migrantes rend caduque toute démarche diagnostique psychiatrique et qu'un temps de diagnostic culturel préalable s'avère nécessaire pour envisager de pouvoir apporter une compréhension médicale des symptômes observés[34]. L'étape de diagnostic culturel, ou ethnique, deviendrait dès lors un incontournable de la démarche psychiatrique, au prix d'une refonte complète de la manière d'aborder la santé mentale des personnes migrantes et issues de minorités ethniques que Rechtman caractérise sous le terme d'« ethnicisation de la psychiatrie »[35].

Le besoin de se référer à un cadre théorique, pratique et normatif constitue en effet aujourd'hui un enjeu fort pour les professionnels de la santé mentale dans le contexte de l'augmentation des consultations et prises en charge de personnes migrantes ou issus de minorités ethniques. A ce titre, identifier et discuter l'ensemble des enjeux posés par le soin en situation transculturelle apparaît primordial en vue de proposer une approche renouvelée du soin prodigué aux personnes venues de pays et de sociétés différentes. La reconnaissance des différences culturelles, les enjeux épistémologiques liés à la question diagnostique en situation transculturelle et translinguistique ainsi que les questions de justice sociale posées par les

[33] REAL I., Cohen H., Koumentaki C. & Moro M. (2014). Une approche ethnopsychiatrique de la psychose. *L'Autre*, *15*, 328-345.

[34] RECHTMAN R. (2002). L'ethnicisation de la psychiatrie : anthropologie de la construction du savoir psychiatrique contemporain. *Annuaire de l'EHESS*, 756–757.

[35] *Ibid.*

inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux – socioéconomiques, politiques ou culturels - de la santé devront ainsi être pris en compte et débattus pour permettre d'établir un cadre théorique sous l'angle de la philosophie de la santé et de la justice sociale.

Ainsi, à partir d'une critique des travaux de l'ethnopsychiatrie française, nous chercherons à proposer une approche renouvelée de la santé des populations migrantes et issues de minorités ethniques. Nous nous inscrirons notamment dans le sillage des travaux de Didier Fassin et Richard Rechtman ainsi que des théories de la justice sociale en santé. Ce faisant, nous proposerons une déconstruction de l'analyse faite par Georges Devereux du cas de Jimmy Picard en nous appuyant sur les travaux de l'anthropologie critique et de la philosophie du langage. Nous décrirons tout d'abord en quoi la théorie proposée par Devereux repose sur une vision essentialisée et réifiée de la culture, inspirée des travaux du philosophe Lucien Lévy-Bruhl, pourtant largement dénoncée par différents anthropologues et philosophes dans d'autres cadres que celui de l'ethnopsychiatrie. Les travaux des philosophes du langage apportant une analyse critique des concepts de culture et de mentalité seront également mobilisés pour proposer une critique de l'ethnopsychiatrie fondée par Devereux.

Nous verrons également comment l'ethnopsychiatrie occulte la question centrale de la justice sociale au profit d'une approche centrée sur la reconnaissance des différences culturelles, dans une version psychologisée, au risque d'une essentialisation des personnes concernées et d'une réification de la notion de culture. Les critiques formulées dans le champ de l'anthropologie critique ont notamment permis de déconstruire la notion de culture telle qu'elle était envisagée depuis la fin du XXème siècle et les contextes, le plus souvent coloniaux, dans lesquels ont été réalisées les observations ethnographiques[36]. La prise en compte plus fine des contextes historiques et socioéconomiques auxquels se trouvent confrontées les anciennes

[36] BENSA A. (2016). *La fin de l'exotisme : essais d'anthropologie critique*. Anacharsis. (Noté ci- après *LFE*).

populations colonisées, les populations autochtones ou les minorités ethniques s'avère en effet nécessaire pour adapter au mieux les prises en charge prodiguées dans le champ du soin.

Notre thèse visera également à décrire les données scientifiques contemporaines existantes sur la santé mentale des personnes migrantes et issues de minorités ethniques dans les champs de l'épidémiologie sociale, de la psychiatrie sociale et de la psychologie sociale. Ces travaux démontrent notamment les taux importants de troubles mentaux chez les personnes migrantes et issues de minorités ethniques ainsi que le rôle délétère de facteurs sociaux tels que le racisme ou le stress acculturatif[37]. A ce titre, l'effet de bonne santé des migrants est marqué par le fait que les migrants nouvellement arrivés présentent un meilleur état de santé que la population du pays d'accueil, du fait notamment de plusieurs effets de sélection des migrants au départ de leur pays et tout au long du parcours migratoire[38]. En revanche, leur état de santé physique et mentale se dégrade très significativement, en cinq à sept ans en moyenne, pour être plus altéré que celui de la population du pays d'accueil, sous l'effet de l'adversité post-migratoire que constituent les facteurs de stress sociaux[39]. Nous soulignerons ainsi le rôle central des déterminants sociaux de la santé et la nécessité de les prendre en compte pour proposer une approche psychiatrique des personnes migrantes centrée sur les inégalités sociales de santé et leur prévention. L'apport des théories existantes de la justice sociale en santé proposées par Norman Daniels[40] et Sridhar Venkatapuram[41] constituera notamment une piste centrale afin de proposer un modèle théorique et pratique prenant en compte les inégalités

[37] HYNIE M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: a critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 63(5),* 297–303.

[38] DHADDA A. & GREENE G. (2018). 'The Healthy Migrant Effect' for Mental Health in England: Propensity-score Matched Analysis Using the EMPIRIC Survey. *Journal of Immigrant and Minority Health, 20(4)*:799-808.

[39] GIMENO-FELIU L.A., Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A (2015). The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit.* 2015; *29*(1), 15-20.

[40] DANIELS N. (2008). *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge University Press. (Noté ci-après *JH*).

[41] VENKATAPURAM S. (2013). *Health justice: an argument from the capabilities approach*. Wiley. (Noté ci-après *HJ*).

sociales de santé et le rôle majeur des déterminants sociaux de la santé en situation migratoire et multiculturelle. En proposant une relecture respective des théories rawlsiennes de la justice pour Daniels et de l'approche par les capabilités pour Venkatapuram, tous deux ont apporté des arguments pertinents en faveur d'une théorie unifiée de la justice sociale en santé centrée sur les inégalités sociales. L'absence de prise en compte chez ces deux auteurs des enjeux spécifiques de la santé mentale constitue un manque que nous nous efforcerons de résoudre en discutant des spécificités de la santé mentale en termes de justice sociale.

Afin d'atteindre nos objectifs, nous avons opéré des choix dans la manière d'aborder la problématique et d'apporter des réponses, tant sur le plan des théories engagées que des auteurs et des textes que nous avons convoqués. Premièrement, nous avons décidé de nous centrer principalement sur une analyse critique des travaux de l'ethnopsychiatrie française à partir des travaux de Georges Devereux. Si l'histoire et l'épistémologie de l'ethnopsychiatrie française ne peut être généralisée à d'autres contextes, elle constitue pour autant un exemple paradigmatique de développement d'une manière spécifique d'aborder les soins prodigués aux personnes migrantes et issues de minorités ethniques à partir d'ouvrages théoriques, de pratiques professionnelles et d'articulations itératives entre théories et pratiques. De plus, la connaissance de terrain que nous pouvons avoir en tant que psychiatre exerçant depuis une dizaine d'années dans le milieu hospitalo-universitaire français et accueillant régulièrement des personnes migrantes nous amène à pouvoir mieux identifier les effets que peut avoir l'émergence et l'évolution au cours des dernières décennies de l'ethnopsychiatrie française dans les attentes des soignants en termes d'outils théoriques et pratiques[42].

[42] Notre activité de soin, centrée sur la prévention du suicide et, jusqu'en 2020, également sur l'accès aux soins en santé mentale au sein d'une équipe mobile de psychiatrie, s'associe à des travaux de recherche menés, entre autres, sur les inégalités sociales de santé mentale, et à une activité d'enseignement portée sur la psychiatrie et la responsabilité sociale en santé (que nous décrirons dans un chapitre ultérieur). Le présent travail de thèse fait suite à notre thèse d'exercice en psychiatrie (LEAUNE E. (2015). *Schizophrénie et migration : perspectives épidémiologiques, étiopathogéniques et épistémologiques*. Thèse d'exercice. Université Claude Bernard Lyon 1).

Deuxièmement, le choix de proposer une cadre théorique soutenu par les philosophies de la justice sociale en santé, principalement issues d'écoles philosophiques anglo-saxonnes, trouve racine dans l'absence de travaux francophones orientés vers la justice sociale dans le domaine de la santé mentale des personnes migrantes. Didier Fassin ou Richard Rechtman ont souligné, dès les années 1990, l'absence de prise en compte des déterminants sociaux de la santé par l'ethnopsychiatrie française, mais il est intéressant de noter qu'aucun travail académique n'est jusqu'à présent venu combler ce manque en proposant une approche renouvelée et centrée sur les inégalités sociales de santé. Nous aurions pu décider de focaliser notre propos sur la dimension épistémologique liée aux problématiques diagnostiques en situation transculturelle, autour des enjeux que nous avons précédemment soulignés liés au relativisme culturel ou à la manière dont l'ethnopsychiatrie propose une modification profonde de la démarche diagnostique en psychiatrie. Il nous est cependant rapidement apparu qu'une telle focale ne serait pas à même d'offrir un cadre théorique et pratique suffisant pour embrasser l'ensemble des enjeux posés par notre thématique. En effet, nous montrerons que les questions de justice sociale en santé se doivent d'être articulées à des définitions précises de la santé et de la maladie, au vu des enjeux sociaux majeurs posés par la notion de malades et de maladie ; toutefois, à l'inverse, une analyse portée uniquement sur les questions épistémologiques ne suffirait pas nécessairement à interroger les problématiques de justice sociale soulevées par notre thématique de recherche. Les discussions épistémologiques dans le champ de la psychiatrie accordent en effet trop peu d'intérêt aux enjeux de justice sociale, au profit de débats centrés sur l'évolution historique des classifications nosographiques.

Troisièmement, notre travail de thèse constitue une démarche exploratoire. A partir de la problématique de la santé mentale des personnes migrantes, il vise à poser les jalons d'une théorie globale de la justice sociale en santé mentale. Notre objectif n'étant pas dans ce travail de proposer ce cadre théorique global, nous avons fait le choix de nous consacrer aux enjeux

posés par le soin des personnes migrantes. Les enjeux de justice liés, par exemple, à la participation sociale des usagers de la santé mentale, quelle que soit leur origine ethnique ou culturelle, ou encore de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux ne seront pas directement abordés dans cette thèse et devront à l'avenir faire l'objet de travaux dédiés. Le manque actuel de travaux et de débats académiques à ce sujet constitue un enjeu fort auquel notre thèse ne peut cependant entièrement répondre.

A ce titre, il convient de souligner l'intérêt de notre travail de thèse qui constitue un objet original à la fois dans le champ de la psychiatrie et de la philosophie. En effet, les critiques portées par Fassin et Rechtman n'ont pas entraîné de refonte réelle du champ de la santé mentale des personnes migrantes et l'ethnopsychiatrie a poursuivi, au cours des années 2000, l'essor qu'elle avait amorcé à la fin du XXème siècle, sans profonde modification de ses pratiques et de ses théories. De plus, aucun travail académique ne s'est attelé à proposer une analyse critique de l'ouvrage *Psychothérapie des Indiens des Plaines* et, plus généralement, des travaux de Devereux qui apparaissent pourtant comme les fondements théoriques des pratiques ethnopsychiatriques contemporaines. A l'instar du sociologue Thibault Le Texier qui a déconstruit l'expérience de Stanford sur la supposée obéissance à l'autorité en démontrant les biais majeurs de réalisation et d'interprétation de l'étude[43], il convient de relire avec objectivité le travail de Georges Devereux afin d'analyser sa pertinence à fonder une école de pensée aussi installée dans le champ hospitalier et universitaire. Enfin, les travaux anglo-saxons sur la justice sociale en santé bénéficient de peu de visibilité dans le monde francophone de la philosophie du soin, au prix d'une réflexion peu portée sur les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé. Dans le même temps, les travaux philosophiques portant sur la justice sociale en santé ont jusqu'alors fait peu de cas de la question spécifique de la santé mentale. Porteurs d'une vision renouvelée de la santé et de la justice sociale, ils permettent pourtant

[43] LE TEXIER T. (2018). *Histoire d'un mensonge : enquête sur l'expérience de Stanford*. Zones.

d'envisager des pistes concrètes d'amélioration de la prise en charge des populations migrantes sur le plan de la santé et de la santé mentale, en s'articulant à des notions contemporaines du soin, telles que la responsabilité sociale en santé ou l'humilité culturelle, que nous décrirons dans notre thèse. En nous situant à l'articulation de la philosophie politique et de la philosophie de la santé en psychiatrie, nous proposons d'ouvrir la voie d'un champ à constituer, ce qui nécessitera de développer et de discuter en détail les travaux issus de ces deux champs philosophiques distincts. Nous ne pourrons cependant réaliser une analyse exhaustive de l'ensemble des champs théoriques convoqués dans notre thèse, ce qui nous amènera à nous concentrer sur les travaux les plus pertinents pour notre sujet d'étude.

La première partie de la thèse, intitulée *La construction de l'objet ethnopsychiatrique par Georges Devereux* sera consacrée à la déconstruction de l'objet ethnopsychiatrique façonné par Georges Devereux et repris par ses élèves au cours des dernières décennies. Nous apporterons ainsi des critiques empiriques à l'analyse faite du cas de Jimmy Picard par Devereux en démontrant les biais d'interprétation majeurs inhérents au complémentarisme entre psychanalyse et anthropologie. Les critiques externes viseront à démontrer que l'approche ethnopsychiatrique française repose sur une vision de la culture teintée de folklorisme, de culturalisme et aveugle aux déterminants sociaux de la santé. Les travaux de l'anthropologie critique et de la philosophie du langage seront mobilisés tout au long de cet exercice critique pour apporter une relecture plus objective du cas de Jimmy Picard, démontrant notamment la faible pertinence de l'hypothèse culturelle proposée par Devereux et, inversement, le rôle central de déterminants sociaux de la santé dans l'état psychiatrique de ce patient.

La seconde partie de la thèse, intitulée *La santé mentale des personnes migrantes au prisme de la justice sociale* visera à proposer une approche de la santé mentale des personnes migrantes reposant sur les théories philosophiques de la justice sociale en santé en articulation avec les modèles issus de la philosophie de la santé. Les travaux de l'épidémiologie et de la

psychiatrie sociale nous permettront de souligner le rôle central des déterminants sociaux de la santé dans la santé mentale des personnes migrantes et issues de minorités ethniques. Les approches centrées sur la reconnaissance, théorisées par Axel Honneth[44] et reprises notamment dans le champ de la santé mentale par Emmanuel Renault[45], et les théories rawlsiennes de la justice distributives, au travers des travaux de Norman Daniels[46], ou issues de l'approche par les capabilités sur laquelle s'appuie Sridhar Venkatapuram[47], seront ainsi discutées en vue de proposer une compréhension renouvelée de la santé mentale des personnes migrantes au prisme de la justice sociale. Nous chercherons notamment à démontrer la pertinence de l'approche rawlsienne de la justice sociale en santé développée par Norman Daniels en articulation avec la définition du trouble mental établie par Jerome Wakefield[48] pour apporter un cadre théorique et pratique adapté à la santé mentale des personnes migrantes. Nous faisons l'hypothèse que ce cadre normatif permet notamment la mise en œuvre de pratiques délibératives et socialement responsables, centrées sur les déterminants sociaux de la santé mentale et les enjeux de justice sociale définis en termes de redistribution et de reconnaissance, s'inscrivant à la fois dans les pratiques professionnelles et dans l'organisation du système de santé mentale.

[44] HONNETH A. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. Gallimard. (Noté ci-après *LPR*).

[45] RENAULT E. (2017). *L'expérience de l'injustice : essai sur la théorie de la reconnaissance* (Édition revue et augmentée). La Découverte. (Noté ci-après *EI*).

[46] DANIELS N., *JH*.

[47] VENKATAPURAM S., *HJ*.

[48] WAKEFIELD J.C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American Psychologist*, *47*(3), 373–388.

PARTIE I

PSYCHOTHERAPIE D'UN INDIEN DES PLAINES : LA CONSTRUCTION DE L'OBJET ETHNOPSYCHIATRIQUE PAR GEORGES DEVEREUX

Depuis l'apparition à la fin du XIXème siècle des classifications modernes en psychiatrie et de théories du psychisme humain, la question de l'universalité des troubles mentaux et du fonctionnement psychique se réactualise de manière répétée dans le champ psychiatrique et traverse l'histoire de la discipline[49]. L'universalité du complexe d'Œdipe théorisé par Sigmund Freud ou la validité dans d'autres cultures du concept diagnostique de schizophrénie établi par Bleuler ont ainsi entraîné de nombreux travaux et débats dès le début du XXème siècle[50]. Le contexte colonial a également fourni dans l'après-guerre une littérature psychiatrique riche sur les mentalités des peuples colonisés, dont le contenu raciste a largement été critiqué et a entraîné une progressive mise au ban des écrits ethnopsychiatriques coloniaux[51]. Plus récemment cependant, les mouvements migratoires internationaux ont amené les psychiatres occidentaux à s'interroger sur la pertinence des cadres diagnostiques occidentaux pour comprendre la souffrance et les troubles présentés par les populations migrantes. La question de la différence culturelle et du « traumatisme culturel » induit par les phénomènes d'acculturation a notamment été au cœur des approches ethnopsychiatriques modernes, délaissant une approche raciste et discriminatoire pour un projet d'affirmation et de reconnaissance des différences culturelles dans le champ des pratiques et nosographies psychiatriques.

Les vives critiques formulées par Didier Fassin et Richard Rechtman à l'égard de l'ethnopsychiatrie française[52] portaient notamment sur les thèses défendues par Tobie Nathan concernant la prise en charge des troubles présentés par les populations migrantes[53]. Élève de Devereux, le psychologue Tobie Nathan est sans conteste celui qui a donné à l'ethnopsychiatrie

[49] DELILLE E. (2017), *op.cit.*

[50] SMADJA É. (2014). Le complexe d'Œdipe, cristallisateur du débat psychanalyse/anthropologie. *Connexions*, *102*, 93-108.

[51] DELILLE E. (2017), *op.cit.*

[52] FASSIN D. (1999), *op.cit.* ; RECHTMAN R. (1995). De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle. *L'évolution psychiatrique, 60*(3)*,* 637-649.

[53] NATHAN T. (2000), *op.cit.*

française sa renommée en publiant de nombreux articles et ouvrages d'ethnopsychiatrie clinique[54]. Il a notamment développé la pratique clinique des préceptes ethnopsychiatriques en créant le *Centre Georges Devereux* au début des années 1990[55]. Alors que Devereux a théorisé l'ethnopsychiatrie dans le contexte des populations autochtones, c'est auprès des populations migrantes, vivant principalement en Île-de-France, que Nathan a développé l'ethnopsychiatrie clinique. Défendant la place centrale de la culture comme seul cadre pertinent de compréhension des troubles psychiques, Nathan prônait ainsi la prise en compte des explications étiologiques traditionnelles et l'utilisation des thérapies traditionnelles dans la prise en charge de ces populations. Théoricien du « traumatisme culturel », Nathan considère notamment qu'il est nécessaire de préserver l'environnement culturel des individus pour favoriser leur santé mentale. Comme nous le verrons, certains, comme Didier Fassin et Richard Rechtman ont pris des positions critiques à l'égard de l'approche culturaliste de Nathan, tandis que des philosophes comme Bruno Latour et Isabelle Stengers ont notamment vanté l'absence de hiérarchie des savoirs prônée par l'ethnopsychiatrie et la manière dont cette dernière interroge la modernité[56].

La forme radicale de relativisme culturel prônée par Nathan et ses positions polémiques ont favorisé la valorisation de la figure de Georges Devereux, considéré comme plus nuancé dans son approche des différences culturelles. Devereux, à la différence de Nathan quelques années plus tard, ne s'est en effet jamais positionné en faveur de ghettos culturels visant à lutter contre le traumatisme que constituerait l'expérience transculturelle ou en faveur de l'excision des jeunes filles africaines, défendant en théorie plutôt le projet d'une ethnopsychiatrie universaliste. Fassin écrit ainsi que les « propositions […] ambiguës » concernant les liens

[54] *Ibid.*

[55] Il faut noter à ce titre que Devereux n'a jamais réellement exercé l'ethnopsychiatrie, dont il a davantage posé les bases théoriques. En dehors du cas de Picard et d'autres patients rencontrés lors de son séjour aux États-Unis, il n'a plus pratiqué la psychanalyse à partir de son retour en France.

[56] LATOUR B. & STENGERS I. (1997). Du bon usage de l'ethnopsychiatrie. *Libération*

existant entre le psychisme et la culture faites par Devereux ne doivent « pas faire oublier l'insistance qu'il a mise à faire de la culture 'un phénomène humain à portée universelle' »[57]. Le philosophe Alain Policar et le sociologue Pierre-André Taguieff écrivaient également en 1997 qu'il « est inadmissible de laisser penser que l'auteur des *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (Georges Devereux, N.d.A.) aurait pu admettre le culturalisme de Nathan »[58].

Les psychiatres Marie-Rose Moro et Thierry Baubet, nouveaux porteurs institutionnels et scientifiques de la discipline, n'hésitent en effet pas à citer les critiques émises par Fassin et Rechtman, à les prendre en compte ainsi qu'à prendre des distances avec les théories et pratiques de leur sulfureux prédécesseur, proposant une version *a priori* renouvelée de la pratique ethnopsychiatrique, à présent dénommée « psychiatrie transculturelle »[59]. Articulant notamment leurs théories autour de la notion de « métissage »[60] ou de la prise en charge des enfants d'immigrés, leur propos semble s'éloigner du relativisme culturel prôné par Nathan. L'idée d'un « retour à Devereux » apparaît plutôt au premier plan de la volonté de refonte intellectuelle de la discipline. François Laplantine, lui-même élève de Devereux, souligne en ce sens que « seule la clinique transculturelle de Marie-Rose Moro − qui ne l'a d'ailleurs pas connu − s'inscrit directement dans son sillage »[61]. L'on retrouve cependant dans cette nouvelle version de l'ethnopsychiatrie une position critique des normes de l'approche biomédicale et une tendance à une forme nuancée, mais conservée, de relativisme culturel à l'égard des troubles mentaux. Baubet et Moro tendent notamment à proposer une histoire de l'ethnopsychiatrie opposant d'un côté le mouvement anglo-saxon de la *cross-cultural psychiatry*, rattaché au modèle biomédical, et de l'autre la filiation de l'ethnopsychanalyse

[57] FASSIN D. (1999), *op.cit.*
[58] POLICAR A. & TARGUIEFF P-A. (1997), *op.cit.*
[59] BAUBET T. & MORO M.R. (2013)*, op.cit.*
[60] BAUBET T. & MORO M.R. (2000). L'approche ethnopsychiatrique. *Enfances & Psy*, *12*, 111-117.
[61] LAPLANTINE F. (2002). Pour une ethnopsychiatrie critique. *Vie sociale et traitements, 73*, 28-33.

créée par Devereux[62]. Ce point de tension s'exprime notamment autour de la question des troubles psychotiques présentés par les populations migrantes et les minorités culturelles dans les pays occidentaux que nous aborderons au cours de notre thèse.

Alors que de nombreux travaux internationaux soulignent la forte prévalence de ces troubles dans les populations de migrants précaires, l'ethnopsychiatrie s'attache à limiter la portée empirique de ces données en soulignant le risque de biais diagnostique inhérent à la réalisation d'un diagnostic en situation transculturelle, notamment concernant le sens donné aux hallucinations ou aux visions dans certaines cultures[63]. On lit ainsi chez Réal *et al.* que « l'analyse de ces travaux épidémiologiques sur la question du diagnostic chez les migrants a montré des biais méthodologiques qui permettent de mieux comprendre la surreprésentation du diagnostic de psychose dans des populations dominées »[64]. Comprendre comment s'est construite cette position relativement peu partagée dans le champ de la psychiatrie internationale s'avère ainsi nécessaire pour proposer un renouveau de la discussion autour des troubles mentaux dans les populations migrantes et les minorités culturelles.

Pour ce faire, nous proposons dans ce chapitre d'effectuer une analyse critique de l'ouvrage de Georges Devereux, intitulé *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*[65], publié initialement en 1951 en langue anglaise, sous le titre *Reality and Dream*[66]. Nous décrirons tout d'abord les figures de Georges Devereux et de Jimmy Picard puis la manière dont Devereux déploie son analyse de la psychothérapie menée auprès de son patient. Le second chapitre visera à développer une critique de l'approche ethnopsychiatrique développée par Devereux à partir des données empiriques disponibles dans l'ouvrage. Ensuite, nous établirons dans le troisième

[62] BAUBET T. & MORO M.R. (2013), *op.cit.*

[63] *Ibid.*

[64] REAL I., Cohen H., Koumentaki C. & Moro M. (2014). Une approche ethnopsychiatrique de la psychose. *L'Autre*, *15*, 328-345.

[65] DEVEREUX G., *PIP*.

[66] DEVEREUX G. (1951), *op.cit.*

chapitre une critique des conclusions de Devereux à partir des travaux de l'anthropologie critique et de la philosophie analytique. Enfin, le dernier chapitre visera à analyser la pertinence des critiques formulées à l'encontre du travail de Devereux au sujet d'écrits actuels de l'ethnopsychiatrie française. Nous démontrerons notamment le rôle important de la pensée de Lucien Lévy-Bruhl dans la méthodologie développée par Devereux ainsi que l'existence d'une plus grande proximité intellectuelle entre Nathan et Devereux que ne le pensaient les premiers auteurs ayant formulé des critiques à l'encontre de l'approche ethnopsychiatrique prônée par Nathan.

Plus précisément, nous tâcherons notamment dans cette première partie de démontrer comment l'utilisation par Devereux du double cadre interprétatif et méthodologique freudien d'un côté, et anthropologique de l'autre, l'amène à une inflation interprétative qui occulte les problématiques matérielles, économiques et sociales que Picard met en avant tout au long de leurs échanges et qui se matérialisent dans le contenu onirique sur lequel Devereux appuie son analyse. Au-delà de son intérêt théorique, le complémentarisme entre psychanalyse et anthropologie prôné par Devereux l'amène en réalité à se confronter dans un même temps aux limites de ces deux disciplines. En reprenant l'anthropologie critique d'auteurs comme Alban Bensa[67], Johannes Fabian[68] ou Didier Fassin[69], nous montrerons ainsi comment Devereux construit son objet à partir d'une exotisation et d'une altérisation qui persiste dans l'ethnopsychiatrie française contemporaine[70]. Nous nous démontrerons comment l'analyse du cas de Picard contrevient à plusieurs égards au principe de charité théorisé par Quine. De la même manière, en nous appuyant sur les critiques apportées aux théories psychanalytiques, nous montrerons comment l'intérêt prioritaire porté aux thématiques sexuelles, familiales et

[67] BENSA A., *LFE*.

[68] FABIAN J. (2017), *op.cit.*

[69] FASSIN D. & LEZE S. (2013). *La question morale : une anthologie critique*. Presses universitaires de France.

[70] BENSA A., *LFE*.

culturelles, au travers du prisme du rêve et de l'inconscient, trouve ses limites face au contenu réel du discours de Picard. L'interprétation sociologique des rêves récemment théorisée par Bernard Lahire[71] nous permettra notamment de proposer un cadre d'interprétation des rêves de Picard qui n'occulte pas les problématiques sociales et économiques et limite l'inflation interprétative.

[71] LAHIRE Bernard (2018). *L'interprétation sociologique des rêves*. La Découverte.

CHAPITRE 1

REALITY AND DREAM : L'APPROCHE ETHNOPSYCHIATRIQUE DE GEORGES DEVEREUX

Il pourrait à première vue paraître anachronique de faire reposer une critique réactualisée de l'ethnopsychiatrie sur l'analyse d'un texte de George Devereux, datant maintenant de près de soixante-dix ans pour sa version américaine et de quarante ans pour sa traduction française. Pour autant, deux arguments principaux viennent à notre sens étayer ce projet de relecture de l'ouvrage *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*. Tout d'abord, l'école française d'ethnopsychiatrie a récemment renouvelé et rappelé son attachement aux travaux de Devereux, lui redonnant une place de choix au cœur du corpus ethnopsychiatrique. Les divergences fondamentales entre Devereux et Nathan, qui ont d'ailleurs conduit à une rupture totale et définitive entre les deux hommes à la fin de la vie de Devereux[72], ont ainsi amené les auteurs contemporains de l'ethnopsychiatrie à proposer un retour aux principes fondateurs de Devereux. On peut ainsi lire dans la dernière réédition du manuel français d'ethnopsychiatrie *Psychopathologie transculturelle* que « Devereux est le fondateur de l'ethnopsychanalyse », dont il a « construit les soubassements théoriques, [qu'il] a constitué en tant que discipline et [dont il] a défini la méthode originale et encore subversive aujourd'hui, le complémentarisme »[73]. En dehors du corpus scientifique, on peut souligner la réalisation en 2013 par Arnaud Desplechin d'un film portant précisément sur *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* et qui a porté à la connaissance du grand public un ouvrage resté jusque-là plutôt confiné au monde scientifique de la psychiatrie transculturelle et de la psychanalyse. Si la

[72] NATHAN T. (2013). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique* ([Nouvelle édition]). Dunod.
[73] BAUBET T. & MORO M.R. (2013), *op.cit.*

réalisation d'un film peut sembler *a priori* éloignée des considérations scientifiques que nous aborderons dans ce chapitre, son impact dans la sphère psychanalytique a été notable et a confirmé le retour en grâce de Devereux. La psychanalyste Sylvie Rubiliani-Lenne s'enthousiasmait ainsi en 2015 dans la revue *Topique* que le « film montre surtout la naissance de l'ethnopsychiatrie » avant d'écrire : « gageons que les psychanalystes feront pendant longtemps encore la démonstration que malgré les attaques dont elle est l'objet, leur pratique demeure digne de la même noble définition que celle insufflée par le film »[74]. Dans une discussion avec Arnaud Desplechin, le psychanalyste Gérard Wajcman évoque quant à lui Devereux comme le « fondateur de l'ethnopsychanalyse » tandis que Desplechin souligne que « ce qui (lui) plaît chez Devereux, c'est qu'il a démocratisé la psychanalyse, il l'a amenée dans les réserves indiennes »[75]. Un travail d'analyse critique de ce champ théorique et pratique qu'est devenue l'ethnopsychiatrie apparaît dès lors nécessaire pour repenser l'approche des troubles psychiatriques présentés par les populations migrantes, en vue de proposer des pistes de réflexion renouvelées.

A ce titre, l'historien Emmanuel Delille a récemment souligné dans son ouvrage *Ethno-psychiatrie* la nécessité d'un « récit renouvelé des développements de l'ethnopsychiatrie », afin notamment de dépasser « l'impasse historiographique » que constitue le « traitement mémoriel de George Devereux »[76]. Emmanuel Delille a notamment contribué à repenser l'histoire de l'ethnopsychiatrie en s'affranchissant des récits mythiques pour réintégrer la contribution de Devereux dans l'histoire des idées de l'après-guerre, marquée par le fourmillement d'auteurs s'intéressant, aux frontières des sciences sociales, de la psychiatrie et de la psychanalyse, aux liens entre culture et maladies mentales, parmi lesquels les

[74] RUBILIANI-LENNE S. (2015). Le lien entre le patient et l'analyste : l'exemple de Jimmy P. *Topique, 131*(2), 63-73.

[75] DESPLECHIN A. & WAJCMAN G. (2014). Ethnies ou soigner une névrose de guerre en amérique une conversation entre Gérard Wajcman et Arnaud Desplechin. *La Cause Du Désir, 86,* 91-104.

[76] DELILLE E. (2017), *op.cit.*

francophones Henri Ellenberger et Roger Bastide et les anglophones Abram Kardiner, Ralph Linton ou Alexander Leighton constituent des membres éminents mais oubliés par l'ethnopsychiatrie française. La période d'après-guerre a en effet vu de nombreux intellectuels s'intéresser à la question des liens entre culture et maladie mentale, dont le mouvement *Culture et Personnalité* constitue sans doute l'exemple le plus marquant. Porté par différents auteurs comme Ruth Benedict, Margaret Mead, Ralph Linton ou Abram Kardiner, ce mouvement a cherché entre les années 1920 et 1950 à démontrer que les comportements individuels sont culturellement déterminés. A partir des ouvrages *Coming of age in Samoa*[77], publié en 1928 par Margaret Mead et *Patterns of culture*[78], publié en 1934 par Ruth Benedict, les auteurs de ce courant ont documenté la manière dont les modèles culturels pouvaient façonner, dans l'enfance, le développement des individus et permettaient d'expliquer leurs comportements et croyances à l'âge adulte. Abram Kardiner et Ralph Linton furent notamment les théoriciens de la notion de « personnalité culturelle de base », à travers leurs ouvrages respectifs *L'individu et sa société*[79], publié en 1939, et *Le fondement culturel de la personnalité*[80], publié en 1945. Cette notion de personnalité de base constitue l'une des hypothèses centrales de l'ouvrage de *Reality and Dream*, sous la forme notamment de la notion de « personnalité ethnique de base »[81], sans que Devereux ne fasse référence ni à Kardiner ni à Linton lorsqu'il utilise ce concept[82]. Pourtant, dans la préface de la réédition américaine de l'ouvrage en 1968, Devereux évoque les « renvois approbateurs » de Linton et le « désaccord » de Margaret Mead quant aux hypothèses

[77] MEAD M. (2014). *Coming of age in Samoa: a psychological study of primitive youth for western civilisation*. Ishi Press.

[78] BENEDICT R. (2019). *Patterns of culture*. Routledge.

[79] KARDINER A. (1969). *L'individu dans sa société*. Gallimard.

[80] LINTON R. (1977). *Le fondement culturel de la personnalité* (Nouv. tirage). Dunod.

[81] DEVEREUX G., *PIP*.

[82] A ce titre, il est intéressant de noter que Devereux souligne dans la préface de la traduction de 1982 qu'il a remplacé le terme « (emprunté) de personnalité de base », utilisé dans la version anglaise, par « personnalité ethnique ». (*Ibid*, p. 50).

énoncées dans *Reality and Dream*[83], preuve de ses contacts avec ces auteurs alors influents. Peu de travaux ont d'ailleurs porté sur les liens complexes qu'entretenait Georges Devereux avec le mouvement *Culture et Personnalité*, ce alors qu'il eut une correspondance fournie avec Margaret Mead et fait souvent dans ces écrits des références critiques aux travaux d'Abram Kardiner[84].

Ensuite, il est tout à fait étonnant d'observer que malgré cette reconnaissance posthume de l'ouvrage de Devereux et la fréquente habitude des psychanalystes de réinterpréter les cas historiques (citons à ce titre les nombreux travaux reprenant les célèbres cinq études de cas de Sigmund Freud[85]), le cas de Jimmy Picard n'a jamais été retravaillé à la suite de Georges Devereux, si bien qu'il apparaît quasiment sacrilège d'oser se pencher sur une relecture détaillée de ce cas clinique, pourtant passionnant et riche en intérêts clinique, anthropologique, sociologique, politique et philosophique. La retranscription dans l'ouvrage de l'ensemble des échanges qu'ont eu Devereux et Picard lui confère à ce titre un intérêt méthodologique majeur, permettant de travailler à la fois sur le matériau brut et sur les interprétations faites par l'auteur et ouvrant la voie à une approche critique de l'interprétation proposée. La possibilité de s'appuyer directement sur le texte retranscrit permet d'adopter une démarche originale visant à une analyse objective des données offertes par les entretiens menés par Devereux. Les études de cas proposées par Tobie Nathan au fil de ses ouvrages[86] constituent également un matériel intéressant pour fonder une approche critique de l'ethnopsychiatrie, mais sont généralement rapportés sous forme de courtes vignettes cliniques ne reprenant jamais directement les propos des personnes concernées.

---

[83] *Ibid*, p. 38.

[84] DEVEREUX G., *DAM*.

[85] GOLDBETER-MERINFELD É. (2010). Les cinq psychanalyses de Freud revisitées par une systémicienne. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, *45,* 173-190.

[86] NATHAN T. (2013)*, op.cit.*

S'intéresser à l'œuvre fondatrice de Devereux permet d'accéder de manière objective au cœur de l'entreprise ethnopsychiatrique et de sa naissance, d'étudier les pratiques et interprétations proposées par cette école de pensée en faisant reposer l'analyse non pas sur des écrits mineurs ou sur un auteur situé en périphérie de sa discipline, mais bien sur l'ouvrage de l'un de ceux que l'on range aujourd'hui au Panthéon de la psychanalyse et qui jouit d'un traitement mémoriel posthume particulièrement favorable. On peut même souligner que Devereux jouit, davantage encore que d'autres psychanalystes, de l'image d'un homme plein d'humanité, d'une intelligence rare et d'un intérêt profond pour autrui. On lit ainsi dans un article de 1995 que Devereux était un « maître chez qui le respect de l'homme égalait l'amour de la recherche et pour qui l'amitié n'était pas un vain mot »[87]. Il ne s'agira cependant pas de remettre en cause les qualités humaines ou la biographie de Devereux en vue de disqualifier le contenu de ses théories comme cela a pu être fait par d'autres auteurs au sujet de Sigmund Freud[88].

[87] XANTHAKOU M. (1995). De la mémoire à la méthode : Georges Devereux, tel qu'en nous-mêmes.... *L'Homme*, *35*(134), 179-190.

[88] CREWS F. (2020). *Freud: the making of an illusion*. Profiles Books LTD.

1.1. BIOGRAPHIE DE GEORGES DEVEREUX

En vue de saisir au mieux la place que prennent Georges Devereux et son ouvrage *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* dans l'histoire des idées et du mouvement ethnopsychiatrique français et international, il convient de reprendre une biographie courte de cet auteur qui jouit selon Emmanuel Delille d'une « place centrale dans la manière dont on écrit l'histoire de l'ethnopsychiatrie en France »[89]. Georges Devereux nait le 13 septembre 1908 sous le nom de György Dobo, dans le milieu bourgeois de la communauté juive de Banat, une région de l'empire austro-hongrois qui appartiendra ensuite à la Roumanie. Son père est avocat et président de la communauté juive néologue de la ville de Lugoj où la famille réside. En 1926, après le suicide de son frère, le jeune György, âgé de 18 ans, émigre en France pour y mener des études supérieures. Il s'oriente un premier temps vers la chimie, avant de s'intéresser à partir de 1931 aux sciences sociales, notamment la sociologie et l'anthropologie au sein de l'École Pratique des Hautes Études (EPHE), sous la direction notamment de Marcel Mauss. Il bénéficie alors également des cours de l'anthropologue Paul Rivet et du philosophe Lucien Lévy-Bruhl. A ce titre, l'anthropologue Antonio Guerreiro soulignait en 2007 au sujet de Dobo que « l'œuvre importante de Lévy-Bruhl, philosophe et anthropologue, sur la pensée et les conceptions religieuses des « primitifs », publiée surtout dans les années 1920-1930, a été une source d'inspiration pour lui »[90]. Dobo obtient en 1932 une bourse de la fondation Rockefeller pour ses recherches de terrain, qu'il débute chez les indiens Hopi aux États-Unis, en vue de se former aux techniques de l'ethnographie de terrain puis chez les Sedang Moï en Indochine (actuel Vietnam). Entre 1933 et 1935, Dobo effectue ainsi un travail de terrain chez le peuple Sedang en tant que chargé de mission du ministère français de l'Instruction Publique et des

[89] DELILLE E. (2017), *op.cit.*

[90] GUERREIRO A. (2007). Georges Devereux et les montagnards Sedang : de la fascination à la répulsion. *Le Coq-héron*, *190*, 35-45.

Beaux-Arts, financé par la bourse de la Fondation Rockefeller. Cette période de la vie de Devereux est relativement occultée dans sa biographie, ce qui peut notamment s'expliquer par le fait qu'elle tende à déconstruire l'image d'un chercheur proche des peuples qu'il a étudié au cours de sa vie et à le rapprocher au contraire des écrits racistes de la psychiatrie coloniale. Antonio Guerreiro écrivait ainsi en 2007 dans un article sur l'expérience de Devereux chez les Sedang que « par contraste avec les Mohaves qu'il aimait et idéalisait, Devereux a peint des Sedang un sombre portrait, durs et mesquins, portrait qui reflète ses difficultés initiales sur le terrain, dues à un contre-transfert négatif »[91]. Devereux écrit ainsi lui-même de nombreuses années plus tard que sa vie parmi les Sedang « a renforcé (s)on aversion de toujours pour l'ivrognerie et la mesquinerie », décrivant les Sedang comme un peuple colérique, indifférent, démontrant une résistance passive ou encore un manque de sensibilité[92]. On peut ainsi lire que « leur manque de sensibilité et leur indifférence envers la psychologie sont ahurissantes » ou que « leur résistance passive, bien que facile à vaincre se montre d'abord sous un aspect colérique »[93]. Malgré le souhait de rédiger un ouvrage d'ethnopsychiatrie sur les Sedang, Devereux ne publiera jamais aucun article ou ouvrage qui leur soit dédié.

Dobo est ainsi polyglotte, parlant le hongrois, l'allemand, le français, l'anglais, le malais et le sedang. C'est au cours de son premier séjour aux États-Unis qu'il fait la connaissance de Robert Harry Lowie et d'Alfred Louis Kroeber, tous deux professeurs d'anthropologie à l'université de Berkeley et spécialistes des Indiens des Plaines, peuples pour lesquels il a développé et un intérêt et une admiration marqués au cours de son premier travail de terrain auprès des Hopi aux États-Unis. En 1933, György Dobo devient Georges Devereux en se convertissant au catholicisme. Il immigre une nouvelle fois, pour les États-Unis cette fois-ci, afin de fuir la xénophobie qui sévit en Europe et de préparer une thèse sur les Indiens Mohave,

[91] *Ibid,* p. 38.
[92] *Ibid,* p. 37.
[93] *Ibid,* p. 38.

The Sexual Life of Mohave Indians : An Interpretation in Terms of Social Psychology[94], sous la direction de Kroeber, qu'il soutiendra en 1935 à l'Université de Berkeley. Devereux est naturalisé américain en 1941, et s'engage en 1943 dans la *Navy*[95] dont il sera démobilisé en 1943, avant de revenir en France en 1946. Il débute à cette occasion une psychanalyse avec Marc Schlumberger, de la Société Psychanalytique de Paris.

En 1947, Devereux rejoint de nouveau les États-Unis et se rend au sein de la prestigieuse *Menninger Fondation* à Topeka, dans le Kansas, sur l'invitation de Karl Menninger. Ce lieu, créé au début des années 1920 à Topeka sous le nom de *Menninger Clinic*, devient au cours des années 1930 et 1940 un haut lieu de la formation en psychiatrie et psychanalyse. De nombreux intellectuels, chercheurs et psychiatres viennent se former dans ce qui s'apparente alors à un laboratoire d'idées et de pratiques pour une pensée articulant les apports de la psychanalyse à la pratique médicale et aux problématiques culturelles et sociales. Cet ancrage au sein d'une institution scientifique permet dès à présent de désamorcer l'image mythique de Devereux se retrouvant seul au milieu d'une réserve indienne, pratiquant de manière chevaleresque la psychanalyse en territoire sauvage et primitif et inventant isolément une nouvelle pratique disciplinaire révolutionnaire. La Fondation est en effet rattachée au *Winter General Hospital*, spécialisée dans la prise en charge des vétérans de guerre, et bénéficie de la présence sur place de nombreux médecins spécialistes. Topeka est située sur le territoire des américains natifs, ce qui explique la présence de nombreuses réserves indiennes autour de la Fondation et la présence de patients natifs dans les différents hôpitaux de la ville. Emmanuel Delille rappelle qu'Henri Ellenberger, psychiatre s'intéressant aux phénomènes culturels, a ainsi également publié des études de cas d'Indiens des Plaines qu'il a rencontrés au sein de la

[94] DEVEREUX G. (1974). *Sexual life of the Mohave Indians: an interpretation in terms of social psychology* (dissertation). University of California.

[95] Les différentes biographies de Devereux ne donnent pas d'informations précises et fiables sur le rôle militaire qu'a joué Devereux au sein de la *Navy* pendant la Seconde Guerre mondiale, ni sur les conditions de sa mobilisation et de sa démobilisation.

Menninger Foundation et dont les histoires ressemblent fortement à celle de Picard[96]. Devereux restera au sein de la Fondation jusqu'en 1952. L'ouvrage *Reality and Dream*, publié en 1951, relate la thérapie que Devereux a menée auprès d'un vétéran indien hospitalisé au sein du *Winter General Hospital*.

De 1952 à 1963, Devereux demeure aux États-Unis, en Pennsylvanie puis à New-York, où il passe un diplôme de psychologue et devient membre de l'*American Psychoanalytic Association*. Le retour en France se fait en 1963, lorsque Devereux obtient, avec le soutien de Claude Lévi-Strauss et du sociologue Roger Bastide, une charge d'enseignement à l'École Pratique des Hautes Etudes (EHPE). La publication en 1967 de *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*[97]*,* traduit en français en 1980 sous le titre *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*[98], constitue le point d'orgue de sa carrière et marque la reconnaissance par les sciences sociales de ses travaux. Il y théorise la méthode dite du *complémentarisme,* articulant l'approche anthropologique et psychanalytique pour la compréhension des comportements humains. Cette théorisation minutieuse et documentée de l'articulation entre deux approches complémentaires des sciences de l'homme est en effet depuis décrite comme une invention originale et géniale de Devereux. Le complémentarisme théorisé par Devereux s'inspire des théories de la physique quantique, et notamment du principe d'incertitude d'Heisenberg et du principe de complémentarité de Bohr. Le principe d'incertitude énonce en effet qu'on ne peut pas déterminer précisément et simultanément la position et la vitesse d'une particule, tandis que le principe de complémentarité énonce, pour résoudre l'incertitude, qu'un objet ne peut être analysé que sous un seul aspect à la fois et que ces deux explications, si elles s'excluent mutuellement, n'en sont pas moins pertinentes,

[96] DELILLE E. (2017), *op.cit.*
[97] DEVEREUX G. (1967), *op.cit.*
[98] DEVEREUX G., *DAM*.

complémentaires et nécessaires pour cerner l'objet en question[99]. Devereux transpose ainsi ces principes de la physique dans le champ des sciences sociales et de l'Homme, en stipulant que les phénomènes et comportement humains ne peuvent être analysés qu'à partir d'une double explication : l'une anthropologique, l'autre psychanalytique[100]. Cette vision de Devereux comme génial inventeur d'une théorie originale et révolutionnaire articulant psychanalyse et anthropologie est une nouvelle fois à nuancer par l'existence à cette période de l'histoire des idées de nombreux ouvrages s'intéressant aux liens entre psychanalyse et sciences sociales, parmi lesquels on peut notamment citer *L'individu dans la société: essai d'anthropologie psychanalytique*[101] d'Abram Kardiner et Ralph Linton, publié en 1939, *Sociologie et Psychanalyse*[102] de Roger Bastide, publié en 1948, ou *Psychanalyse et anthropologie*[103] de Géza Róheim, publié en 1950[104].

La suite des travaux de Devereux porta principalement sur la rédaction d'ouvrages s'intéressant à l'approche théorique de l'ethnopsychiatrie et aux mythes et tragédies grecques. *Reality and Dream* est traduit en français et publié en France en 1982 sous le titre *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*, préfacé par Élisabeth Roudinesco, trois ans avant le

[99] GOURIOU F. (2012). Les deux faces du symptôme : Remarques épistémologiques sur l'ethnopsychiatrie de Georges Devereux. *Recherches en psychanalyse*, *14,* 206-215.

[100] Jacques Bouveresse a apporté une vive critique, que nous détaillerons dans un chapitre ultérieur, à la transposition de concepts scientifiques dans les sciences sociales dans son ouvrage *Prodiges et vertiges de l'analogie* (BOUVERESSE Jacques (2022). *Prodiges et vertiges de l'analogie : de l'abus des belles-lettres dans la pensée* (Nouvelle éd. actualisée et augmentée [2022]). Raisons d'Agir Editions).

[101] KARDINER A. (1969), *op cit.*

[102] BASTIDE R. (1995). *Sociologie et psychanalyse*. Presses Universitaires de France.

[103] ROHEIM G. (1978). *Psychanalyse et anthropologie : culture, personnalité, inconscient*. Gallimard.

[104] Les américains Kardiner et Linton, membres du mouvement *Culture et Personnalité*, appuient notamment leur argumentaire sur le concept de « personnalité de base » en relevant le rôle des institutions sur les comportements humains. Selon ces auteurs, des individus d'un même groupe développent des comportements identiques liées aux institutions de socialisation, appelées « institutions de base ». Leur approche se veut critique à l'égard de l'universalité du complexe d'Œdipe, à l'inverse de Géza Róheim, ethnologue américain d'origine hongroise, qui défend l'universalité de complexe d'Œdipe à travers les cultures et s'attache à démonter l'existence d'invariants culturels dans la formation du psychisme des individus. Róheim est ainsi ouvertement critique à l'égard de la théorie de la personnalité de base et des institutions de base développée par les membres du mouvement *Culture et Personnalité*. Nous reviendrons plus en détail sur ces débats dans la suite de la thèse.

décès de Devereux. Ce retard de plus de trente ans est intéressant à souligner car il démontre qu'en dehors des cercles spécialisés de la psychanalyse ou de l'anthropologie, Devereux a mis longtemps avant d'être reconnu comme un auteur majeur des sciences sociales dans le contexte français et, plus largement, francophone. L'ouvrage est dédié à Weston La Barre, anthropologue et psychanalyste américain, spécialisé dans la culture amérindienne. Georges Devereux décède en 1985 à Paris, en ayant finalement formé peu d'élèves, parmi lesquels on peut compter Tobie Nathan et François Laplantine. Tobie Nathan, élève le plus connu et le plus médiatique, est souvent décrit comme le fondateur du dispositif ethnopsychiatrique français.

Il est intéressant de souligner les nombreuses influences de Devereux, tant du point de vue des origines culturelles que disciplinaires. Alors que la rencontre avec l'anthropologie se fait au début des années 1930, il s'avère plus difficile de dater précisément sa rencontre avec la psychanalyse, ce d'autant que les rapprochements entre psychanalyse et anthropologie ne sont alors que relativement marginaux et que ses deux directeurs de thèse, Kroeber et Lowie, se montraient particulièrement critiques à l'égard de la psychanalyse freudienne. Alfred Kroeber fut en effet l'un des premiers anthropologues à porter dès 1920 de vives critiques à l'égard des théories freudiennes, notamment autour de son ouvrage *Totem et Tabou*. Kroeber critique notamment, dans un article intitulé *Totem and Taboo : An Ethnological Psychoanalysis*[105], le caractère, selon lui profondément hypothétique des assertions freudiennes considérant le meurtre du père par la horde primitive comme mythe fondateur des tabous. Il en critique ainsi le contenu, ainsi que la véracité historique et, davantage encore, les raccourcis faits par Freud pour expliquer comment cet évènement immémorial viendrait expliquer le fonctionnement des sociétés modernes. Kroeber décrit ainsi un ouvrage manquant cruellement de rigueur scientifique, doté d'une « conviction non étayée » et relevant du « zèle d'un propagandiste » et

[105] KROEBER A.L. (1920). Totem and taboo: an ethnologic psychoanalysis. *American Anthropologist, 22*(1), 48-55.

de la « hâte de la composition ». Pour autant, Kroeber souligne l'apport majeur de la psychanalyse à la compréhension des « sociétés primitives », au travers notamment du parallèle entre la névrose et les peuples primitifs[106]. On note également que Kroeber se montre moins critique lors de la reprise de son article en 1939, année de la publication par Devereux d'un article intitulé *A Sociological Theory of Schizophrenia*[107] dans la revue américaine de psychanalyse. On peut imaginer que la théorie freudienne ait animé les discussions entre Kroeber et Devereux autour de l'intérêt de ce dernier pour la sexualité des Indiens Mohave et que Devereux se soit avéré plus ouvert à la question psychanalytique que son directeur de thèse, l'ayant progressivement amené à s'intéresser de plus en plus aux théories psychanalytiques, ce que Devereux concrétisera au cours des années quarante et cinquante.

Alors qu'il est souvent cité comme un auteur français par les psychanalystes et ethnopsychiatres français, il convient de rappeler que Devereux possède initialement la nationalité hongroise avant d'obtenir la nationalité américaine en 1933. Malgré son retour en France en 1963 sous l'impulsion de Claude Lévi-Strauss alors que Devereux voit sa carrière américaine stagner[108], il n'a jamais demandé à obtenir la nationalité française et a écrit la majeure partie de son œuvre en langue anglaise, notamment ses deux ouvrages principaux que sont *Reality and Dream* et *From Anxiety to Method*. Cette confusion historique, volontiers relayée par ses successeurs et biographes, n'est pas anodine car elle permet d'entretenir une forme de méfiance de l'ethnopsychiatrie française à l'égard des travaux anglo-saxons, tout en occultant le fort ancrage de Devereux dans le monde universitaire et scientifique américain au

[106] « Of very broad interest is the problem raised by Freud's conjecture that the psychic impulses of primitive people possessed more ambivalence than our own except in the case of neurotics; that their mental life, like that of neurotics, is more sexualized and contains fewer social components than ours (pp. II I, 121, 148). Neurosis would therefore usually represent an atavistic constitution. Whatever its complete significance, there exists no doubt a remarkable similarity between the phenomena of magic, taboo, animism and primitive religion in general, and neurotic manifestation » (*Ibid*).

[107] DEVEREUX G. (1939). A sociological theory of schizophrenia. *Psychoanalytic Review, 26,* 315-342.

[108] CEREA A. (2020). Georges Devereux et l'ethnopsychiatrie : fonder sa science et assurer sa consécration. *Revue d'histoire des sciences humaines*, *37*, 193-208.

cours des années trente à cinquante et l'influence que celui-ci a eu sur son œuvre. Comme nous l'écrivions plus haut, il a fallu attendre les années quatre-vingt pour que *Reality and Dream* soit traduit en français. François Laplantine[109] écrit en ce sens que Devereux avait été profondément déçu par la société américaine et le milieu intellectuel américain, ce qui notamment se traduit par ses rapports contrastés avec le mouvement *Culture et personnalité*. Encore une fois, ceci a contribué à la méconnaissance par le public français d'un pan majeur de l'approche ethnopsychiatrique et notamment des hypothèses formulées autour des effets de la discrimination sociale par le courant américain. Nous appuierons à ce titre une partie de notre réflexion sur l'ouvrage *The Mark of Oppression*[110], publié par le psychiatre, psychanalyste et anthropologue Abram Kardiner et le psychanalyste Lionel Ovesey la même année que *Reality and Dream* dans lequel est théorisée une approche de la psychopathologie des afro-américains mettant l'accent sur l'impact du racisme, de la précarité et de la discrimination.

[109] LAPLANTINE F. (2022), *op cit.*

[110] KARDINER Abram & OVESEY Lionel (2018). *Color line : oppression et inconscient*. Les Presses du réel.

1.2. *REALITY AND DREAM*, ENTRE ANTHROPOLOGIE ET PSYCHANALYSE

En 1951, Devereux publie en langue anglaise *Reality and Dream,* ouvrage portant sur la psychothérapie qu'il a effectuée auprès d'un homme issu d'une tribu indienne. Devereux y retranscrit et analyse une psychothérapie de trente séances, menée pendant un mois et demi auprès de Jimmy Picard (nom d'emprunt utilisé par Devereux pour l'anonymisation du cas)[111] hospitalisé au *Winter General Hospital*, en tant que vétéran de la Seconde Guerre mondiale. Il convient de souligner dès à présent que le nombre de séances réalisées par Devereux auprès de Jimmy Picard a bien été de trente, scrupuleusement numérotées par l'auteur, et non pas de quatre-vingt comme on le retrouve souvent cité, reprise d'une erreur véhiculée par Elisabeth Roudinesco dans sa préface de l'ouvrage et relayée en quatrième de couverture de l'ouvrage français[112]. Picard est hospitalisé car il souffre de maux de tête, de troubles de la vision, de crises d'angoisse, apparaît déprimé et irritable. Il est ainsi considéré par l'équipe médicale comme un malade atteint de troubles psychiatriques et se pose même la question d'un trouble schizophrénique. Sur proposition des médecins qui le prennent alors en charge sans succès, Devereux se voit offrir la possibilité de recevoir Jimmy Picard en psychothérapie dans le cadre de sa résidence au sein de la *Menninger Foundation*. Les séances s'étaleront sur une durée totale de 6 semaines et demie selon un rythme intensif puisque les séances deux à vingt se déroulent sur dix-neuf jours d'affilée, comprenant les samedis et dimanche. Au fur et à mesure des séances Picard dévoile son histoire, que Devereux retrace dans un paragraphe dédié, préalable à la retranscription des séances. L'ouvrage est divisé en quatre parties, précédées de

[111] Devereux consacre plusieurs pages de son ouvrage à expliquer comment il a soigneusement cherché à anonymiser le cas de son patient, en modifiant à la fois le nom de sa tribu (qu'il nomme tribu *Wolf*) et de ce dernier. Il est cependant certain que Jimmy Picard portait bien un nom d'origine française. Si la tribu à laquelle il appartenait a finalement pu être découverte (les *black foot*), son vrai nom demeure toujours inconnu.

[112] « Et ce regard venu des profondeurs, il le mit à profit au cours de quatre-vingts séances psychanalytiques qu'il mena pendant une vingtaine de semaines avec un Indien alcoolique et névrosé. » (DEVEREUX G., *PIP*, p. 22).

« préliminaires » dans lesquels Devereux décrit l'histoire de Picard et les conditions de son hospitalisation. La première partie, intitulée « Théorie et technique » développé les hypothèses de travail et concepts que Devereux utilise dans sa psychothérapie. La seconde partie comprend la retranscription des trente séances, tandis que les troisième et quatrième parties rapportent respectivement les tests psychologiques et graphiques utilisés par Devereux.

La particularité principale de l'ouvrage repose ainsi sur la retranscription quasi-complète des échanges que Devereux a eus avec Jimmy Picard, procédé rare, sinon unique, dans la démarche psychanalytique. En effet, alors que l'étude d'un cas unique, tel que la réalise Devereux, est constitutive et fondatrice du corpus psychanalytique, il n'existe aucun autre ouvrage relatant l'entièreté des échanges entre le ou la psychanalyste et la personne psychanalysée. Freud fut l'instigateur de cette méthode du cas unique, autour de cas célèbres comme Dora, le petite Hans, l'homme aux rats, l'homme aux loups ou le Président Schreber, qui constituent les cinq études fondatrices de la psychanalyse freudienne[113], utilisées et discutées encore aujourd'hui par les psychanalystes contemporains. Pourtant, l'utilisation de l'étude de cas par les psychanalystes ne s'était jusqu'alors jamais attardée sur la retranscription des paroles des patient(e)s, et certains auteurs ont même souligné les probables déformations volontaires opérées par Freud des propos de ses patients[114]. Outre son caractère unique, cette méthodologie mise en œuvre par Devereux offre la possibilité de discuter dans le détail les interprétations qu'il donne du précieux matériel offert par cette retranscription, qui se fait par la prise de notes permanente de Devereux au cours des séances. L'on trouve ainsi au fil du texte de nombreux passages au cours desquels Devereux demande à Jimmy Picard de répéter ou de ralentir son débit de parole afin de favoriser la prise de notes. On peut dès à présent s'étonner que cette étude de cas n'ait jusqu'alors jamais bénéficié d'aucun travail de reprise et de mise à

[113] FREUD S. (2017). *Cinq psychanalyses : Dora, le petit Hans l'homme aux rats, le président Schreber, l'homme aux loups*. Payot & Rivages.
[114] CREWS F. (2020), *op.cit.*

l'épreuve. La guérison observée chez Picard suite à la psychothérapie réalisée par Devereux semble ainsi avoir assuré la pertinence des interprétations que Devereux donne de ce cas et annihilé toute velléité de retravailler en profondeur l'interprétation du cas Picard[115]. En effet, l'ensemble des symptômes décrits par Picard au début de son hospitalisation ont disparu à la fin de la thérapie, ce qui lui permet de rentrer chez lui et de reprendre le cours de sa vie. Picard écrit même une lettre à Devereux quelques années plus tard pour lui expliquer qu'il va toujours bien et le remercier. Encore plus étonnant, les discussions récentes proposées par des psychanalystes autour du cas de Jimmy Picard[116] reposent principalement sur la sortie en 2013 du film d'Arnaud Desplechin, au risque de véhiculer un certain nombre d'erreurs historiques et sans jamais proposer un retour direct au compte-rendu pourtant exhaustif de la psychothérapie réalisée.

La seconde particularité de *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* réside dans la méthodologie scientifique à laquelle s'astreint Devereux[117]. Bien loin du caractère habituellement plus littéraire des écrits psychanalytiques ou psychothérapeutique, Devereux répond à un certain nombre de canons de l'écriture scientifique, écrivant que la psychothérapie menée auprès de Picard était « entreprise d'abord comme un projet de recherche »[118]. Il décrit ainsi de manière précise sa méthode de travail, les outils théoriques sur lesquels il s'appuie, retranscrit de manière objective l'ensemble des entretiens réalisés avec Jimmy Picard, faisant part de manière détaillée et argumentée de l'interprétation qu'il en donne. Rares sont les études de cas répondant à une telle rigueur méthodologique tant dans la forme que dans le fond. Ceci

[115] Le terme de guérison est utilisé par Devereux dans la préface de l'ouvrage : « Nous rendons compte en outre de la dynamique du processus de la maladie et de celui de la guérison à partir des considérations techniques et théoriques exposées » (DEVEREUX G., *PIP*, p. 33).

[116] WAJCMAN G. & DESPLECHIN A. (2014), *op.cit.*

[117] « Cet ouvrage décrit le processus de guérison par lequel, au cours d'une psychothérapie – entreprise d'abord comme projet de recherche – un Indien des Plaines souffrant d'une névrose symptomatique compliquée a recouvré un niveau de fonctionnement supérieur à l'adaptation qui était la sienne avant le déclenchement de la maladie » (DEVEREUX G., *PIP*, p. 33).

[118] *Ibid,* p. 31.

permet de souligner que Devereux n'est en rien une sorte d'illuminé ou de marginal des sciences sociales s'adonnant à une forme de divagation exotique sans prétention scientifique. Le style et la forme de son texte sont au contraire empreints d'une volonté d'objectivité, de nuances et de scientificité et sa psychothérapie se veut répondre à une méthodologie objective qu'il décrit avec précision dans son ouvrage. Nous reviendrons en détail dans les sous-chapitres suivants sur les méthodes et techniques utilisées par Devereux.

1.2.1. JIMMY PICARD, UNE VIE MARQUEE PAR L'ADVERSITE

Jimmy Picard est âgé d'une trentaine d'année lorsqu'il rencontre Devereux. Né dans une réserve indienne, il porte un nom français probablement issu de l'union d'une femme de la tribu avec un trappeur français. Dernier de sa fratrie, Picard perd son père, alors âgé d'une soixantaine d'années, d'une pathologie cardiaque alors qu'il n'est lui-même âgé que de cinq ans. Malgré le peu de souvenirs qu'il a de son père, Picard conserve une estime importante à son égard. Devereux souligne ne pas avoir d'éléments concernant les grands-frères de Picard, dont ce dernier parle peu. Il est en revanche fait mention d'une sœur aînée chez laquelle le patient a vécu la majeure partie de son enfance, ce qui faisait suite à une scène au cours de laquelle Picard a surpris sa mère au lit avec un homme et en conséquence de laquelle il a définitivement quitté le domicile maternel[119]. Du point de vue religieux, la famille Picard appartient à une secte protestante décrite comme relativement stricte et ritualiste. Devereux souligne trois épisodes traumatiques au cours de l'enfance de Picard : le fait d'avoir été surpris et puni par sa grande sœur alors qu'une fille plus âgée le forçait à la masturber, un second au cours duquel il n'a pu sauver une autre petite fille qui se noyait dans un lac et s'est enfui pendant qu'elle se noyait, puis l'épisode au cours duquel il a surpris sa mère au lit avec un homme.

[119] Picard donne finalement assez peu de détails sur ce changement de domicile que Devereux considère comme « des évènements très ordinaires dans la vie des enfants dont le foyer est instable ou brisé » (*Ibid*, p. 505).

Comme nous le verrons par la suite, Devereux accorde une plus grande importance aux deux traumatismes comportant une composante sexuelle, mais tous trois semblent avoir créé une forme à chaque fois exacerbée de culpabilité chez Picard.

Plus tard, alors qu'il est en onzième degré (avant-dernière année de l'école secondaire aux États-Unis) et mène une scolarité normale, Picard se trouve obligé de quitter l'école prématurément du fait d'un scandale lié au fait qu'il a mis enceinte une jeune fille de la réserve. Les familles ne parvenant pas à s'entendre sur les conditions d'un mariage entre les deux jeunes gens, Jimmy Picard est condamné pour paternité illégale et obligé d'abandonner sa scolarité en cours. Picard travaille alors principalement dans le ranch de sa sœur et de son beau-frère, avant d'obtenir quelques années plus tard un emploi stable en tant que cheminot au sein des chemins de fers, emploi qu'il conserve jusqu'à son départ pour l'armée au cours de la Seconde Guerre mondiale. Picard semble avoir mené une existence relativement instable pendant quelques temps, étant porté sur l'alcool et les bagarres tout en parvenant à conserver son emploi, puis à se marier avec une femme de son âge quelques années après son départ de son école. Il relate au cours des séances deux épisodes traumatiques datant de la période au cours de laquelle il travaillait comme ouvrier agricole et s'occupait notamment des chevaux. Picard a ainsi été victime de deux chutes de cheval, et il a perdu la vue pendant quelques minutes à la suite de l'une d'elles.

A l'entrée des États-Unis dans la Seconde Guerre Mondiale, Picard intègre l'armée et est affecté dans le corps des chars d'assaut, puis dans le corps de sapeurs combattants. Il finit par être envoyé sur le front européen, en France notamment, sous le grade de caporal. Malgré sa qualité de tireur d'élite, il ne participa jamais à de vrais combats, étant assigné au service de garde dans un groupement arrière. Un accident survient au cours de son affectation militaire,

alors que Picard se trouve en Allemagne[120]. Après avoir semble-t-il trop bu, il tombe d'une jeep en marche et se blesse sérieusement au crâne. La radiographie retrouve en effet deux larges fissures sur le côté droit de l'os occipital avec hémorragie intracrânienne. Il en retira une paralysie du sixième nerf crânien, entraînant celle du muscle rectus externe droit et causant une diplopie dans la vision latérale. Picard souffrait également d'une rupture du tympan gauche associé à une perte d'audition et une otite bilatérale chronique de l'oreille moyenne consécutifs à cette chute. Picard fut d'abord soigné en Europe avant d'être rapatrié aux États-Unis, puis que lui soit accordé une démobilisation honorable. Selon les éléments récoltés par l'équipe médicale de la *Menninger Foundation*, l'alcoolisation de Picard faisait suite à une lettre reçue d'un de ses amis qui lui apprenait l'infidélité de sa femme, suivie d'une demande de divorce de la part de cette dernière, que Picard a également apprise par courrier.

A son retour dans la réserve, Picard divorce et retourne à nouveau vivre chez sa sœur et son beau-frère. Il reçoit une pension d'invalidité et se trouve dans l'incapacité de reprendre son emploi aux chemins de fer. Souffrant de maux de tête intolérables, Picard reprend ses habitudes addictives et se met à consommer de plus en plus d'alcool, dépensant ainsi sa pension militaire. Il se plaint d'un sentiment important de préjudice, lié à la perte de sa maison et de ses terres. A la recherche d'une meilleure situation financière et d'un nouvel emploi, Picard fait tout d'abord une demande de prêt auprès du trésor tribal, qui lui est refusée. Ensuite, il se lance dans un projet d'apprentissage d'un nouveau métier administratif en rapport avec les dispositions pour les anciens combattants, ce qui échoue également. Picard peut finalement se lancer dans un apprentissage technique, au sein d'une école confessionnelle, le collège technique *Peter Waldo*, pour y apprendre le travail du cuir.

[120] Dans sa volonté d'anonymiser le cas, Devereux se garde de donner des détails précis sur le lieu où se trouve Picard à ce moment et sur le régiment dans lequel il est affecté.

La vie de Picard apparaît donc marquée par de nombreux traumatismes (émotionnels, physiques, relationnels, sociaux et familiaux) survenant tout au long de sa vie et ayant sans nul doute contribué à façonner des éléments de sa personnalité. Au début des échanges avec Devereux, Picard souligne spontanément la question de la discrimination qu'il doit avoir toujours ressentie. D'un point de vue méthodologique, il est intéressant de noter qu'il s'agit de l'unique partie du discours de Picard que Devereux ne retranscrit pas fidèlement, écrivant de manière synthétique que « le patient évoqua alors la mauvaise condition économique et sociale des Indiens »[121].

La rencontre de Picard et Devereux se fait donc au sein du *Winter General Hospital* (voir photographie en Annexe 1) où Picard est hospitalisé au titre de vétéran du fait de ses maux de têtes sévère et récurrents, qu'il tente de calmer par une tendance de plus en plus marquée à la consommation d'alcool. Devereux propose ainsi un recensement exhaustif des symptômes présentés par le patient, parmi lesquels il est noté[122] :

- des troubles sensoriels: diplopie et perte d'audition à 5%
- des troubles psychiatriques: des crises d'angoisse, des cauchemars, un somnambulisme, des phobies
- des maux de têtes
- une impuissance
- des difficultés de socialisation
- des troubles des conduites avec mésusage d'alcool

Alors que les médecins ne parviennent pas à traiter efficacement Picard et qu'ils se trouvent en difficulté avec son comportement, ils l'adressent vers Devereux pour que ce dernier puisse mener un travail psychothérapeutique. L'intérêt de Devereux pour les problématiques

[121] *Ibid*, p. 243.
[122] *Ibid*, pp. 166-167.

culturelles étant également connu, Picard lui est envoyé en vue de démêler le rôle des facteurs culturels dans la présentation clinique observée. Cette pratique est alors courante au sein de la *Menninger Foundation* et le psychiatre Henri Ellebenger a lui-même reçu un certain nombre de patients dans un contexte similaire[123].

1.2.2. CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE REALITY AND DREAM

L'on pourrait voir dans la publication par Georges Devereux en 1967 de l'ouvrage *From anxiety to method in the behavioral sciences*[124] une forme de confession quant aux limites du travail de recherche et de l'analyse qu'il a pu faire du cas Jimmy Picard. *From anxiety to method* s'intéresse en effet aux limites de l'observation dans le champ des sciences sociales et au fait que l'enquête anthropologique, sociologique ou ethnologique en vient à déformer l'objet étudié, ou pour le dire comme le fera Johannes Fabian quelques années plus tard, que le chercheur « construit son objet »[125]. Il est à ce titre intéressant de souligner que la publication de l'ensemble des écrits ethnopsychiatriques de Devereux est antérieure à la parution de cet ouvrage sur la méthode des sciences sociales, sur lequel repose aujourd'hui principalement sa renommée. En effet, les traductions en français en 1970 d'articles de Devereux sous le titre *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, en 1980 de *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* puis en 1982 de *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* sont toutes postérieures à la rédaction de *From anxiety to method*. A compter de la fin des années 1960, Devereux n'effectue plus aucun travail de terrain et s'adonne à un travail de recherche beaucoup plus théorique sur les mythes grecs. Il ne mène plus de consultation en tant que psychanalyste à partir de la fin des années 1960 et se sent sans doute bien loin des considérations des

[123] DELILLE E. (2017), *op.cit.*
[124] DEVEREUX G., *DAM*.
[125] FABIAN J. (2017), *op.cit.*

intellectuels français qui lui sont contemporains. Conscient, davantage qu'aucun autre sans doute, des limites de l'observation de terrain et de la capacité des sciences sociales à appréhender la complexité des réalités sociales, Devereux devient dès lors davantage un helléniste théoricien, intéressé par les mythes anciens, plutôt qu'un acteur de terrain engagé pour la défense des minorités ou la reconnaissance d'une ethnopsychiatrie clinique.

Malgré ses critiques de la recherche de terrain et son moindre intérêt pour la question ethnopsychiatrique à la fin de sa carrière, Devereux n'a jamais renié ses travaux ou apporté de critique de fond sur le contenu de *Reality and Dream*. Les préfaces de la réédition américaine de l'ouvrage en 1968 ou de sa traduction française de 1982 apportent en effet des précisions qui ressortent de l'ordre du détail sur l'ouvrage et sa méthode et *From anxiety to method* ne comporte pas non plus de passage visant à critiquer ou limiter les conclusions qu'il a pu faire de sa rencontre avec Picard. La référence qu'est devenue *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* en France pour l'ethnopsychiatrie nécessite cependant qu'une analyse critique de cet ouvrage et des concepts qui y sont utilisés puisse être menée. Cette première partie s'intéresse ainsi à une analyse la plus exhaustive possible de l'ouvrage de Devereux en s'attachant à repartir du texte des entretiens retranscrits par Devereux, notamment des rêves rapportés par Picard t au cours des séances.

1.2.3. Entre anthropologie kroeberienne et « culturalisme »

Élève d'Alfred Louis Kroeber au cours de son doctorat d'anthropologie, Devereux appuie son analyse du cas de Picard sur les travaux menés auprès des populations américaines natives depuis la fin du XIXème siècle par l'anthropologie américaine. Alfred Louis Kroeber, anthropologue de la première moitié du XXème siècle, exerça, de 1901 jusqu'à sa mort en 1960,

à l'Université de Calfornie[126]. Lui-même élève de Franz Boas, Kroeber s'intéressa fortement à l'anthropologie des tribus amérindiennes, en utilisant la méthode anthropologique inductive dans ses travaux de terrain, qui l'amenèrent à publier en 1925 un *Guide des Indiens de Californie* qui recensait l'ensemble des us et coutumes de la cinquantaine de tribus indiennes vivant alors sur le territoire californien[127]. C'est dans cet ouvrage qu'il conceptualise notamment le terme « d'aire culturelle », sur lequel Devereux appuie son approche anthropologique de Jimmy Picard. Comme le mentionnent Kardiner et Preble, Kroeber est surtout connu comme un « défenseur de la thèse selon laquelle les actes individuels sont insignifiants au regard du cours de l'Histoire des sociétés »[128]. Cette notion de déterminisme social et historique infiltrait ainsi fortement la pensée et les écrits de Kroeber. La « théorie superorganique » de la civilisation constitue notamment un concept central de la pensée kroeberienne qui, malgré d'apparentes similitudes avec la théorie durkheimienne des « faits sociaux », s'en distingue en réalité par le peu d'intérêt que portait Kroeber au fonctionnalisme entre la société et l'individu[129]. Pour Kroeber, l'invention de la culture amène à la création d'une entité « supraorganique », distincte des dimensions « inorganique » et « organique ». Kroeber refusait ainsi farouchement l'idée d'une influence de la biologie et des particularités individuelles sur la civilisation. Bien que les réticences de Kroeber à l'égard de l'approche psychologique tendent à le faire considérer comme opposé au mouvement *Culture et personnalité*, la théorie superorganique soutient également la thèse du primat du contexte

[126] La biographie détaillée d'Alfred Louis Kroeber se trouve dans l'ouvrage d'Abraham Kardiner et Edward Preble *Introduction à l'ethnologie*, paru en 1961 sous le titre *They studied man* (KARDINER A. & PREBLE E. (1966). *Introduction à l'ethnologie [They studied man]*. Gallimard).

[127] KROEBER A.L. (1953). *Handbook of the Indians of California*. California Book Company.

[128] *Ibid*, p. 260.

[129] Le philosophe canadien Michel Verdon interrogeait en 2010 la proximité théorique existant entre la théorie supraorganique de Kroeber et les réflexions de Durkheim sur la force transcendante du fait social sur les individus (VERDON M. (2010). "The superorganic" or Kroeber's hidden agenda. *Philosophy of the Social Sciences, 40*(3), 375–398). Le sociologue Mathieu Béra rappelait en 2014 que Kroeber était plutôt compté parmi les chercheurs critiques à l'égard des travaux de Durkheim dont il ne s'est jamais réclamé. (BERA M. (2014). Durkheim en débat : la critique de Durkheim dans quelques ouvrages d'introduction à la sociologie. *Idées économiques et sociales*, *178*, 45-55).

culturel sur l'individuel. Il cherchait notamment à démontrer que les civilisations sont gouvernées par des lois et des séquences qui n'ont aucun rapport avec les actes individuels, sans nier pour autant que la civilisation est transmise et existe par le biais des individus.

La théorie freudienne de la psychanalyse, en insistant sur le rôle majeur des facteurs individuels, ne trouva ainsi aucun écho chez Kroeber. Ses réticences et critiques à l'égard de la psychanalyse sont connues et semblent venir en partie d'une brève psychanalyse, dont il tira le sentiment que l'anthropologie et la psychanalyse constituaient « deux professions apparemment inconciliables »[130]. Si les rapports qu'entretenaient Devereux et Kroeber demeurent mal connus, ce rapide résumé des théories kroeberiennes s'avère intéressant à plusieurs titres. Tout d'abord, l'idée du complémentarisme entre psychanalyse et anthropologie défendue par Devereux semble *a priori* antinomique des positions de son directeur de thèse sur le sujet. A ce titre, soulignons que *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* ne constitue pas le travail de doctorat de Devereux, qu'il avait soutenu en décembre 1935 sur la sexualité des indiens Mohaves. Stephen Murray a récemment identifié le fait que l'intérêt de Devereux pour la théorie freudienne est postérieur à 1935 et à sa soutenance de thèse[131], remontant sans doute aux années 1940 et à sa psychanalyse débutée en 1946 auprès de Marc Schlumberger de la Société Psychanalytique de Paris. On retrouve même dans la thèse de Devereux une critique à l'égard de « l'obsession pour les idées freudiennes » et « l'évidente ignorance » de Géza Róheim, psychanalyste freudien alors reconnu[132]. L'importance donnée par Kroeber à la civilisation et la culture, plutôt qu'à l'individu, au travers de sa théorie de l'aire culturelle constitue à l'inverse un point de convergence fort entre lui et Devereux, ce dernier voyant chez

[130] KARDINER A. & PREBLE E. (1966), *op.cit.*

[131] MURRAY S.O. (2009). The pre-Freudian Georges Devereux the post-Freudian Alfred Kroeber and Mohave sexuality. *Histories of Anthropology Annual, 5*(1), 12–27.

[132] « Roheim is obsessed by Freudian ideas and is obviously so ignorant of data from other Yuman tribes that he mistakes type - 'dreams' made up largely of legends from true dreams. » (DEVEREUX G. (1974), *op.cit*., p. 96).

Picard une forme d'archétype de l'Indien des Plaines. La notion d'aire culturelle constitue en effet, comme nous le verrons, une hypothèse centrale de la méthodologie de travail utilisée par Devereux dans *Reality and Dream*.

Afin de pouvoir préciser la manière dont Devereux s'attache aux contenus culturels il convient en effet de décrire les concepts anthropologiques principaux sur lesquels il fait reposer sa théorie culturelle, à savoir les notions « d'aire culturelle », de « modèle culturel de l'aire » et de « personnalité ethnique de l'aire » qui constituent les trois piliers de sa théorie. Il s'appuie en effet sur un modèle complexe de description des modèles culturels existant au sein des tribus Indiennes, en proposant une théorie de la culture empruntant volontiers à des concepts parfois proches de la physique et des mathématiques.

1.2.3.1. AIRE CULTURELLE ET MODELE CULTUREL DE L'AIRE

L'*aire culturelle*[133] est un concept que Devereux emprunte directement à Kroeber et qu'il définit comme « une région qu'habitent un certain nombre de tribus dont les cultures ont entre elles une forte ressemblance, tout en différant sensiblement des cultures qu'on trouve dans les aires adjacentes »[134]. La notion d'aire culturelle répond ainsi à la fois à une double réalité géographique et culturelle, définissant un espace relativement homogène conçu comme un « concept synthétique », tel que l'aire des Plaines, « de la Méditerranées, de l'Arctique, de la steppe d'Asie… »[135]. Ainsi, l'aire culturelle des Plaines, aire géographique des Indiens des Plaines, s'étendrait du Sud du Canada jusqu'à la frontière mexicaine, et du Mississippi jusqu'à la région dite Bassin Plateau. Notons que cette aire définie par Devereux couvre entre la moitié et les deux tiers de l'ensemble du territoire américain. A chaque aire culturelle correspond un *modèle culturel de l'aire* qui contient les valeurs communes à l'ensemble des tribus appartenant

[133] DEVEREUX G., *PIP*, pp. 102-110.
[134] *Ibid*, p. 100.
[135] *Ibid.,* p.100.

à cette aire. Devereux fait prévaloir le modèle culturel de l'aire, commun à toutes les tribus vivant dans l'aire culturelle sur « l'ethos tribal », propre à chaque tribu. En effet, par son fonctionnement synthétique, le modèle de l'aire sera toujours en capacité d'englober l'ensemble des modèles tribaux, bien que ces derniers puissent s'avérer plus complexes et quantitativement plus importants en nombre de rites ou coutumes que le modèle de l'aire.

Deux points importants sont à souligner au sujet du modèle culturel proposé par Devereux. Tout d'abord, Devereux retient la possibilité de l'acculturation au cœur du fonctionnement des modèles culturels de l'aire ou des tribus. Le fait même de considérer le modèle culturel de l'aire comme un objet synthétique capable de comprendre des modèles tribaux différents induit la possibilité d'absorber de nouveaux items culturels, de les subordonner et de les intégrer au modèle de l'aire ou de la tribu. Ensuite, Devereux dit s'opposer frontalement aux visions culturalistes qui feraient de la culture une sorte de moule modelant les comportements ou la personnalité des individus, en critiquant ce qu'il appelle « l'illusion culturaliste »[136]. La notion de modèle culturel de l'aire est entendue par Devereux comme une « espèce particulière d'ordre » autour duquel peuvent s'organiser d'innombrables variétés d'objets et d'abstractions. Outre son caractère hautement heuristique, cette théorie de l'aire culturelle proposée par Devereux s'avère également pratique, car elle lui permet d'utiliser chez Picard les données issues de ses travaux d'observation chez les Mohaves, appartenant également à l'aire culturelle des Plaines, bien qu'il n'ait jamais effectué le moindre travail de terrain au sein de la tribu de son patient. En s'intéressant au modèle de l'aire plutôt qu'aux modèles tribaux, il s'affranchit en partie des spécificités culturelles et sociales liées à la tribu. Devereux fait d'ailleurs régulièrement appel au cours des entretiens aux observations qu'il a pu mener chez les Mohaves et aux rites et coutumes de cette tribu. Notons cependant que Devereux omet de souligner que la relative homogénéité culturelle qu'il confère à l'ensemble de « l'aire

[136] *Ibid*, p. 103.

culturelle » des Indiens des Plaines se confronte à une limite principale qui est celle de l'utilisation de langues différentes par les nombreuses tribus indiennes vivant dans cette aire géographique. Pierre Déléage explique ainsi qu'au XIXème siècle, dans un contexte d'augmentation des échanges commerciaux et politiques entre les tribus indiennes, le langage des signes des indiens des plaines (LSIP) a été créé pour favoriser la communication entre les tribus indiennes qui ne parlaient pas la même langue[137].

1.2.3.2. PERSONNALITE ETHNIQUE

La *personnalité ethnique* constitue selon Devereux le fondement de la personnalité des individus appartenant à une aire culturelle donnée, si bien que l'on retrouverait une certaine uniformité de la personnalité de ces individus[138]. Devereux explique ainsi qu'il existe « une personnalité ethnique très typique de l'aire de l'Indien des Plaines, personnalité qui présente une grande uniformité »[139]. Devereux argumente le fait que la « personnalité ethnique de l'aire prévale » sur la « personnalité tribale », définie comme « le noyau de de la personnalité ethnique tribale et comme sa part fonctionnellement la plus importante »[140]. Bien que Devereux ne fasse pas directement référence aux travaux du mouvement *Culture et Personnalité*, il est difficile de ne pas voir dans cette utilisation du concept de « personnalité ethnique » une forme adaptée du concept de « personnalité culturelle de base », théorisée notamment par Abram Kardiner et Ralph Linton[141]. Ce dernier résume le concept de personnalité de base en écrivant que « la culture doit être considérée comme le facteur prédominant dans la constitution de la personnalité de base pour chaque société »[142].

---

[137] DELEAGE P. (2013). *Le geste et l'écriture : langues des signes amérindiens logographies*. A. Colin.
[138] DEVEREUX G., *PIP,* pp. 110-145.
[139] *Ibid*, p. 117.
[140] *Ibid*, p. 96.
[141] KARDINER A. & LINTON R. (2018), *op.cit.*
[142] LINTON R. (1977), *op.cit.,* p. 132.

L'ouvrage de Ruth Benedict en 1934[143] est le premier à consacrer l'idée de personnalité de base, à travers l'idée que chaque culture comporte un modèle de personnalité dominant au sein de la culture en question. Cette première idée de Benedict va amener chez Kardiner puis Linton au cours des années 30 et 40 à une théorisation très précise de la notion de personnalité de base. Dans *L'individu dans sa société*, Kardiner décrit ainsi en 1939 les modalités de structuration de la personnalité de base des individus issus d'un même milieu culturel[144], qu'il résume en écrivant que « si les conditions externes et les institutions primaires de base varient selon les cultures, nous pouvons nous attendre à voir également varier la structure du Moi »[145]. Kardiner postule notamment que la structuration de la personnalité de base s'effectue au cours de la prime enfance, au travers des techniques culturelles utilisées par les parents et le groupe culturel. Sur ce point, Devereux conteste dans *Reality and Dream* ce qu'il appelle « l'approche sociologique » de Kardiner, sans faire encore une fois directement référence à ce moment-là au concept de personnalité de base. Dans *Les fondements culturel de la personnalité*, Ralph Linton consacre en 1945 la notion de « personnalité de base (*Basic Personality Type*) » en écrivant que « chaque société a son propre type de personnalité de base et sa propre gamme de personnalités de statut, lesquels diffèrent toujours en quelque manière de ce qu'ils sont dans une autre société »[146].

Deux types d'influences seraient exercées par la culture sur la personnalité individuelle, selon Linton. Tout d'abord, les comportements culturels des parents et du groupe à l'égard de l'enfant agiraient dès la naissance et tout au long de l'enfance sur la structuration de la personnalité. Ensuite, l'observation au cours de l'adolescence et de l'âge adulte des « modèles de comportement » servirait d'exemple à l'individu pour constituer ses propres comportements

[143] BENEDICT R. (2019), *op.cit.*
[144] KARDINER A. (1939), *op.cit.*, pp. 189-195.
[145] *Ibid*, p. 193.
[146] LINTON R. (1977), *op.cit.,* p. 125.

et « réponses habituelles ». Linton souligne que le second type d'influence, par observation, aurait un rôle négligeable pendant l'enfance, mais permettrait à la culture d'influencer la personnalité de l'individu « tout au long de la vie ». Linton décrit ensuite la « personnalité statutaire *(Status Personality)* » qui distingue les types de personnalités associés à certains groupes sociaux au sein d'une culture donnée. Linton donne alors différents exemples tels que les « hommes et femmes », les « adolescents et adultes », ou encore les « nobles, bourgeois et esclaves ». La personnalité statutaire est décrite par Linton comme étant superposée à la personnalité de base et profondément intégrée à cette dernière. Le parallèle avec les notions de personnalité ethnique et personnalité tribale décrites par Devereux est ici saisissant, bien qu'il ne fasse encore une fois aucune référence aux travaux de Linton lorsqu'il documente ces deux concepts. Cette absence de référence directe au mouvement *Culture et personnalité* semble s'inscrire dans l'acceptation globale par l'intelligentsia américaine du concept de personnalité de base, notamment lorsque Devereux écrit, dans un chapitre intitulé « Rapport entre la culture et la personnalité » que « c'est, de nos jours, une banalité de dire que la culture influence la formation de la personnalité »[147].

Pour Devereux, modèle culturel de l'aire et personnalité ethnique de l'aire interagissent et s'alimentent l'un l'autre, le modèle culturel de l'aire façonnant la personnalité ethnique des membres de l'aire culturelle, tandis que l'élaboration progressive et la stabilisation de la personnalité ethnique permettent d'affirmer de génération en génération le modèle culturel de l'aire. Devereux écrit ainsi qu'il faut « attribuer la relative uniformité de la personnalité ethnique de l'Indien des Plaines à l'uniformité du modèle culturel de l'aire »[148] et que « l'élaboration progressive et la stabilisation de la personnalité ethnique de l'aire » permettent que « de génération en génération (…) s'affirment un modèle culturel de l'aire pleinement

[147] DEVEREUX G., *PIP*, p. 147.
[148] *Ibid*, p. 115.

développé et une personnalité ethnique de l'aire presque aussi complète »[149]. Bien qu'il souligne l'hétérogénéité culturelle existant au sein d'une même aire culturelle, Devereux décrit l'existence d'un « dénominateur commun » entre les tribus d'une même aire culturelle. Et bien qu'il se défende de toute généralité sur la culture et les liens qu'entretiennent les individus avec leur propre culture, les exemples donnés par Devereux souffrent volontiers d'un excès de généralisation. Il explique ainsi que le « Navaho est un adulte tendu et anxieux »[150], réalité psychologique qui reposerait sur le caractère extrêmement ritualiste de la culture Navaho, confrontant les mères à une obligation de perfection et une anxiété qu'elles transmettraient à leurs enfants. Ceci contrasterait avec le fonctionnement des tribus Mohave au sein desquelles les mères seraient moins soumises à cette exigence de perfection. Pour autant, ces différences n'empêchent pas de considérer que les Navaho et les Mohaves appartiennent à la même aire culturelle et possèdent la même personnalité ethnique. Cette description pourrait apparaître contradictoire avec les critiques adressées par Devereux au culturalisme que nous avons décrites plus haut, mais souligne la difficulté de Devereux à se situer précisément vis-à-vis du mouvement *Culture et personnalité* dont il critique les fondements mais utilise volontiers les concepts.

A la fin du chapitre sur les théories culturelles, Devereux résume les principales considérations qui lui apparaissent importantes, à savoir que la structure de personnalité ethnique est essentiellement déterminée par des expériences de vie qui ne se situent pas dans les toutes premières années de vie (expériences œdipiennes et post-œdipiennes) et que la personnalité ethnique de l'aire constitue la partie fonctionnellement la plus importante de la personnalité totale. Devereux en tire une conclusion qui aura une influence historique sur la théorie ethnopsychiatrique : un évènement traumatique ne peut provoquer une névrose grave

[149] *Ibid*, p. 98.
[150] *Ibid*, p. 130.

que s'il affecte la composante principale de la personnalité, à savoir la personnalité ethnique. Il écrit en ce sens qu'« un évènement traumatique ne peut provoquer une névrose grave – à savoir un désordre du caractère que s'il affecte le segment de personnalité le plus important, c'est-à-dire celui dans la genèse duquel les modèles culturels de la tribu et de l'aire ont joué le plus grand rôle »[151]. Ceci explique, selon lui, la profonde influence exercée par la culture sur la formation des symptômes et la place centrale des traumatismes liés à des problématiques culturelles. Enfin, revenant à la description du cas de Picard, Devereux déduit de l'ensemble de son argumentation que la personnalité de Picard a été modelée principalement par le modèle culturel de l'aire des Plaines qui l'a surtout influencé au moment de sa préadolescence et de son adolescence (périodes « œdipienne » et « pubertaire »).

1.2.3.3. OBJECTIFS DE LA THERAPIE

Afin de bien comprendre l'utilisation que Devereux fait du matériel culturel, ou plus précisément de ce qu'il considère être du matériel culturel, il est nécessaire de garder en tête l'objectif qu'il poursuit tout au long de ses entretiens et qu'il affiche clairement au début de l'ouvrage dans un chapitre intitulé « Objectifs de la psychothérapie »[152]. Devereux y énonce de différentes manières ce qu'il considère comme l'objectif principal de la psychothérapie, à savoir ramener Picard à sa personnalité ethnique de base et faire de Picard un Indien des Plaines, ce qu'il résume en écrivant que « la meilleure chose pour ce patient était de retourner à la réserve »[153]. Pour autant, Devereux prévient qu'il ne s'agit pas pour lui de défendre un hermétisme total entre les cultures et l'impossibilité de l'acculturation. Cependant, afin de permettre le « déploiement du modèle de personnalité caractéristique du patient », la réserve constituerait selon Devereux le milieu culturel le plus adéquat et le plus sécurisant. Il s'appuie alors sur la

[151] *Ibid*, p. 146.
[152] *Ibid*, pp. 227-238.
[153] *Ibid*, p. 231.

discrimination sociale que vivent les Indiens des Plaines pour légitimer ce choix, expliquant qu'une brève psychothérapie ne saurait être suffisante pour rendre le patient capable de faire face au « traumatisme récurrent dû à une répudiation sociale et à une discrimination économique qui constitue l'expérience critique de frustration que vit tout Indien cherchant à s'intégrer comme un égal à la communauté des Blancs »[154]. Dans un même mouvement, Devereux souligne et évacue ainsi la question de la discrimination sociale. Son propos démontre en effet la fine connaissance qu'il a de cette problématique et de l'effet traumatique qu'elle peut avoir sur les américains natifs, et dans le même temps, l'évacue du champ de ce que deviendra l'ethnopsychiatrie. Devereux écrit notamment que la culture américaine est si chargée de « pratiques discriminatoires et de manières à la fois stéréotypées et destructrices de voir l'Indien, que le surprenant n'est pas tant que tant d'Indiens présentent des signes de désorganisation de la personnalité mais bien plutôt que quelques-uns d'entre eux soient parvenus à développer une personnalité saine et bien intégrée »[155]. L'objectif de la cure de Picard est donc celui d'une « réintégration de sa « 'personnalité ethnique' wolf », dans le but de restaurer la sécurité psychique du patient, ce qui selon Devereux, nécessiterait de restaurer le fonctionnement de la personnalité indienne du patient. Devereux écrit ainsi que puisqu'on refusait à Picard « la possibilité d'acquérir un fusil, qu'au moins on le rendît capable et qu'on l'encourageât à réparer son arc ancestral »[156].

Outre la question culturelle, on retrouve au travers de cet objectif thérapeutique un des fondements de l'*ego-psychology*, très en vogue dans la psychanalyse américaine des années 1940 et qui repose notamment sur le rôle adaptatif de la cure. Cet objectif principal énoncé par Devereux repose sur une forme particulière de psychanalyse, développée par Frieda Fromm-

[154] *Ibid*, p. 231.
[155] *Ibid,* p. 231.
[156] *Ibid*, p. 225.

Reichmann dans les années 1930/1940, qu'elle nomme *Inclusive Psychotherapy*[157] et sur laquelle Devereux fait reposer sa psychothérapie auprès de Picard. Le but en est de « restaurer le patient à lui-même » (*restore the patient to himself)* et la méthode se distingue significativement de celle de la cure psychanalytique type, puisqu'il n'est pas demandé au patient de s'allonger, pas plus qu'on n'y fait appel à la libre association. De plus, le caractère intensif des séances, pouvant être quotidiennes, et la possibilité de mener les séances à l'extérieur ou dans un lieu choisi par le patient différent significativement du cadre habituel de la cure freudienne. On voit dès lors que Devereux appuie sa prise en charge de Picard sur une approche syncrétique de la psychanalyse freudienne et des théories et pratiques de la psychanalyse américaine. Il n'hésite ainsi pas à se promener avec Picard dans l'hôpital, voire même à l'amener en ville pour lui permettre de réaliser des achats ou des démarches administratives.

Notre analyse des concepts développés par Devereux permet de décrire toute la difficulté qu'il rencontre pour définir la notion même de culture et la manière dont elle s'inscrirait dans la psyché individuelle et dans le fonctionnement collectif. Lorsqu'il énonce les objectifs de la psychothérapie, Devereux souligne en effet son refus d'une vision monolithique et uniforme de la culture, de même que d'une théorie de l'imperméabilité des cultures entre elles. Pourtant, les notions convoquées « d'aire culturelle » ou de « personnalité ethnique » répondent à des classifications particulièrement rigides et caricaturales, articulées autour d'une analyse stéréotypée des comportements et modalités de fonctionnement d'un individu issu d'une culture donnée. Il écrit ainsi que « le fait que le « Sioux typique » n'existe pratiquement pas n'enlève pas son sens à la notion de « personnalité ethnique Sioux » »[158]. De même, il

[157] FROMM-REICHMANN F. (2015). *Principles of intensive psychotherapy*. University of Chicago Press.

[158] DEVEREUX G., *PIP*, p. 124. On notera toute la limite de la théorie de Devereux, qui évoque ici une notion de personnalité ethnique tribale qui semble contradictoire avec la distinction qu'il fait par ailleurs entre personnalité ethnique et personnalité tribale.

souligne que « le surmoi du 'primitif' est un surmoi lacunaire et non intégratif » et que le « moi du Wolf diffère de celui d'un Blanc citadin moyen »[159]. Une nouvelle fois, Devereux se trouve confronté à la nécessité d'articuler entre elles les théories psychanalytiques encore peu portées sur les questions culturelles, et celles de l'anthropologie américaine sur les Amérindiens, elles-mêmes plutôt hermétiques à la psychanalyse freudienne. Il alterne ainsi entre assertions généralisant le fonctionnement d'un individu au sein d'une culture donné et des remarques visant à déconstruire toute idée d'une homogénéité culturelle au sein d'un groupe donné et entre les individus le constituant.

En souscrivant notamment à l'hypothèse d'un fonctionnement universel de l'inconscient, Devereux réfute toute tentation du relativisme culturel et critique à plusieurs reprises le « culturalisme » tout en appuyant sa propre théorie sur les principes mêmes du mouvement *Culture et personnalité*, notamment, comme nous l'avons vu, de personnalité culturelle de base. Cette tension se trouve être permanente tout au long de l'ouvrage entre universalisme, autour de l'idée d'universalité du complexe d'Œdipe et du fonctionnement psychique, et culturalisme, au travers de la notion de personnalité ethnique de base, démontrant à la fois toute la complexité du modèle proposé par Devereux et le risque d'interprétations opposées selon les inclinaisons du lecteur. La question de la culture s'avère toutefois centrale dans l'ouvrage et, au cours des entretiens, Devereux cherchant ainsi à mettre en exergue les contenus culturels présents dans le quotidien ou l'histoire de Picard. Tout comme il l'interroge sur son rêve de la nuit, Devereux interroge fréquemment Picard sur les coutumes ou rituels des Indiens des Plaines, se confrontant d'ailleurs régulièrement à la méconnaissance par ce dernier des coutumes Indiennes.

[159] *Ibid*, p. 157.

1.2.4. L'INTERPRETATION FREUDIENNE DES REVES

Devereux évoque le fait que la décision de ramener son patient à sa « personnalité ethnique de base » repose sur sa décision propre et non sur celle de Picard, mais souligne qu'elle fut renforcée par « les modèles de réaction générale » de ce dernier, et notamment « sa manière de rêver »[160]. En effet, derrière l'apparente imperméabilité des théories anthropologiques américaine et de la psychanalyse freudienne, Devereux trouve dans le rêve un point d'intérêt commun qui va structurer l'ensemble de l'ouvrage, et de manière plus générale, la manière dont il va développer les fondements de l'ethnopsychiatrie. Ainsi, à l'époque de la publication de *Reality and Dream,* la théorie psychanalytique freudienne est bien connue des chercheurs et intellectuels américains, si bien qu'il ne semble pas nécessaire pour Devereux de réserver un chapitre théorique expliquant l'importance et l'intérêt du matériel onirique dans la technique psychanalytique. Rappelons cependant que Devereux souligne que son objectif principal et celui de la recherche, et non de mener une cure psychanalytique type auprès de Picard.

Dans la plus pure tradition freudienne, Devereux s'appuie sur le contenu des rêves de Jimmy Picard pour mener son travail psychothérapeutique en lui demandant au début de chaque séance de faire le récit de son dernier rêve, à savoir celui réalisé au cours de la nuit précédant la séance de psychothérapie. Il débute ainsi fréquemment les séances par la question « avez-vous rêvé *?* » ou « avez-vous fait un rêve ? ». Lorsqu'il s'avère que Picard n'a pas souvenir d'avoir rêvé au cours de la nuit précédente, ou ne se souvient pas de son rêve, comme c'est le cas lors de la cinquième ou de la neuvième séance, Devereux lui propose alors de chercher à rappeler le rêve en débutant une discussion ou en essayant de se rappeler malgré tout des éléments oniriques qui pourraient revenir à sa conscience. C'est ainsi un total de vingt-trois rêves qui sont rapportés par Jimmy Picard tout au long des entretiens menés par Georges

[160] *Ibid*, p. 232.

Devereux. Comme nous le verrons plus tard, l'utilisation de l'analyse des rêves constituait dans l'après-guerre une méthode élective dans le domaine de la psychanalyse et des sciences sociales pour l'étude des individus et du rapport à leur environnement social et culturel.

Cet intérêt pour le rêve, inscrit depuis la fin du XIXème siècle chez les intellectuels et scientifiques, amena à la publication en 1899 par Sigmund Freud de l'ouvrage *Le rêve et son interprétation* dans lequel il s'appuie sur ses propres rêves pour construire la théorie d'interprétation psychanalytique des rêves[161]. Le rôle des désirs sexuels refoulés se trouve au cœur de la théorie freudienne du rêve[162], ce que Freud résume en écrivant que « les rêves qui ne semblent pas à première vue renfermer des préoccupations érotiques se réduisent par le travail d'interprétation, à une réalisation du désir sexuel »[163].

Partant du constat que le contenu manifeste du rêve est le plus souvent exempt d'images ou de scènes érotiques, Freud expose alors comment une « préparation secrète » va permettre que le contenu latent sexualisé soit travesti et remplacé par des « signes, des allusions, ou toute autre forme d'expression indirecte »[164]. Les phénomènes de condensation, de déplacement, de figuration et d'élaboration secondaire[165] sont décrits dès 1899 par Freud comme les mécanismes principaux du rêve. Ces mécanismes viseraient à cacher le contenu latent du rêve pour lui donner un contenu manifeste qui se doit d'être déchiffré et interprété par le rêveur pour en

[161] FREUD S. (1985). *Le rêve et son interprétation*. Gallimard.

[162] « Quand j'exposerai celle-ci (ma théorie, ndlr), qui dénonce la sexualité comme origine de tous les troubles psychopathiques (voir mon diagnostic du malade de dix-huit ans : « nature, nature... ») nul doute que je ne rencontre les mêmes critiques, auxquelles, dès aujourd'hui, j'oppose le même sentiment d'ironie » ; « L'étude que nous avons faite ailleurs de la sexualité infantile, de ses manifestations obscures et généralement incomprises, nous autorise de dire que chez presque, tous les individus civilisés l'évolution infantile de la vie sexuelle s'est arrêtée en un point ; par conséquent, les désirs sexuels refoulés chez l'enfant deviendront plus tard les ressorts multiples et puissants de la formation des rêves adultes » (*Ibid,* p. 40).

[163] *Ibid*, p. 60.

[164] *Ibid*, p. 61.

[165] Ce nom a été donné *a posteriori* par d'autres psychanalystes, mais est bien citée dans *Le rêve et son interprétation*, sans que Freud ne lui donne de nom précis.

comprendre la signification profonde[166]. La condensation est selon Freud un processus par lequel un ou plusieurs éléments retrouvés dans le contenu manifeste d'un même rêve peuvent en réalité constituer différentes représentations d'une ou plusieurs idées latentes. Freud écrit ainsi que « chaque détail du rêve est à proprement parler la représentation dans le contenu du rêve d'un tel groupe d'idées disparates »[167]. Dès lors, chaque détail d'un rêve peut être rattaché à une ou plusieurs idées. Là où semble parfois régner dans l'univers du rêve le chaos et l'enchainement illogique de détails *a priori* sans lien entre eux, Freud décrit au contraire une sorte de méticuleux « travail du rêve », visant à inscrire dans chacun des détails les signes d'une trame de fond déchiffrable. Le déplacement constitue l'opération par laquelle le travail du rêve déplace les affects liés à une représentation affectivement chargée pour le rêveur vers une autre représentation *a priori* plus neutre. C'est ainsi qu'un sentiment ou un vécu latent désagréable se trouvent déplacés vers un contenu manifeste émotionnellement moins chargé pour le rêveur. La figuration désigne l'opération par laquelle l'inconscient transforme les idées latentes en représentations concrètes, sous la forme d'images visuelles manifestes.

A ces trois processus de base, Freud ajoute un processus final d'élaboration qui va amener le rêve à se parer d'une façade d'intelligibilité en donnant à l'ensemble du rêve un semblant d'uniformité. Cette étape finale constitue pour Freud un « brillant travestissement des

---

[166] « Pour que le rêve, qui est une manifestation de désirs érotiques, n'offre dans son contenu manifeste aucune trace de sexualité, une préparation secrète est indispensable. Les matériaux des images sexuelles ne pouvant se présenter tels quels seront remplacés dans le contenu du rêve par des signes, des allusions ou toute autre forme d'expression indirecte ; seulement, à l'inverse de ce qu'on demande généralement à ces formules, celles du rêve doivent avant tout n'être pas immédiatement intelligibles. » ; « Les symboles employés par le rêve servent le plus souvent à recouvrir des personnes, des parties du corps ou des actes qui intéressent la sexualité ; les organes génitaux en particulier utilisent une collection de symboles bizarres, et les objets les plus variés entrent dans la composition de ces symboles. Or, nous admettons que des armes pointues, des objets longs et rigides, troncs d'arbres ou cannes, représentent, l'organe masculin, tandis que les armoires, boîtes, voitures, poêles, remplacent dans le rêve l'organe féminin, parce que le motif de cette substitution est facile à comprendre ; mais tous les symboles de rêve ne renferment pas des allusions aussi transparentes, et quand on nous dit que la cravate est l'organe masculin, le bois le corps féminin, et que le mouvement ascendant, l'escalier, représente les relations sexuelles, nous demandons à réfléchir, tant que la preuve de l'authenticité de ces symboles n'a pas été faite d'autre part. Ajoutons ici que la plupart des symboles de rêve sont bisexuels et peuvent, selon les circonstances, être rapportés aux organes des deux sexes » (*Ibid,* p. 61).

[167] *Ibid*, p. 28.

idées latentes »[168]. L'idée centrale de Freud est donc de montrer comment le travail du rêve effectue en permanence une sorte de traduction et de censure, visant à travestir et modifier le contenu latent sexualisé. Cette ultime activité fait reposer la théorie freudienne sur l'idée centrale d'une volonté propre de l'Inconscient nécessitant une contre-activité par le rêveur ou l'analyste pour comprendre et traduire la signification cachée derrière le rêve. Le travail de traduction du contenu latent en contenu manifeste effectué par l'inconscient peut ainsi, selon Freud, bénéficier d'une contre-traduction par le rêveur lui-même ou son analyste. En analysant les phénomènes de condensation, de déplacement, de figuration ou d'élaboration, il devient possible de déchiffrer le sens latent du rêve à travers les signes manifestes qu'il fabrique. De plus, Freud considère le rêve non pas comme un fonctionnement spécifique de l'inconscient en comparaison de l'activité diurne, mais au contraire comme un processus de relâchement de la censure habituelle, permettant au rêve de constituer une porte d'accès privilégié à l'inconscient du rêveur.

Au-delà de la simple étude de cas à visée d'analyse psychopathologique, l'interprétation des rêves devient également au milieu du XXème siècle un moyen pour les psychanalystes d'analyser le vécu de populations particulières. Abram Kardiner et Lionel Ovesey, dans leur ouvrage *The Mark of Oppression*[169] s'intéressent ainsi aux rêves d'Afro-Américains du quartier d'Harlem pour analyser les effets des facteurs sociaux sur les individus. De même, Octave Mannoni s'intéresse en 1950 dans *Psychologie de la Colonisation*[170] aux rêves de Malgaches pour analyser les effets de la colonisation sur la psychologie individuelle. Kardiner et Ovesey décrivent leur méthode comme une manière de recueillir les histoires de vie, puis de décrire « les vicissitudes quotidiennes par le moyen d'associations libres, de rêves et des réactions à

[168] *Ibid*, p. 42.
[169] KARDINER A. & OVESEY L. (2018), *op.cit.*
[170] MANNONI O. (1984). *Prospero et caliban : psychologie de la colonisation*. Ed. Universitaires.

l'analyste »[171]. Un autre exemple de l'utilisation du contenu onirique comme matériau d'analyse est la recension faite par la journaliste Charlotte Beradt[172] de rêves de citoyens allemands sous le IIIème Reich pour analyser l'effet de régimes autoritaires sur le fonctionnement psychique des individus. Dans son ouvrage *Rêver sous le IIIème Reich*, cette journaliste a en effet compilé les rêves de plusieurs citoyens allemands entre 1933 et 1940, mettant en lumière la présence dans les thèmes oniriques décrits au réveil de « l'omniprésence de la surveillance des maîtres sur les sujets »[173].

L'analyse des rêves de peuples dits primitifs constitue également un terrain de recherche de choix à l'époque de la sortie de *Reality and Dream*. Dans son ouvrage *Psychoanalysis and anthropology*,[174] publié en 1950, soit un an avant la publication de *Reality and Dream*, Géza Róheim dédie son premier chapitre à l'étude du rêve d'un Navajo, qu'il compare notamment à l'étude de rêveurs d'autres cultures. A rebours de l'interprétation culturelle des rêves que fera Devereux, Róheim conclut au contraire que « si l'on reconnaît que les rêves peuvent avoir le même sens dans toutes les cultures, le mot d'ordre 'pas d'interprétation en dehors du contexte culturel' est réduit en fumée »[175]. En décrivant les rêves de membres de différentes cultures, Róheim identifie des points communs plutôt que des différences d'une culture à l'autre. Il suit alors sa recherche sur l'universalité psychique, débutée au cours des années 1920, dans les suites de la remise en question par Bronislaw Malinowski de l'universalité du complexe d'Œdipe[176]. Dans son analyse du rêve de l'homme navajo, Róheim écrit ainsi que « le point

[171] KARDINER A. & OVESEY L. (2018), *op.cit.,* p. 76.

[172] BERADT C. (2018). *Rêver sous le IIIème Reich*. Payot & Rivages.

[173] SAHEL C. (2003). Charlotte Beradt, *Rêver sous le III^e Reich* : Paris, Payot, 2002. *Che vuoi*, *19*, 261-268.

[174] ROHEIM G. (1978), *op.cit.*

[175] *Ibid*, p. 56.

[176] Malinowksi soutient notamment à partir de son observation des sociétés trobriandaises matrilinéaires de Nouvelle-Guinée que le complexe d'Œdipe n'existe pas au sein de ces sociétés (MALINOWSKI B. (1929). *The sexual life of savages: in North-Western Melanesia. An ethnographic account of courtship marriage and family life among the natives of the Tobriand Islands British New Guinea*. George Routledge & Sons).

essentiel est que le symbolisme urétral dans le rêve du Navajo est exactement identique à celui des rêves de n'importe quel patient européen ou américain »[177]. La présence de contenu sexualisé œdipien chez les rêveurs issus d'autres cultures constitue pour Róheim la preuve que le contexte culturel dans lequel se trouve le rêveur n'influe pas significativement sur le contenu du rêve. Analysant le rêve d'un chef de tribu de Nouvelle-Guinée, il en conclut que le contenu manifeste du rêve (il est pourchassé par un porc ayant des défenses et se réfugie dans le jardin de sa mère) se rapporte à des sentiments latents de culpabilité œdipiens lié à un désir sexuel inconscient pour sa mère[178].

1.2.5. L'APPROCHE CULTURELLE DU REVE

En sus de l'approche psychanalytique, Georges Devereux développe un cadre d'interprétation culturelle des rêves de Picard. L'approche ethnopsychiatrique proposée par Devereux repose principalement sur le rôle supposément central du rêve et des mondes oniriques dans la culture des Indiens des Plaines. L'utilisation du rêve dans la psychothérapie menée auprès de Picard ne constitue pas en effet, pour Devereux, uniquement une attache à la méthodologie freudienne, mais également une manière d'utiliser directement la culture comme moyen de médiation entre le thérapeute et son patient. Faisant référence à ses observations de terrain auprès des Mohaves, Devereux écrit ainsi que « les Indiens des Plaines partagent avec les autres « primitifs »[179] la tendance à considérer le contenu manifeste des rêves comme un véritable évènement, partiellement extra-psychique, et qui ne se produit pas seulement à un niveau surnaturel mais aussi au plan de la réalité objective »[180]. Cette assertion est par ailleurs

[177] ROHEIM G. (1978), *op.cit*. p. 50.

[178] *Ibid*, p. 52.

[179] Devereux utilise tout au long de son ouvrage le terme « primitif », en prenant le soin de toujours l'utiliser entre guillemets, ce qui n'est pas le cas dans son ouvrage *De l'angoisse à la méthode* dans lequel il utilise le terme primitif sans guillemets.

[180] DEVEREUX G., *PIP*, p. 202.

peu documentée par Devereux qui écrit que « comme la tendance 'primitive' qui consiste à considérer les rêves comme des évènements réels est pleinement authentifiée en anthropologie, il n'est pas nécessaire d'accorder à ce point une plus longue analyse théorique »[181], s'affranchissant dans *Reality and Dream* d'une quelconque référence pouvant étayer ce propos. On retrouve en revanche dans un article écrit par Devereux en 1966[182] une référence à l'ouvrage de Jackson Lincoln *The Dream in Primitive Cultures*[183], publié en 1935, comme ouvrage fondateur de l'étude des rêves dans les sociétés dites « primitives ». S'intéressant notamment à la place du rêve chez les Amérindiens, Lincoln y soutient la thèse selon laquelle les sociétés dites « primitives » assignent au rêve une valeur égale à la réalité, fait soulignant le moindre rapport à la rationalité dans ces sociétés.

Cette hypothèse théorique, reprise par Devereux, de la confusion chez les populations amérindiennes entre rêve et réalité s'avère centrale, puisqu'elle donne tout d'abord lieu au titre original de l'ouvrage (*Reality and Dream*). Elle lui permet d'utiliser le matériel onirique en lui donnant autant d'importance, sinon davantage, qu'aux éléments factuels rapportés par le patient au sujet de son quotidien ou de son histoire. Devereux décrit ainsi dans sa partie méthodologique que l'abondance de rêves présentée par Picard se doit d'être lue à la lumière de l'origine culturelle de ce dernier. Cette remarque l'amène ainsi à relativiser l'importance de cette abondance de rêves chez Picard, étant donné qu'il appartient à une culture reconnue pour donner une grande importance aux rêves et aux visions. Là où l'abondance des rêves pourrait être considérée selon Devereux comme un symptôme « assez sérieux », d'ordre traumatique notamment, chez un patient issu d'une culture peu portée sur les rêves, il ne conviendrait pas d'en faire le même cas en ce qui concerne Picard. S'appuyer sur le matériel onirique permet ainsi à Devereux d'asseoir l'interprétation freudienne des rêves comme une méthode d'autant

[181] *Ibid*, p. 203.
[182] DEVEREUX G., *EEG, op.cit*.
[183] LINCOLN J.S. (2003). *The dream in Native American and other primitive cultures*. Dover Publications.

plus efficiente qu'elle s'appuie à la fois sur le corpus de la psychanalyse et sur une supposée particularité culturelle des Indiens des Plaines vis-à-vis du rêve.

Comme il le fait pour la notion de personnalité de base, qu'il emprunte, sans référence explicite, aux travaux du mouvement *Culture et personnalité*, cette idée d'une confusion entre rêve et réalité chez les « primitifs » avait été précédemment théorisée par le philosophe Lucien Lévy-Bruhl, dont Devereux fut l'élève, au cours des années 1920 et 1930. Dans son ouvrage *La mentalité primitive* publié en 1922, Lévy-Bruhl cherche à documenter « l'aversion décidée pour le raisonnement, pour ce que les logiciens appellent les opérations discursives de la pensée »[184] qui caractériserait selon-lui la « mentalité des peuples primitifs ». Cette mentalité qu'il désigne comme *«* mystique *»* et *«* prélogique »[185] désigne pour Lévy-Bruhl « l'ensemble d'habitudes mentales qui exclut la pensée abstraite et le raisonnement proprement » que l'on peut « rencontrer dans un grand nombre de sociétés inférieures » et qui constitue « un trait caractéristique et essentiel de la mentalité des primitifs »[186]. Cette thèse est développée par Lévy-Bruhl tout au long de sa carrière entre les années 1910 et 1938, au travers d'un total de six ouvrages (*Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures* (1910)[187], *La mentalité primitive* (1922), *L'âme primitive* (1927)[188], *Le surnaturel et la nature dans la mentalité primitive* (1931)[189], *La mythologie primitive* (1935)[190] et *L'expérience mystique et les symboles chez les Primitifs* (1938)[191]), malgré les critiques qui ont rapidement accompagné ses travaux.

---

184 LEVY-BRUHL Lucien (2010). *La mentalité primitive*. Flammarion.

185 *Ibid*, p. 36.

186 *Ibid,* p. 14.

187 LEVY-BRUHL L. (1951). *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures* (9e éd). Presses universitaires de France.

188 LEVY-BRUHL L. (1996). *L'âme primitive* (1re. éd. "Quadrige."). Presses universitaires de France.

189 LEVY-BRUHL L. (1963). *Le surnaturel et la nature dans la mentalité primitive* (Nouv.). Presses universitaires de France.

190 LEVY-BRUHL L. (1963). *La mythologie primitive le monde mythique des australiens et des papous* (Nouv.). Presses universitaires de France.

191 LEVY-BRUHL Lucien (2014). *L'expérience mystique et les symboles chez les primitifs*. Dunod.

Prenant exemple sur de nombreux travaux issus de l'expérience coloniale, notamment des récits de missionnaires dans différentes colonies[192], Lévy-Bruhl soutient que les capacités de raisonnement, d'abstraction et de logique sont invariablement absentes chez les peuples colonisés primitifs et que cette observation s'avère valable sur l'ensemble des terrains d'observation décrits par les missionnaires français et occidentaux. Il insiste notamment sur le fait que la mentalité prélogique accepte facilement la contradiction et se représente la causalité au travers de l'influence de « puissances occultes ou mystiques »[193].

La problématique du rêve prend dès lors une place centrale dans *La mentalité primitive* en tant qu'exemple de l'acceptation supposée par les « peuples primitifs » des contradictions logiques et Lévy-Bruhl consacre le troisième chapitre de l'ouvrage, intitulé *Le rêve*, à cette question. Il y défend notamment l'idée que les primitifs perçoivent le rêve comme un mode de communication permanente entre les mondes visibles, ou réalité sensible, et invisibles, ou puissances mystiques, les amenant à ne jamais douter de la véracité des rêves et à leur accorder une valeur identique à celle de la réalité. Plusieurs exemples sont ainsi donnés en Nouvelle-Guinée, à Borneo ou chez les Amérindiens qui viendraient prouver que pour les peuples primitifs les actes commis en rêve entraînent la responsabilité de leur auteur. Devereux souscrit également à cette théorie qu'il expose dans *Reality and Dream*[194], sans faire directement référence à Lévy-Bruhl, mais en évoquant le cas du rêve d'adultère en Nouvelle-Guinée,

[192] « Le missionnaire Grantz dit des Groenlandais : « Leur réflexion ou leur invention se déploie dans les occupations nécessaires à leur subsistance, et ce qui n'est pas inséparablement associé à cela n'arrête jamais leur pensée. Aussi peut-on leur attribuer une simplicité sans sottise, et du bon sens sans l'art de raisonner », *ibid*, p. 10« Un autre missionnaire dit des mêmes Hottentots :« Nos amis d'Europe trouveraient certainement incroyables les exemples que nous pourrions donner de la lourdeur d'esprit de ces gens quand il s'agit de penser, de comprendre et de retenir. Moi-même, qui les connais depuis si longtemps, je ne peux m'empêcher d'être surpris quand je vois quelle énorme difficulté il y a pour eux à saisir les vérités les plus simples, et surtout, à faire eux-mêmes un raisonnement – et comme ils oublient vite ce qu'ils ont compris » (LEVY-BRUHL L. (2010), *op.cit*., p. 12).

[193] *Ibid,* p. 55.

[194] « La tendance des Indiens des Plaines et des autres primitifs à considérer que les rêves sont des évènements réels a pour corollaire leur tendance à se sentir moralement, et sous d'autres rapports, responsable de leur comportement en rêve » (DEVEREUX G., *PIP,* p. 203).

également cité dans *La mentalité primitive*[195]. Si Lévy-Bruhl souligne dans *La mentalité primitive* que les peuples primitifs « savent très bien distinguer le rêve d'avec les perceptions de la veille, et qu'ils ne rêvent que lorsqu'ils dorment »[196], il appuie son exposé sur l'égale valeur qui est attribuée aux deux réalités distinctes que constituent le rêve et l'éveil et la manière dont ce qui survient dans les rêves se situe dans une forme de continuité avec la réalité. Un des exemples donnés par Lévy-Bruhl est notamment extrait du compte-rendu d'un missionnaire, relatant son expérience chez les Lenguas (tribu de la province du Chaco, au nord de l'Argentine) :

> Un Indien rêva qu'il mangeait un ezala (oiseau d'eau), et dit qu'en s'éveillant il avait entendu le cri de ces oiseaux dans le marais voisin. Dans la matinée, il informa ses camarades que son jeune enfant, qui était avec sa mère dans un autre village, n'avait presque pas dormi de la nuit. (On croit qu'un homme qui a un petit enfant ne doit pas manger de cet oiseau, parce que, s'il le fait, l'enfant ne dormira pas sa nuit suivante.) Dans le cas présent, il est évident que le cri de ces oiseaux pendant la nuit avait occasionné le rêve de cet Indien, et comme il en avait mangé dans son rêve, il concluait que son enfant avait subi les conséquences de son imprudence.[197]

Lévy-Bruhl conclut à partir de cette histoire que l'Indien ne faisait « pas de différence entre l'acte commis en rêve et l'acte commis en plein jour à l'état de veille : les deux formes d'expérience étaient équivalentes à ses yeux »[198], soutenant ainsi la théorie de l'équivalence entre rêve et réalité dans la mentalité primitive.

---

[195] « Chez les Kai, si un homme rêve qu'il commet une faute avec la femme de son ami, il est punissable. Au cas où son rêve est connu, il faut qu'il paye une amende, ou du moins qu'il souffre qu'on l'invective violemment. » (LEVY-BRUHL L (2010), *op.cit*., p. 61). Ce rêve précis est évoqué sans mention direct à Lévy-Bruhl par Devereux (DEVEREUX G., *PIP*, p. 203).

[196] *Ibid,* p. 61.

[197] *Ibid*, p. 65.

[198] I*bid*, p. 65.

On ne peut fait l'hypothèse que Devereux emprunte l'idée d'une confusion entre rêve et réalité chez les Indiens des Plaines à la pensée de Lévy-Bruhl, car aucune référence explicite à l'œuvre de Lévy-Bruhl n'est faite dans l'ouvrage. Devereux s'appuie en effet dans l'ouvrage sur les travaux de l'anthropologue américain Alfred Louis Kroeber, ce dernier ayant notamment qualifié la culture mohave de « culture onirique »[199]. Cependant, nous avons souligné dans la biographie de Devereux qu'il a bénéficié de cours de la part de Lévy-Bruhl au sein de l'École Pratique des Hautes Études. L'anthropologue Antonio Guerreiro, spécialiste de Georges Devereux, conclut de son analyse des textes publiés et non publiés de Devereux que ce dernier a été profondément influencé et inspiré par l'enseignement de Lévy-Bruhl sur les peuples primitifs[200]. De plus, dans un article publié en 1966, intitulé, *Rêves pathogènes dans les sociétés non-occidentales*[201], Devereux fait directement référence aux travaux de Lévy-Bruhl sur la mentalité primitive, décrivant même son ancien professeur comme « un génie aujourd'hui méconnu »[202]. Dans cet article portant sur la notion de « théorie primitive du rêve », Devereux soutient l'hypothèse selon laquelle les Mohaves croient en l'existence de rêves pathogènes, c'est-à-dire pouvant générer des maladies. En se référant à « l'argument perspicace » de Lévy-Bruhl du « rêve antérieur-évènement postérieur », Devereux soutient que, selon les Mohaves, les rêves de maladie ne sont pas des présages mais la cause même de la survenue de la pathologie, donnant notamment l'exemple du rêve de l'ezala[203]. Devereux conclue à partir de ce rêve que l'homme « affirme catégoriquement que son fils a passé une nuit tourmentée (par la maladie ?) à cause de son rêve »[204] pour soutenir l'hypothèse que les « primitifs » assignent un pouvoir pathogène aux rêves.

[199] KROEBER A. L. (1953). *Handbook of the Indians of California*. California Book Company.
[200] GUERREIRO A. (2007), *op.cit.*
[201] DEVEREUX G., *EEG,* p. 317.
[202] *Ibid*, p. 322.
[203] LEVY-BRUHL L. (2010), *op.cit*.
[204] DEVEREUX G., *EEG*, p. 323.

Le sociologue Roger Bastide écrit également dans sa préface de l'ouvrage de Devereux *Essais d'ethnopsychiatrie générale*[205], dans lequel est publié l'article de Devereux que nous venons de citer, que « les méthodes des chamans ou des sorciers se déploient dans un tout autre monde, qui est celui de la mystique, et non de la rationalité » ajoutant qu'« on a trop injustement attaqué Lévy-Bruhl, ce qu'il dit de la médecine prélogique (*sic*) reste toujours valable ». Le fait que Devereux écrive dans *Reality and Dream* qu'il n'est selon lui pas nécessaire d'accorder au fait que les primitifs considèrent les rêves comme des évènements réels une trop longue analyse théorique, semble souligner son assentiment aux thèses de Lévy-Bruhl. L'utilisation du terme de « primitifs » tout au long de l'ouvrage peut également être entendu comme une acceptation de la notion de primitivisme telle qu'elle est théorisée dans la pensée de Lévy-Bruhl. Il apparaît ainsi juste de postuler que l'abord théorique de Devereux s'inscrit dans la droite ligne de la notion de « mentalité prélogique » décrite notamment par Lévy-Bruhl et répandue dans les sciences sociales de l'époque. Devereux considère en effet comme étant « pleinement authentifiée en anthropologie » la supposée confusion entre rêve et réalité qu'il pense déceler chez Picard, ce malgré l'existence, déjà à cette époque, chez le philosophe Henri Bergson[206] ou chez l'anthropologue Ralph Linton notamment, de vives critiques à l'encontre de la notion de mentalité prélogique[207].

[205] *Ibid,* p. 8.

[206] BERGSON H. (2013). *Les deux sources de la morale et de la religion* (11e édition "Quadrige" mise à jour). Presses Universitaires de France.

[207] Linton écrit par exemple dans *Les fondements culturels de la personnalité* (1945) que « les conclusions apparemment illogiques auxquelles arrivent les membres des groupes non-européens ont fait naître quantité de traités sur les propriétés spéciales de la mentalité primitive ; mais il est significatif qu'aucun de ces travaux n'ait été écrit par des personnes qui aient connu directement et intimement des 'primitifs'. En réalité, les conclusions dont nous parlons témoignent, non pas de différences dans les processus mentaux, mais bien dans la connaissance des faits. » (LINTON R. (1977), *op.cit*. p. 102) tandis que Bergson critique en 1932 dans *Les deux sources de la morale et de la religion* la notion de mentalité primitive. (BERGSON H. (2013), *op.cit*.).

1.3. EXEMPLES D'INTERPRETATION DES REVES PAR GEORGES DEVEREUX

A l'interface entre psychanalyse et anthropologie, Devereux va ainsi utiliser comme matériau premier les rêves que lui rapporte Jimmy Picard au cours des séances. Ce matériau lui permet d'asseoir et d'articuler les trois piliers de son mode d'interprétation et de compréhension du discours de ce dernier, à savoir les thématiques familiales, sexuelles et culturelles. Afin de rendre compte au mieux de la méthode proposée par Devereux, nous proposons de relater cinq exemples des rêves décrits par Picard et d'y associer les analyses proposées par Devereux, que ce dernier retranscrit pour chacune des séances dans un chapitre dédié, situé en fin d'ouvrage[208].

Au cours des trente séances réalisées par Devereux, Picard relate un total de vingt-trois rêves, ayant le plus souvent eu lieu la nuit précédant la séance. Les *verbatim* complets des rêves retranscrits par Devereux sont disponibles en Annexe 2. Afin d'analyser la méthode utilisée par Devereux pour l'interprétation des rêves de son patient, nous avons choisi de retenir cinq rêves, relatés par Picard au cours de trois séances distinctes, dont la durée était compatible avec une analyse pertinente. Le caractère trop fragmentaire des premiers rêves relatés par Picard au début de la psychothérapie ne permettait ainsi pas de fournir un matériel suffisant. Inversement, la longueur trop importante des rêves survenus au milieu de la psychothérapie n'était pas compatible avec une analyse exhaustive et pertinente de leur contenu et de la manière dont Devereux les interprète. Nous nous sommes ainsi attaché à analyser des rêves réalisés à la fois dans la première et la dernière partie de la psychothérapie, afin d'évaluer la cohérence de l'interprétation de Devereux tout au long de la thérapie.

[208] DEVEREUX G., *PIP*, pp. 501-576.

1.3.2. La chasse a l'ours et au renard

Lors de la sixième séance, Picard relate en début de séance deux rêves de parties de chasse réalisées en compagnie de Devereux :

> J'étais parti à la chasse avec vous. J'avais un fusil et vous n'en aviez pas. Au moment où j'ai vu un ours, mon fusil s'est enrayé. Vous avez dit de ne mettre qu'une seule balle à la fois. Puis j'ai fait un autre rêve. Nous chassions le renard. J'avais une carabine calibrée 22 et vous n'en aviez pas. J'ai tué le renard, l'ai ramassé, et j'étais en train de parler avec vous quand, en regardant à nouveau le renard dans ma main, je vis que je tenais un bébé par la jambe. Il s'était changé en bébé. Il était mort ou endormi. Après cela je me suis réveillé en sueur.

Après avoir décrit ses deux rêves, Picard explique spontanément son double rêve par de la malchance[209], avant de rappeler son désintérêt pour les rêves[210]. Lorsque Devereux insiste pour que Picard trouve une explication à son rêve, ce dernier évoque le sentiment que rien ne va comme il veut, qu'il se trouve systématiquement contrarié ou empêché par des évènements extérieurs ou par ses propres troubles[211]. L'enrayement du fusil semble ainsi signer pour lui la malchance à laquelle il se trouve confronté en permanence, donnant l'exemple de ses habits qu'il doit emmener depuis une quinzaine de jours à la blanchisserie, sans y parvenir, car il tombe toujours sur le guichet fermé.

Dans l'interprétation qu'il propose à Picard, Devereux offre d'abord une première hypothèse selon laquelle le fait que le fusil s'enraye devant l'ours, mais qu'il parvienne à tuer

---

[209] « C'est de la malchance. C'est tout. » (*Ibid*, p. 267).

[210] « Ordinairement, je ne pense pas aux rêves. Je les laisse de côté. » (*Ibid*, p. 268).

[211] « Il y a des tas de choses que j'ai essayé de faire, tout comme dans le rêve, elles ne réussissaient pas et ne me faisaient aucun bien. Si de l'argent m'est dû, je n'arrive pas à le toucher. Quelque chose semble me contrarier. Hier par exemple, quand vous m'avez emmené faire un tour, j'ai cherché partout la chemise, et c'est ce matin ce que je l'ai trouvée. Elle était là. Tout est difficile. Rien n'est jamais commode. Il y a toujours quelque chose qui me contrarie. » (*Ibid*, p. 267).

le renard, pourrait signifier le besoin de commencer d'abord par s'atteler à des problèmes de petite envergure, avant de pouvoir régler ses plus gros ennuis. Devereux évoque également le courage de Picard dans son rêve qui n'abandonne pas face à un premier échec. Lorsqu'il est interrogé par Devereux sur son assentiment à cette explication, Picard lui répond que cette explication lui convient[212]. Devereux centre ensuite son interprétation de ce rêve sur deux points principaux répondant respectivement au registre du culturel et du sexuel. Tout d'abord, Devereux explique sa propre présence dans le rêve de Picard comme le fait qu'il est perçu par son patient comme un « esprit gardien », animal typique protecteur des guerriers amérindiens d'autrefois. Cette hypothèse n'est pas proposée par Picard lui-même mais par Devereux[213]. La dimension sexuelle est ensuite mise en avant par Devereux, qui assimile la chasse à l'activité sexuelle[214], s'appuyant notamment sur le fait que chez les Cheyennes, lorsque ceux-ci s'expriment en anglais, l'éjaculation soit appelée « coup de fusil qui part ». Il interroge ainsi Picard sur le fait que le terme de chasse « tirer » (*shooting)* puisse être un euphémisme pour le coït et sur le fait qu'un bébé qui « sorte de quelque chose de poilu » désigne le renard comme un sexe féminin[215]. Devereux note également une « composante homosexuelle » dans la relation de transfert, soutenant le fait que le patient soit porté à penser à l'auteur comme à un esprit gardien « par un transfert teinté d'homosexualité ». Lorsqu'il interroge Picard sur le fait que le bébé soit mort ou vivant, Devereux note la négation du patient quant au fait que le bébé soit mort, du fait qu'il « n'avait pas de trou », soulignant alors « l'angoisse de castration du patient et sa tendance à définir les femmes (personnes avec des trous) comme aveugles ou

[212] « - Êtes-vous d'accord avec l'explication que j'ai donnée ? – Oui. – Je ne veux pas dire uniquement dans votre tête. Est-ce que vous sentez que c'est juste ? – Oui. » (*Ibid*, p. 268).

[213] « Pendant ce temps, vous saviez bien au fond de vous-même que rêver de moi c'est comme rêver d'animaux ou d'esprits protecteurs. » (*Ibid*, p. 269).

[214] « - Shooting (tirer) est-il un euphémisme en wolf pour désigner le coït ? – Je ne pense pas. - Considérez la chose comme ceci maintenant : lorsque vous chassez le gibier vous ne le haïssez pas. Vous êtes excité et heureux comme lorsque vous faites l'amour. » (*Ibid*, p. 271).

[215] « - Quand est-ce que les bébés sortent de quelque chose de poilu ? – Tous les animaux. – Non. Quand est-ce qu'un enfant sort de quelque chose de poilu ? - En sortant d'une femme ?» (*Ibid*, p. 271).

mortes ». En fin d'entretien, Devereux relie la présence du bébé dans ce rêve principalement au fait que Picard a dû abandonner sa fille, évènement douloureux de sa vie dont il tire depuis des années une très grande culpabilité.

Cette sixième séance s'avère très intéressante car elle permet d'observer comment Devereux met progressivement en place la trame interprétative qu'il va déployer tout au long des séances suivantes, délaissant d'autres modèles possibles de compréhension des rêves et des propos de Picard. On observe tout d'abord que les explications culturelles, sexuelles ou familiales sont systématiquement proposées par Devereux et non par Picard lui-même. Si elles sont parfois validées par ce dernier, le fait qu'elle ne le soient pas n'entraîne pas de réorientation de l'interprétation proposée. Ensuite, l'utilisation du matériel onirique, à travers le concept de condensation notamment, permet à Devereux d'assigner à tel ou tel élément ou personnage du rêve la signification qui satisfait au-mieux sa propre interprétation, quitte à donner plusieurs significations successives à un même objet. Le renard peut ainsi représenter Devereux lui-même en tant qu'« esprit gardien » lorsque l'explication culturelle est mise en avant, le sexe féminin lorsque l'interprétation sexuelle est mise au premier plan, puis enfin la fille de Picard quand Devereux en vient à une explication familiale.

En dehors des interprétations proposées par Devereux, le fait que Picard rêve de chasse pourrait trouver différentes explications dans son passé récent ou plus ancien. Rappelons tout d'abord que Picard était enrôlé dans l'armée américaine en tant que tireur d'élite pendant la Seconde Guerre mondiale, même s'il n'a semble-t-il jamais été amené à se trouver au front. La présence du fusil dans ce rêve pourrait donc constituer une forme de reviviscence de son passé militaire et du fait qu'il n'avait jamais été amené à tirer au cours de la guerre. Ensuite, Picard est un chasseur occasionnel et se plaît à pratiquer cette activité depuis de nombreuses années, notamment avec son cousin germain. Il évoque d'ailleurs au cours de la séance le fait qu'il ne pratique pas la chasse avec n'importe qui, du fait de l'imprudence d'un « tas de gars » avec un

fusil. Enfin, lors de la quatrième séance Picard a déjà mentionné un épisode de « chasse au wapiti » qu'il avait mené en solitaire un an auparavant et au cours duquel il avait présenté une crise d'angoisse assez sévère qui l'avait obligé à mettre un terme à sa séance de chasse[216]. Tel qu'il est raconté par Picard, le rêve de la chasse semble d'ailleurs plutôt être un cauchemar puisqu'il se réveille brusquement, en sueur, ce qui tend à contredire l'explication donnée par Devereux du caractère agréable de la chasse qui viendrait signifier l'activité sexuelle.

La présence de Devereux dans le rêve de Picard est également à souligner, car elle fait écho au rêve #5, raconté par Picard lors de la cinquième séance, et dans lequel Devereux était également présent[217]. Sa présence à deux reprises signe l'importance que Devereux prend dans le quotidien de Picard. Au-delà de l'hypothèse de l'esprit gardien, celle d'une alliance thérapeutique de qualité semble surtout se dessiner. Tout d'abord, les entretiens entre Picard et Devereux ont été fréquents au cours des jours précédents, puisque cette sixième séance constitue le cinquième entretien en cinq jours, entre le mercredi et le dimanche. De plus, la veille Picard et Devereux ont prolongé le temps passé ensemble puisque Devereux relate avoir emmené Picard faire « une courte promenade en voiture parce que le patient n'avait pas pris l'air depuis quelques temps »[218]. Lors de la quatrième séance, Picard s'était beaucoup plaint de sa présence dans un pavillon fermé, faisant suite à une alcoolisation lors d'une permission, dont il tirait un très fort sentiment de solitude, une angoisse liée à la population de patients présentant

[216] « J'étais allé chasser le wapiti dans une région très boisée. Je m'étais enfoncé profondément dans la forêt. Vous souvenez-vous que je vous ai dit que mon souffle devenait court ? J'ai ressenti cette impression au moment où je marchais. J'étais en train de me faufiler vers une clairière ou les cerfs wapiti viennent souvent brouter les herbes hautes et les fleurs, et juste avant d'arriver là, mon souffle est devenu court pendant quelques secondes. J'ai été bien effrayé. Je ne sais pas pourquoi. Je suis rentré tout de suite à la maison. Je n'en ai parlé à personne » (*Ibid*, p. 256).

[217] « Je crois que j'ai rêvé de vous. Du temps où j'étais au collège, un jour que j'étais en train d'attendre l'autobus dans la rue et je vis une très vieille auto, l'une des premières de cette marque. J'ai rêvé que vous conduisiez cette vieille voiture. J'étais avec vous dans la même auto peut-être, moi aussi. Je n'en suis pas sûr. Mais je pense que j'y étais. Voilà ce que j'ai rêvé. » (*Ibid*, p. 264).

[218] On retrouve ici les méthodes de l'*Inclusive Psychotherapy* de Frieda Fromm-Reichmann évoqué plus tôt dans ce chapitre (FROMM-REICHMANN F. (2015), *op.cit*.).

des symptômes sévères, ainsi qu'un sentiment d'enfermement et de prise au piège[219]. Le fait qu'il puisse bénéficier d'un espace de parole quotidien avec Devereux et que ce dernier lui ait offert la possibilité de quitter l'hôpital pendant quelques minutes constituent pour Picard une réelle aide et tendent à créer, à n'en pas douter, un attachement fort à son thérapeute. Picard était particulièrement passionné par les voitures, ce qui a sans doute conféré à cette escapade dans la voiture de Devereux un moment particulièrement agréable pour lui[220]. Lors de la quatrième séance réalisée le vendredi, Picard a fait part à Devereux de son souhait de quitter le pavillon fermé, ce qui a pu être réalisé dès le samedi. Bien qu'il ne soit pas fait mention du fait que Devereux soit directement intervenu dans cette décision médicale, la mise en place de la psychothérapie n'y est sans doute pas étrangère. On voit donc que Picard a de nombreuses raisons de considérer très positivement Devereux. Si l'interprétation de « l'esprit gardien » apparaît en réalité peu étayée, l'idée que Devereux soit perçu comme un thérapeute à la fois protecteur et engagé auprès de Picard constitue une réalité observable lors des échanges entre les deux hommes et confirmée au fil des séances.

1.3.3. LE COLLEGE ET L'AUTOCHENILLE

Au début de la septième séance, Picard rappelle un premier rêve qu'il a eu la nuit précédente, puis un second survenu deux nuits auparavant :

> J'ai rêvé que j'étais au collège et que j'étais en train de rendre visite à quelques garçons que je connais un peu partout dans les différents bâtiments. Il semble que la plupart du temps nous sommes dans les escaliers.

[219] « Il y a peu de gens avec qui parler dans le service. Vous leur parlez et après ils font un éclat. C'est une curieuse expérience d'être dans un endroit où les gens ont l'esprit malade. Ils font les choses les plus bizarres. […] Le garçon qui dort à côté de moi est resté assis toute la nuit, en me fixant du regard. […] Peut-être pensait-il à m'étrangler » (DEVEREUX G., *PIP*, p. 252).

[220] Le déroulé précis et les échanges qu'ont pu avoir les deux hommes lors de cette sortie en voiture ne sont malheureusement pas retranscrits par Devereux.

> J'ai rêvé que j'étais dans ma ville, près de mon église, avec quelques autres garçons, et je crois que nous essayons d'échapper à quelque chose. Comme je regardais derrière moi, j'ai vu que c'était une grosse autochenille (un tracteur). Elle est passée sur nous mais pas sur moi. J'étais juste entre les roues. Me tête n'a pas été touchée.

A nouveau, Picard se trouve au début de la séance en difficulté pour donner un sens à son rêve, centrant sa première hypothèse sur le collège *Peter Waldo* où il doit réaliser une formation au tannage du cuir pour laquelle il doute de ses capacités[221]. Picard explique également s'être souvenu la veille du rêve de l'autochenille, réalisé dans la nuit du samedi au dimanche, la même nuit que le rêve de la chasse à l'ours et au renard. Il met en lien cette remémoration avec la lecture d'un ouvrage sur les tracteurs[222]. Ensuite, Picard évoque spontanément lors de cette séance des coutumes indiennes telles que le langage par signes, l'esprit gardien, les remèdes ancestraux ou les jeux de mots. Picard évoque également à la fin de la séance les courses de chevaux hebdomadaires qui se tenaient tous les dimanches chez les Indiens.

Une nouvelle fois, Devereux apporte une triple explication familiale, sexuelle et culturelle à ces deux rêves de Picard. Il comprend cet enchainement de rêves comme une peur fondamentale d'être « broyé par un objet lourd venant d'en-haut », à savoir le « corps énorme et sexuellement agressif du père », ce qui soulignerait la « conception sadique » du patient à l'égard du rapport sexuel, vu par ce dernier comme la femme passive « écrasée sous le poids de l'homme »[223]. On voit ici que le patient est arbitrairement assimilé à la femme et le tracteur

---

[221] « - A quoi cela vous fait-il penser ? – Je ne sais pas. Cela me fait penser au collège. J'y ai réfléchi hier toute la journée – je crois que cela ne sert à rien d'y retourner. » (*Ibid*, p. 273).

[222] « Hier, j'ai regardé un livre dans lequel j'ai vu une photo de tracteur et le rêve m'est alors revenu…comme ça ! » (*Ibid*, p. 273).

[223] « Suivant la règle qui veut que les symptômes phobiques soient toujours des symbolisations plus déformées que ne le sont les symptômes hystériques, on peut suggérer que l'acrophobie, c'est-à-dire la peur de tomber et d'être broyé en heurtant le sol, était en fait une déformation plus fondamentale d'être broyé par un objet lourd venant d'en haut, c'est-à-dire vraisemblablement par le corps énorme et sexuellement agressif du père (ou de l'amant de la mère). Cette phobie traduisit donc la conception sadique que le patient se faisait

à l'homme et au père. La présence d'escaliers dans le premier rêve est comprise par Devereux comme une phobie des lieux élevés (acrophobie) « liée à la sexualité » puisque la peur de tomber correspondrait chez Picard à la peur de la perte du sein maternel, assimilé selon Devereux au phallus dans son inconscient[224]. La suite de la séance étant marquée par une discussion, initiée par Picard lui-même, sur la culture indienne, ce dernier en conclut le besoin de Picard de passer par les symboles indiens pour discuter des questions thérapeutiques[225]. Il souligne ainsi le fait que le patient souhaite communiquer ses problèmes à son thérapeute, mais qu'il ne pouvait y parvenir « qu'à l'aide de « signes » et de symboles aborigènes ». Devereux conclut en effet l'analyse de cette séance par le fait que « des attitudes anciennes, culturellement déterminées, continuent à survivre même chez des Indiens ayant atteint un fort degré d'acculturation »[226].

Cette septième séance est en effet particulièrement intéressante car elle est marquée par l'abord spontané de coutumes et rituels indiens par Picard, alors que seul Devereux les avait évoqués lors des séances précédentes. Picard interroge notamment Devereux sur sa connaissance du langage des signes des Indiens des Plaines (LSIP), sur lequel Devereux s'arrête assez peu, ne donnant pas d'explications précises sur ce langage ancestral qui a peu à peu disparu avec la colonisation américaine. L'anthropologue Pierre Déléage[227] a récemment

---

du rapport sexuel : la femme passive (c'est-à-dire le patient) est écrasée sous le poids de l'homme (le tracteur). » (*Ibid*, p. 518).

[224] « En effet, il se mit immédiatement à raconter ses chutes de cheval, ajoutant plus tard cette remarque qu'il est terrible d'être « là-haut » avec « rien à quoi s'attacher et rien à quoi s'agripper ». Ces remarques tendent à indiquer que l'une des nombreuses sources des angoisses de chute du patient était la perte du sein maternel, que, dans son inconscient, il assimilait apparemment au phallus. Cette inférence apparaît valable puisque la perte du soutien postural, de « quelque chose à quoi s'agripper », représente l'un des types essentiels de peur infantiles. Ce « quelque chose à quoi s'agripper » devait probablement représenter le sein maternel » (*Ibid*, p. 520).

[225] « Cette séance (…) donnait un aperçu de son besoin de communiquer ses problèmes les plus profonds en servant de problèmes indiens. Cette technique de communication montre avec quelle ténacité des attitudes anciennes, culturellement déterminées, continuent à survivre même chez les Indiens ayant un fort degré d'acculturation » (*Ibid,* p. 521).

[226] *Ibid*, p. 521.

[227] DELEAGE P. (2013), *op.cit.*

proposé une synthèse des connaissances historiques et linguistiques sur le LSIP qui est apparu au XVIIIème siècle chez les Amérindiens. Pour Déléage, l'apparition du LSIP répond à deux objectifs principaux pour les Indiens des Plaines : permettre un langage commun entre des tribus indiennes possédant des langues très différentes, notamment dans le cadre des échanges commerciaux et diplomatiques, et favoriser la narration de récits ancestraux issus de la tradition orale. Les récits des exploits guerriers, les récits de chasse, voire même certains récits mythiques, constituaient ainsi le contenu des histoires racontées grâce au LSIP. Picard explique qu'il utilise quant à lui le LSIP pour discuter avec un cow-boy sourd et muet qu'il connait de longue date et avec lequel il apprécie converser de cette manière, conseillant d'ailleurs à Devereux d'apprendre le LSIP. Bien que Picard ne le mentionne pas, il est également intéressant de noter que la participation des soldats américains natifs dans l'armée américaine au cours de la Seconde Guerre mondiale est principalement connue pour l'utilisation du LSIP en tant que langage codé[228,]. Déléage fait ainsi remonter à la fin du XIXème siècle et la fin de la Guerre de Sécession l'intérêt de l'armée américaine pour le LSIP dans un contexte d'intérêt pour les langages signalétiques permettant une communication entre soldats qui ne puisse être comprise par l'ennemi[229]. Déléage évoque également le fait qu'Alfred Louis Kroeber, directeur de thèse de Devereux, fut à l'initiative de travaux anthropologiques sur le LSIP dans l'après-guerre[230]. L'exemple du LSIP est intéressant à plusieurs titres, car il permet de discuter la problématique des liens entre différentes cultures, entre la culture et l'individu, mais également les conditions de survenue de nouveaux items culturels dans un contexte socio-économique et politique donné. L'apparition au cours du XIXème siècle du LSIP constitue ainsi un solide

[228] MORGAN T. D. (1995). Native Americans in World War II. *Army History*, *35,* 22–27. Il est fort probable que Picard n'ait pas eu connaissance de l'utilisation du LSIP pendant la guerre, car son utilisation est rapportée plutôt sur le front Pacifique, alors que Picard se trouvait en France.

[229] DELEAGE P. (2013), *op cit.*

[230] KROEBER A.L. (1958). Sign language inquiry. *International Journal of American Linguistics, 24*(1), 1–19.

argument contre l'idée d'un fond culturel immémorial, transmis depuis la nuit des temps par des générations de magiciens, de sages et de conteurs. De même, l'utilisation par l'armée américaine du LSIP démontre à la fois l'interrelation complexe qui peut exister entre deux cultures mais également la manière dont une culture dominante peut s'approprier les items culturels d'une culture dominée[231].

La thématique de l'acculturation est ainsi fortement présente au cours de cette séance et Picard amène de différentes manières la question du lien entre les cultures amérindienne et américaine. Pour autant, la conclusion de Devereux selon laquelle le passage par des symboles ancestraux s'avère nécessaire pour Picard pour parvenir à évoquer ses problèmes apparaît exagérée. Picard se dit en effet régulièrement épaté par la connaissance que Devereux a de la culture native, souvent supérieure à la sienne, et l'interroge sur ses connaissances. L'exemple de la LSIP souligne à ce titre que Picard a une connaissance que l'on pourrait qualifier d'empirique de la culture amérindienne, sans schéma théorique sous-jacent d'explication du monde et des phénomènes naturels.

Ensuite, l'explication psychanalytique que donne Devereux de l'acrophobie de Picard, en lien avec les angoisses infantiles et leur lien au sein maternel, apparait également peu étayée au regard des nombreux traumatismes liées à des chutes que rapporte ce dernier. En effet, Picard met spontanément ses deux rêves en lien avec deux accidents survenus dans le cadre de ses emplois d'ouvrier agricole. Ces deux chutes sont décrites comme ayant été particulièrement traumatisantes pour Picard, pour des raisons différentes qu'il explicite à Devereux. Tout d'abord, lors de sa chute de cheval, Picard a eu un épisode de cécité complète pendant quelques minutes, ce qui l'a beaucoup inquiété alors. C'est en évoquant le souvenir de cette chute qu'il

[231] On pourrait en effet voir dans l'appropriation par l'armée américaine du LSIP un excellent moyen de neutraliser tout risque de rébellion amérindienne en ayant connaissance des outils de communication d'un potentiel ennemi intérieur. La Guerre de Sécession marquait en effet à cette époque la forte crainte d'une nouvelle guerre civile au États-Unis, dont les amérindiens auraient pu être les instigateurs.

explique qu'il est « terrible d'être projeté en l'air sans rien avoir pour s'accrocher, sans rien à empoigner », phrase que Devereux interprétera comme l'angoisse infantile de la perte du sein maternel. Picard évoque ensuite sa chute d'un poney nommé « Popcorn », au cours de laquelle il a été traîné sur huit ou neuf mètres par l'animal. Au-delà des éventuelles séquelles physiques et psychiques de ces chutes répétées, il faut également rappeler que Picard a été démobilisé de l'armée américaine suite à une chute de Jeep survenue en Allemagne, qui a entraîné un traumatisme crânien sévère avec hémorragie intracrânienne, rupture du tympan de l'oreille gauche, troubles de la vision, baisse de l'audition, maux de têtes chroniques.... Cet accident lui a valu une démobilisation honorable ainsi qu'une pension d'indemnisation et explique en grande partie les symptômes qu'il présente au moment de son hospitalisation. De ce qu'en rapporte Picard et Devereux, cette chute semble être survenue alors que Picard s'était alcoolisé après avoir appris par une lettre d'un ami l'infidélité de sa femme. Le traumatisme du retour de guerre reste au moment des séances très vif chez Picard, qui explique lors de la quatrième séance ressentir avoir « gaspillé son temps » depuis son départ forcé de l'armée. De plus, la référence à l'autochenille et au tracteur semble renvoyer directement à l'âge adulte de Picard plutôt qu'à des vécus infantiles. Ce dernier a en effet travaillé la majeure partie de sa vie comme ouvrier agricole, cadre dans lequel il a vécu plusieurs chutes de cheval. Il est également fait mention dans sa biographie qu'il avait été affecté au début de la guerre dans le corps des chars d'assaut. A nouveau, des nombreuses interprétations possibles des deux rêves décrits par Picard sont occultées au profit d'une extrapolation en direction d'explications sexuelles et culturelles.

1.3.4. LE BEAU PAYSAGE

Beaucoup plus tard dans la psychothérapie, lors de la dix-neuvième séance, Picard décrit un rêve portant sur les paysages de son pays, fait la nuit précédente :

> J'allais dans mon pays, là où j'habite. Je me dirigeais vers le porche ouvert d'un hôtel situé sur le haut d'une montagne qui a vue sur les autres montagnes. C'était vraiment beau. J'étais surpris par le nouveau paysage et je me demandais pourquoi je ne l'avais jamais vu auparavant. C'était si près de l'endroit où j'habite et pourtant je ne l'avais pas vu avant ! Alors je commençais à me demander si d'autres aussi pouvaient ne pas l'avoir vu ou connu. Je décidais d'aller chercher quelqu'un d'autre pour l'emmener faire un tour et contempler ce beau panorama.

La particularité de cette dix-neuvième séance de la thérapie est qu'elle confirme la nette amélioration des symptômes de Picard, qui fait part à Devereux à plusieurs reprises du sentiment de bien-être qu'il ressent enfin. Lors de la séance précédente, cette amélioration avait déjà été soulignée par les deux hommes et Picard espérait de fait obtenir une permission pour le week-end, qu'il n'a malheureusement pas obtenue, sans que l'on ne connaissance la raison de ce refus.

Devereux insiste dans son analyse de ce rêve sur sa dimension sexuelle, expliquant notamment que le beau paysage représente la « scène primitive », se référant à un article du psychanalyste Thomas M. French pour étayer ce rapprochement[232]. La scène primitive, théorisée par Freud en 1918 dans le cas de *L'Homme aux loups*, constitue en effet dans la théorie psychanalytique la confrontation réelle ou fantasmée au rapport sexuel des parents. Devereux, faisant référence à un épisode réel au cours duquel Picard a surpris sa mère au lit avec un

[232] « Le beau paysage représente la scène primitive, une première fois vécue comme un évènement effrayant et presque monstrueux, scène au cours de laquelle le patient s'est identifié autrefois sur le mode masochiste à la mère attaquée et pourtant castratrice, et qui maintenant lui donne l'impression d'un magnifique acte d'amour. » (*Ibid*, p. 545).

homme, voit dans le fait de trouver beau un paysage qu'il avait jusque-là vu comme étant le signe de sa capacité à se détacher de l'identification « sur le mode masochiste à la mère attaquée et pourtant castratrice »[233]. Ce rêve signerait ainsi la capacité du patient à s'être réconcilié « avec la scène primitive et avec l'angoisse œdipienne », lui permettant de « construire les fondements solides de sa propre maturation et d'une acceptation définitive de la génitalité »[234]. La dimension sexuelle de ce rêve de paysage est pour Devereux étayée par le fait que Picard évoque dans la suite de la conversation la question du mariage[235]. Devereux soutient également ce rapport avec la scène primitive par le fait que Picard avait évoqué lors de la quinzième séance un épisode difficile pour lui, survenu un an après la mort de son père et au cours duquel il avait surpris sa mère au lit avec un homme, ce qui l'a amené à quitter le foyer maternel pour aller vivre chez sa grande-sœur.

La réalité factuelle de Picard, qui évoquait la veille son souhait de pouvoir obtenir une permission pour rentrer chez lui le week-end, n'est en revanche pas du tout prise en compte par Devereux. Cet entretien, réalisé un samedi, s'inscrit ainsi dans des échanges de plus en plus fréquents entre Devereux et Picard sur le souhait de ce dernier de pouvoir retourner chez lui et sa difficulté à vivre l'enfermement hospitalier depuis plusieurs semaines à ce moment-là. On note ici comme les explications d'ordre familial et sexuel prennent une nouvelle fois largement le pas sur d'autres interprétations possibles de ce rêve.

L'exemple de ces cinq rêves s'avère ainsi particulièrement représentatif de la manière dont l'interprétation proposée par Devereux tend à sélectionner et investir préférentiellement certains items présents dans le rêve, mais également comment le sens donné à des scènes *a*

[233] *Ibid*, p. 545.

[234] *Ibid*, p. 545.

[235] « La signification sexuelle de ce rêve s'est trouvée également confirmée par les associations du patient sur le mariage envisagé comme un accord raisonnable, tandis que, par ailleurs, il indiquait l'abandon d'angoisses intenses en ce qui concerne l'Œdipe et la castration puisque le patient remarquait que, si l'on était trompé par son partenaire dans le mariage ou dans toute association commerciale (comme sa mère et sa femme l'avait trompé), le contrat devrait être dissous » (*Ibid*, p. 545).

priori anodines s'étend de manière quasi-systématique dans le champ de la sexualité, des fantasmes infantiles ou de la culture amérindienne. Les fusils deviennent ainsi des phallus, les renards des vagins, les paysages des coïts parentaux, inscrits selon Devereux dans le fonctionnement universel de l'inconscient et les fantasmes infantiles de l'individu. Alors que l'utilisation de la psychanalyse chez un patient non européen pourrait porter à caution, aux vues des conditions sociales et culturelles particulières d'émergence de la psychanalyse dans le Vienne du début du XXème siècle, Devereux s'appuie sur les travaux de Géza Róheim[236] sur l'universalité du concept d'Œdipe pour asseoir cette possibilité d'en faire usage auprès de Picard. Le débat fut en effet marqué au début du XXème siècle sur l'universalité du concept d'Œdipe suite notamment aux travaux de Bronislaw Malinowski dans la société matrilinéaire des Iles Tobriand en Nouvelle-Guinée[237]. Malinowski, dans les suites de son observation ethnographique de la place prépondérantes des femmes et de l'effacement social du père biologique dans l'éducation des enfants dans la société trobriandaise, critique le caractère universel supposé du complexe d'Œdipe.

L'anthropologie américaine fut ainsi la plus critique à l'égard de la psychanalyse freudienne et de ses hypothèses dans le champ anthropologique. Alfred Louis Kroeber, directeur de thèse de Devereux, compta avec Malinowski, et ce malgré les dissensions importantes entre les deux hommes, parmi les détracteurs les plus importants des hypothèses anthropologiques de la psychanalyse freudienne. Malgré son ancrage intellectuel dans l'anthropologie américaine, Devereux choisit de s'inscrire dans l'orthodoxie freudienne. Devereux s'inspire en effet fortement des travaux d'Alfred Louis Kroeber ou de Ralph Linton pour étayer ses hypothèses anthropologiques, mais s'inscrit en revanche pleinement dans la lignée de Géza Róheim et d'Ernest Jones. Ces deux psychanalystes contestèrent les hypothèses

[236] Géza Róheim fut à l'initiative, quelques années avant Devereux, de l'utilisation complémentaire de la psychanalyse et de l'anthropologie.

[237] SMADJA E. (2014), *op.cit.*

de Malinowski et s'attachèrent à démontrer la présence de motions œdipiennes refoulées chez des individus de sociétés lointaines. Devereux discute rapidement les hypothèses de Malinowski dans la partie théorique de *Reality and Dream,* concluant que le complexe d'Œdipe « existe aussi chez les Trobriandais, des facteurs culturels étant responsables de la fréquente substitution de l'oncle maternel au père »[238]. Pour Devereux, la forte présence de l'oncle maternel dans la constellation familiale trobriandaise constitue un substitut du père et ne contredit en rien l'hypothèse de l'universalité de l'inconscient. A l'inverse de Róheim cependant, Devereux ne conclut pas de son analyse du cas de Picard que le contenu des rêves est identique d'une culture à l'autre. Il cherche en effet à démontrer le rôle particulier du rêve pour les Indiens des Plaines, la confusion que ces derniers peuvent faire entre rêve et réalité et la manière dont l'utilisation culturelle du rêve peut constituer un levier thérapeutique en situation transculturelle.

[238] DEVEREUX G., *PIP*, p. 156.

1.4. CONCLUSION

Élève de l'anthropologie américaine, des sciences sociales françaises et de la psychanalyse freudienne de la première moitié du XXème siècle, Georges Devereux se situe à la croisée de plusieurs écoles de pensée qu'il articule dans la fondation d'une démarche thérapeutique et théorique originale, l'ethnopsychiatrie. Avant lui, d'autres chercheurs ont proposé d'associer psychanalyse et anthropologie pour comprendre la personnalité de groupes ethniques ou sociaux. Cependant, Devereux est le premier à mettre en place dans *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* une méthode de recherche objective articulant psychanalyse et anthropologie au travers d'une psychothérapie menée auprès d'un Américain natif, Jimmy Picard. L'hypothèse principale de l'ouvrage, la supposée confusion entre rêves et réalité chez Picard guide l'ensemble de l'ouvrage et l'objectif thérapeutique de ramener Picard à sa personnalité ethnique.

La tension entre universalisme et culturalisme existant chez Devereux lui permet d'identifier du contenu sexualisé œdipien dans les rêves de Picard, selon la plus pure tradition freudienne, et d'hypostasier le contenu culturel latent des rêves de ce dernier, à partir des travaux de l'anthropologie américaine. En s'inscrivant en partie dans l'universalisme de Róheim et dans le culturalisme des anthropologues américains, sans souscrire pour autant pleinement à aucun de ces deux mouvements, Devereux semble en effet tracer une voie d'interprétation nouvelle des liens entre l'individu et la culture, entre le particulier et l'universel et offrir une voie thérapeutique novatrice, libérée de positions rigides quant aux notions de culture, d'individu ou d'inconscient. Pour autant, il convient de proposer une analyse critique de la manière dont Devereux construit son objet et son analyse du cas de Picard. En effet, la confusion entre rêve et réalité, l'importance du rêve pour les Indiens des Plaines, la présence d'items culturels dans les rêves de Picard sont autant d'hypothèses que l'analyse précise des

rêves de Picard et des échanges entre les deux hommes tend à réfuter. Nous nous attacherons ainsi dans le prochain chapitre à discuter plus en détail l'interprétation faite par Devereux du cas de Picard afin de mieux identifier les biais dans la démarche scientifique et psychothérapeutique qu'il emploie.

CHAPITRE 2

LES LIMITES EMPIRIQUES DE L'INTERPRETATION ETHNOPSYCHIATRIQUE

De nombreuses critiques ont porté au fil des années sur les limites de l'interprétation psychanalytique des rêves, qu'il s'agisse de la pertinence des interprétations proposées par la psychanalyse ou des modalités de recueil des rêves analysés[239]. Le sociologue Bernard Lahire a récemment publié deux ouvrages dans lesquels il s'est attaché à produire une théorie scientifique de l'interprétation des rêves en s'appuyant sur un corpus conséquent de travaux issus des sciences sociales et des neurosciences[240] permettant de s'affranchir des nombreux biais interprétatifs contenus dans la méthode psychanalytique freudienne d'interprétation des rêves. Le travail de Lahire constitue l'analyse la plus conséquente de l'interprétation des rêves sous l'angle des sciences sociales, par la quantité de références théoriques convoquées ainsi que par le nombre de rêves analysés par l'auteur à partir d'une grille de lecture sociologique. Lahire décrit à ce titre quatre biais principaux dans l'interprétation des rêves proposée par Sigmund Freud, à savoir 1) le manque d'importance donnée aux conditions concrètes de survenue et de recueil du rêve, 2) le sexualisme qui « l'amène à négliger les multiples dimensions de la vie humaine »[241], 3) l'infantilisme qui « lui fait oublier que la socialisation des individus ne s'arrête pas à la petite enfance »[242], et 4) l'évènementialisme « qui le conduit à chercher des événements marquants plutôt qu'à mettre en évidence des dispositions et des

[239] LAHIRE B. (2018), *op.cit.*
[240] *Ibid.*
[241] Ibid, p. 136.
[242] *Ibid*, p. 124.

schémas d'expériences incorporées »[243]. Lahire souligne en effet l'importance de prendre en compte « la vie réelle du rêveur »[244] et les conditions de survenue du rêve pour interpréter tout contenu onirique, en reprenant notamment l'hypothèse « de la continuité » récemment formulée par les chercheurs Michael Schredl et Friedrich Hofmann en 2003[245]. Cette hypothèse stipule l'existence d'une continuité entre le rêve et les évènements de vie marquants du rêveur, l'état psychique pré-sommeil et les caractéristiques de la personnalité du rêveur. La survenue de rêves dans une chambre partagée au sein d'un hôpital, chez un homme présentant des symptômes anxieux, vétéran de la Seconde Guerre mondiale constitue autant de réalités qui doivent être prises en compte pour analyser les rêves de cet individu. Lahire critique ensuite le « déterminisme infantile » propre à l'approche freudienne qui néglige la manière dont les expériences infantiles vont être remaniées tout au long de l'existence d'un individu[246]. Nous verrons notamment que l'importance que consacre Devereux à l'expérience vécue par Picard qui a assisté à scène sexuelle entre sa mère et son beau-père constitue davantage une surinterprétation de la part de l'ethnopsychiatre qu'une analyse exhaustive des traumatismes de Picard. Lahire critique également « la valence sexuelle omniprésente » dans l'interprétation freudienne des rêves, au point que tout objet peut être apparenté à un phallus, au coït ou à un vagin dans une explication mono-causale que l'on retrouve fréquemment chez Devereux[247]. Enfin, Lahire critique le « culte de l'événement déterminant »[248] dans la théorie freudienne de

[243] *Ibid*, p. 155.

[244] *Ibid*, p. 83.

[245] SCHREDL M. & HOFMANN F. (2003). Continuity between waking activities and dream activities. *Consciousness and Cognition*, 12(2), 298-308.

[246] Freud écrit à ce titre dans *Introduction à la psychanalyse* que « tous les rêves sont des rêves infantiles, travaillant avec des matériaux infantiles, des tendances et des mécanismes infantiles. » (cité in LAHIRE B. (2018), *op.cit.,* p. 126).

[247] Lahire donne l'exemple de l'analyse d'un rêve par Géza Róheim qui conclue du rêve suivant « Je saute d'un rocher afin de sauver un enfant qui se noie dans l'océan. Quand j'arrive à lui, je m'aperçois que ce n'est qu'une poupée. Je le vois alors sur la plage, sain et sauf » que « l'océan dans lequel il se jette, c'est le vagin de sa femme. La silhouette qui danse sur les flots, c'est le corps phallique […]. Le rêve signifie le coït, la régression utérine et la naissance sur la plage » (*Ibid,* p. 133).

[248] *Ibid*, p.181.

l'inconscient et du rêve qui amène Devereux à insister auprès du patient pour qu'il se souvienne de « telle scène ou de tel acte traumatisant de la petite enfance » qui donneront « la clef de la souffrance présente »[249].

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, ces biais d'analyse du rêve sont fortement présents dans l'interprétation faite par Devereux des rêves de Picard. La question culturelle constitue par ailleurs un biais interprétatif supplémentaire chez Devereux qui tend à surinvestir la survenue d'élément culturels, voire pseudo-culturels, dans les rêves de Picard, ou à interpréter en tant que symboles culturels des éléments qui ne paraissent pas l'être *a priori*. Les renards peuvent ainsi devenir ainsi des esprits gardiens au même titre que les fusils représentent des phallus et les escaliers des seins maternels. On pourrait voir dans cette approche culturelle du rêve développé par Devereux une volonté de dépasser l'interprétation individuelle du rêve établie par la psychanalyse au profit d'une approche anthropologique, au même titre que Lahire propose une lecture sociologique du rêve. Nous verrons cependant dans ce chapitre que ce parti pris choisi par Devereux se heurte à de nombreuses limites empiriques.

[249] *Ibid,* p.183.

2.1. IMPORTANCE DES REVES ET CONFUSION AVEC LA REALITE ?

La démarche de Devereux ne s'inscrit pas uniquement dans un rapport analytique au rêve, mais bien dans un objectif thérapeutique utilisant la psychanalyse freudienne, ce qui le démarque des auteurs ayant utilisé le rêve uniquement comme outil ethnographique ou anthropologique. Devereux voit dans l'utilisation des rêves de Picard une réelle démarche thérapeutique s'appuyant ainsi sur la supposée importance culturelle donnée par son patient à ses vécus oniriques. L'ensemble des séances réalisées par Devereux débute ainsi par une question simple portant sur les rêves effectués la nuit précédente par Jimmy Picard.

2.1.1. L'IMPORTANCE DU REVE CHEZ PICARD ?

Il est intéressant de noter que Picard se trouve au début de la psychothérapie plutôt en difficulté pour se remémorer ses rêves. Les premiers rêves de Picard sont excessivement succincts, remémorés de manière très factuelle, sans qu'aucune importance ne soit donnée aux détails précis du rêve. Par exemple, le premier rêve remémoré par Picard lors de la troisième séance est ainsi excessivement succinct : « J'étais en train de découper du bœuf »[250]. Picard semble en effet n'accorder spontanément aucune importance à la question des rêves, exprimant à plusieurs reprises à la fois son incompétence et son désintérêt pour ce domaine d'expérience. On peut ainsi retenir la réponse de Picard lors du quatrième entretien, lorsque Devereux interroge Picard sur la signification de son rêve de la nuit précédente. Dans ce rêve que Picard décrit très succinctement[251], il se retrouvait à verser du collyre dans les yeux de plusieurs personnes. Picard rapproche alors spontanément ce rêve de douleurs oculaires qu'il avait ressenties la veille au soir avant de se coucher à force d'avoir lu trop longtemps, confirmant par

[250] DEVEREUX G., *PIP*, p. 247.

[251] « J'ai rêvé que j'étais en train de verser du collyre dans les yeux d'un tas de gens » (*Ibid*, p. 251).

ailleurs l'hypothèse de la continuité du rêve avec la vie réelle du rêveur. Puis il répond alors à la question sur la signification de son rêve : « Je n'en sais rien. Je n'ai jamais pensé aux rêves jusqu'à maintenant. Tout ce que j'ai entendu dire des rêves, c'est que quand on rêve, on ne dort pas bien »[252]. Ce type de réponses de la part de Picard sur le rêve se retrouve à nouveau lors de la neuvième séance au cours de laquelle il explique à Devereux n'avoir pas rêvé, avant de lui dire qu'il ne se « repose pas bien lorsqu'il rêve »[253]. Cette réponse fait écho à d'autres qui se répètent au fil des séances. Lorsque Devereux l'interroge sur l'interprétation qu'il pourrait faire de son rêve au cours de la troisième séance, Picard lui répond également qu'il n'en sait rien, n'étant « pas versé dans la doctrine des anciens Wolfs »[254]. De même, il déclare lors de la sixième séance : « Ordinairement, je ne pense pas aux rêves. Je les laisse de côté »[255].

Au fil des séances, la remémoration de ses rêves par Picard gagne progressivement en qualité et en quantité. Le rêve #16, évoqué lors la seizième séance, est ainsi particulièrement détaillé. Picard parvient à donner des détails précis sur l'environnement dans lequel il évolue lors de ce rêve, sur les nombreux personnages et les différents temps de l'action qui le voient prendre une route, puis un champ où se trouvent plusieurs tentes, avant de monter dans un camion en direction du collège puis de se rendre dans un restaurant de la ville. Contrastant avec les sept mots de la transcription du rêve#1, celle du rêve #16 en comprend 1137. Le tableau suivant montre le détail de l'évolution au fil des séances de la quantité de mots utilisés pour la transcription des rêves décrits par Picard à Devereux.

[252] *Ibid*, p. 252.
[253] *Ibid*, p. 286.
[254] *Ibid*, p. 247.
[255] *Ibid*, p. 268.

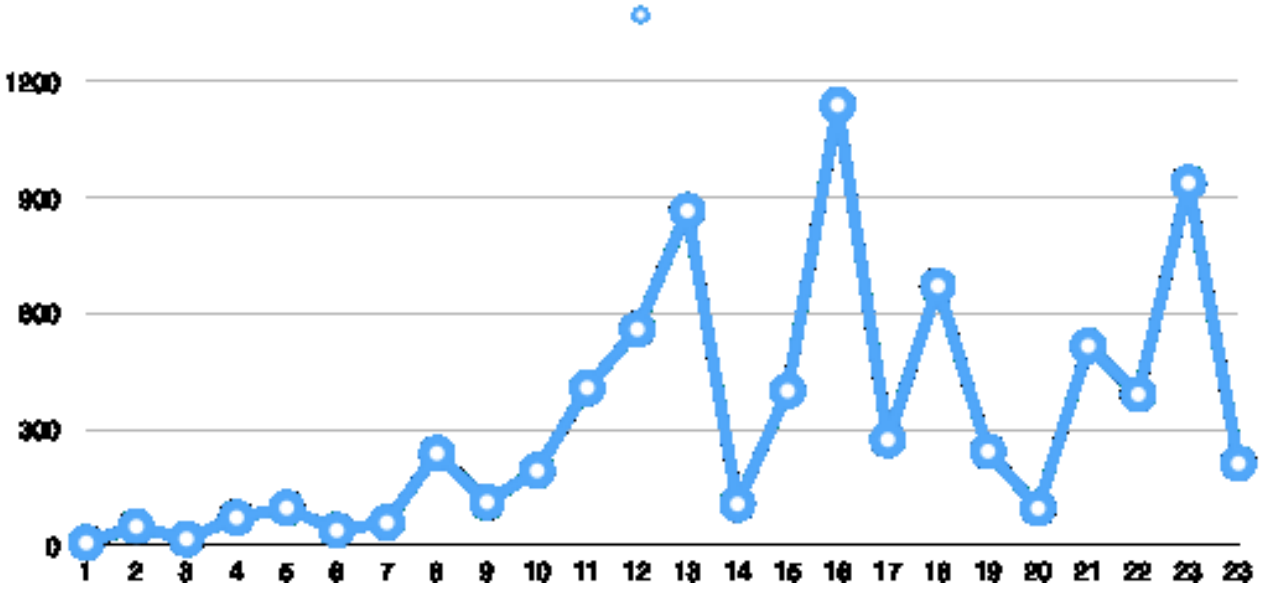

TABLEAU 1. NOMBRE DE MOTS COMPRIS DANS LES TRANSCRIPTIONS DE CHACUN DES REVES REMEMORES PAR JIMMY PICARD

Pour autant, le fait que Picard se rappelle de plus en plus facilement de ses rêves et que ceux-ci soient particulièrement fournis au fil des séances manifeste davantage un entraînement à cette tâche mnésique qu'une révélation d'ordre culturel. Jacques Montangero dans *Rêve et cognition* rapporte ainsi que la capacité mnésique de remémoration des rêves est sujette à entraînement[256]. Des données récentes de la littérature scientifique corroborent les premiers travaux empiriques sur la capacité de rappel des rêves et soulignent que le fait de tenir un carnet quotidien augmente progressivement les capacités de rappel des rêves[257]. Le rappel de plus en précis et fourni de rêves par Picard ne semble ainsi nullement signer un retour à un pan culturel oublié de sa personnalité, mais plutôt répondre à une pratique cognitive intensive de remémoration, favorisée par le caractère quotidien des séances avec Devereux. Cette hypothèse est confirmée par le fait que Picard explique lors de la treizième séance, qu'à son réveil il est resté étendu et s'est remémoré trois à quatre fois le rêve « pour bien le connaître et être capable

[256] MONTANGERO J. (1999). *Rêve et cognition*. P. Mardaga.

[257] ASPY D.J., DELFABBRO P., PROEVE M. (2015). Is dream recall underestimated by retrospective measures and enhanced by keeping a logbook? A review. *Conscious Cogn, 33*, 364-74.

de le raconter »[258]. L'implication de Picard explique l'amélioration progressive de la quantité et de la qualité des rappels mnésiques, et sa capacité à décrire des rêves de plus en plus abondants.

A l'inverse, dès lors que les séances s'espacent, la qualité et la quantité de rêves rappelés par Picard au cours des séances diminue. Alors que le nombre moyen de mots est de 79 pour les huit premiers rêves, remémorés sur un total de huit séances, il augmente à 506 sur les dix rêvés suivants rapportés au cours de 8 séances, pour diminuer à nouveau à 354 sur les dix derniers rêves rappelés lors des quatorze dernières séances, preuve d'une perte d'entraînement et d'intérêt pour ses propres rêves. Lors des dernières séances, Picard fait en effet part à plusieurs reprises à Devereux de son souhait de se désintéresser des rêves et de ne plus les laisser envahir son esprit. Il exprime ainsi lors de la vingt-troisième séance le fait que « le rêve est une chose à laquelle on déteste penser et que l'on veut oublier »[259]. Picard se satisfait même de cette évolution, disant à Devereux lors de la vingtième séance : « vous savez que mes rêves deviennent de plus en plus courts, et la nuit dernière je n'en ai pas fait. Si bien que je sais que c'est fini »[260], évoquant lors de la vingt-deuxième séance avoir « décidé que ce n'était pas nécessaire de rêver si l'on va de l'avant »[261]. Picard semble ainsi davantage souscrire à l'idée que l'abondance de rêves constitue un signe de mal-être, plutôt que le rétablissement d'un fonctionnement culturel optimal.

Au sujet de la prétendue confusion des Indiens entre rêve et réalité, on ne retrouve encore une fois aucun élément pouvant corroborer cette théorie dans les propos de Picard ou dans l'interaction entre les deux hommes. Devereux soutient cette hypothèse en évoquant le fait qu'à la suite d'un des rêves dans lequel la présence d'une voiture de livraison d'un fleuriste

[258] DEVEREUX G., *PIP,* p. 318.
[259] *Ibid*, p. 368.
[260] *Ibid,* p. 395.
[261] *Ibid*, p. 408.

représentait sa propre présence dans le rêve, le patient lui avait demandé, « avec un air embarrassé et à demi humoristique »[262], où il était allé après avoir disparu du rêve[263]. Devereux écrit alors que « cet incident montre que la tendance à considérer les rêves comme des évènements réels persiste même chez les Indiens des Plaines très acculturés ». Notons tout d'abord que Devereux ne référence pas précisément le rêve dont il s'agit et qu'aucun des rêves retranscrits dans l'ouvrage ne mentionne la présence d'une quelconque voiture de livraison ni de fleuriste. La retranscription méthodique des séances par Devereux constitue l'un des points forts de sa méthodologie de recherche et il s'avère surprenant de le voir citer un échange dont aucune mention n'est faite dans le *verbatim* des séances pour soutenir la thèse centrale de son ouvrage et de sa théorie. Il serait sans doute exagéré de considérer cette erreur comme une invention volontaire de Devereux pour satisfaire son hypothèse principale. Force est de constater cependant que cette hypothèse repose sur une anecdote rapportée par Devereux dont il s'avère impossible de tracer dans son ouvrage la réalité et les conditions précises de survenue. De plus, la prétendue présence de Devereux dans le rêve de Picard repose en réalité sur une interprétation faite par Devereux, et non par Picard, d'une correspondance entre le thérapeute et la voiture de livraison[264]. Le caractère saugrenu de ce genre d'interprétation pourrait sans doute expliquer le ton « demi humoristique » de Picard et le fait que sa remarque puisse constituer une boutade en réaction à la proposition d'interprétation faite par Devereux. Le parallèle avec les rêves de l'ezala et de l'adultère relatés par Lévy-Bruhl dans *La mentalité primitive* et que nous avons cités dans le chapitre précédent, à partir desquels il déduit l'égale

[262] « Ainsi, lorsqu'un Indien des Plaines, qui était d'un haut niveau culturel – et qui n'avait rien d'un psychotique – prit conscience de ce que la voiture de livraison du fleuriste dont il avait rêvé représentait son thérapeute, il nous demanda (de manière absolument spontanée, mais avec un air embarrassé et à demi humoristique) où nous étions allés après avoir disparu de son rêve » (*Ibid*, p. 202).
[263] *Ibid,* p. 202.
[264] Dans les suites du rêve du renard, Devereux fait régulièrement l'hypothèse que tel personnage ou tel objet le représente en tant qu'esprit gardien, corroborant l'hypothèse qu'il s'agit de la manière dont Picard le perçoit en tant que thérapeute. La présence d'un renard, d'une voiture, etc… peut dès lors représenter cet esprit gardien, supposément assimilé à Devereux.

valeur donnée par les primitifs au rêve et à la réalité, est par ailleurs particulièrement saisissant[265]. Lévy-Bruhl déduit en effet de ces deux rêves que les « primitifs » pensent que des évènements survenant au cours du rêve ont un impact sur la vie réelle, qu'il s'agisse d'avoir rêvé d'un adultère ou que le rêve d'un oiseau ait pu entraîner la maladie d'un enfant.

Il est également intéressant de noter qu'au cours du rêve #8, alors que Picard évoque la peine qu'il ressent dans son rêve pour une femme, il prend soudainement conscience d'être dans un rêve : « J'ai alors décidé que je n'avais aucune raison d'avoir de la peine pour elle parce que j'étais simplement en train de rêver et que bientôt je me réveillerais »[266]. Cette conscience du rêveur est ici tout à fait intéressante car elle apporte une sérieuse critique à l'idée que Picard ne distinguerait pas le rêve de la réalité. Sa conscience d'être en train de rêver démontre à l'inverse une volonté et une capacité à discriminer ce qui est ou non du ressort de l'onirisme. A ce titre, il est notable que les rêves de Picard sont fréquemment des rêves survenant en fin de nuit, ce qu'atteste le fait que la plupart d'entre eux s'achèvent par le réveil du patient. Cette survenue de rêve de fin de nuit pourrait entraîner une forme de confusion entre le rêve et la réalité au moment du réveil, ce qui n'est du tout rapporté par Picard. Au contraire encore une fois, Picard insiste lors des dernières séances sur le fait que les rêves sont des rêves et qu'il n'est pas nécessaire de leur conférer une quelconque valeur. L'affirmation faite par Devereux tout au long de l'ouvrage de la confusion par les Indiens des Plaines entre rêve et réalité se confronte ainsi à des limites empiriques majeures. Pour autant, cette assertion théorique va servir de base méthodologique à Devereux tout au long des séances et de son ouvrage, et ouvrir la voie de l'interprétation psychanalytique et culturelle qu'il va faire des rêves et des propos de Picard.

[265] Cf. LEVY-BRUHL L. (2010), *op.cit.*
[266] DEVEREUX G., *PIP*, p. 281.

2.1.2. SOMMEIL ET CONTEXTE DIURNE DU REVE

En insistant sur l'approche interprétative des rêves de Picard, Devereux s'intéresse très peu à la question du sommeil du patient, et, de fait, aux conditions concrètes de survenue de ses rêves. Comme nous l'avons vu précédemment, Bernard Lahire a cependant récemment rappelé que les conditions de survenue du rêve doivent être prises en compte pour permettre une interprétation qui soit la plus fidèle possible. Les conditions d'endormissement, le lieu du sommeil, la survenue en début, milieu ou fin de nuit sont en effet autant de déterminants majeurs des contenus oniriques. De même, le cadre du rêve implique également de s'intéresser au contexte diurne pour comprendre le contenu onirique.

En effet, s'il est intéressant d'observer que Picard ne rêve pas de tipis, de prouesses guerrières contre des cow-boys ou de coiffes à plumes, il l'est tout autant de voir que le contenu onirique est marqué par des items liés au quotidien de Picard. Lors de la quatrième séance, Picard raconte brièvement un rêve dans lequel il versait du collyre dans les yeux d'un certain nombre de gens. Il fait ensuite part à Devereux de deux éléments importants à prendre en compte pour bien saisir le cadre précis de survenue de ce rêve. Tout d'abord, Picard rapporte le fait qu'il s'est endormi après avoir longuement lu, au point que ses yeux en sont devenus douloureux et que sa vue s'est brouillée, l'obligeant à arrêter de lire. Ensuite, il explique avoir très mal dormi cette nuit-là à cause de l'orage et de sa crainte que son voisin de chambre ne l'étrangle dans son sommeil, car il était resté toute la nuit à le fixer du regard, assis sur son lit au sein du pavillon fermé. Alors que Devereux l'interroge ensuite sur le caractère étrange du fait de mettre du collyre dans les yeux d'autres personnes, Picard évoque un épisode au cours duquel il avait dû mettre du collyre dans les yeux de sa femme qui avait été aveuglée par la réverbération du soleil sur la neige, alors qu'ils étaient allés s'amuser à glisser sur des pentes

neigeuses[267]. S'en suit une discussion sur les grands espaces, qui amène d'ailleurs Picard à faire part de son sentiment d'insécurité et d'enfermement à l'hôpital et à questionner Devereux sur la date de sa sortie. On voit ici comment la conjonction de la mauvaise nuit et de sa douleur oculaire avant de s'endormir ont pu concourir pour entraîner ce rêve particulièrement désagréable du collyre. De la même manière, le rêve du paysage au cours de la dix-neuvième séance, que Devereux interprète comme la « scène primitive », constitue avant tout le rêve d'un retour sur ses terres, ce alors que Picard demande depuis plusieurs jours une permission qu'il n'arrive pas à obtenir. Devereux et Picard se sont quittés la veille sur une discussion autour de cette demande de permission et de retour sur ses terres dont il est justement question dans le rêve.

[267] Devereux indique d'ailleurs à ce moment en bas page que le fait de glisser sur des pentes neigeuses constitue un jeu « typique des Indiens des plaines », ce qui ne manque pas d'interroger sur le sens culturel qu'il peut donner à des activités qui apparaissent relativement universelles dans les régions où il neige en hiver, sauf à considérer que les Indiens des Plaines ont été dans l'Histoire les premiers, sinon les seuls, à pratiquer des activités liées à la neige.

2.2. EXPERIENCES SOCIALES ET ONIRISME

2.2.1. LE MONDE AGRICOLE ET RURAL

Au-delà des exemples de lien direct entre les évènements diurnes précédant le rêve, ou nocturnes au moment de sa survenue, il est important de noter que le contenu des rêves s'intègre de manière plus générale dans ce qui constitue la réalité sociale de Picard. Ce dernier ayant travaillé plusieurs années comme ouvrier agricole et comme cheminot, il n'est pas étonnant de trouver fréquemment des rêves portant sur le travail agricole ou les voies ferrées. Le rêve #16 est ainsi marqué par la présence d'engins agricoles : « Au milieu de ce terrain plat, je suis tombé sur une tente pleine de machines pour ramasser le foin. Des faucheuses, des râteleuses, une meule en pierre, et des charrettes supplémentaires pour l'outillage »[268]. De même, dans le rêve #12, Picard parle d'un homme qui *«* prend des contrats pour rentrer le foin », ajoutant : « j'ai rêvé de lui la nuit dernière. Le champ où il allait travailler était juste en face de sa maison. (…) Je passais par hasard devant la maison. Il m'a demandé d'entrer pour l'aider : « Nous allons à l'autre bout du champ pour couper le foin » »[269]. Les rêves de Picard sont ainsi peuplés d'ouvriers, de cheminots ou de garçons du collège *Peter Waldo* au sein duquel Picard suivait alors une formation de réinsertion professionnelle pour apprendre le travail du cuir. Cette fréquente présence de groupes d'hommes dans les rêves de Picard, que Devereux interprète systématiquement comme un contenu homosexuel latent et refoulé, s'inscrit davantage dans la biographie sociale et professionnelle de Picard, autant que dans la réalité sociale des années d'après-guerre. Il est par exemple intéressant de noter que l'hospitalisation de Picard a lieu, comme cela se fait dans l'après-guerre, dans un pavillon non-mixte, si bien qu'il est là encore confronté à une population exclusivement masculine. Picard a toujours eu des emplois

[268] *Ibid*, p. 351.
[269] *Ibid*, p. 318.

fortement genrés, qui l'ont amené à se trouver fréquemment en présence de groupes d'hommes, tout comme cela a également été le cas lors de la guerre ou de son hospitalisation.

Cet attachement au monde agricole est d'ailleurs spontanément évoqué par Picard lors de la quatrième séance. Alors que la discussion entre les deux hommes les amène à évoquer la France, Picard fait part de son souhait de pouvoir y retourner, disant aimer « la manière dont les gens vivent là-bas » parce qu'ils sont des « fermiers, éleveurs, de vrais travailleurs »[270]. Cet attachement au monde rural et au travail agricole constitue une réelle dimension identitaire pour Picard ainsi qu'un sujet de conversation de prédilection tout au long des séances. La scène du paysage lors du rêve #20 pourrait également être comprise comme une marque de ce sentiment profond à l'égard du monde rural et de ses paysages, dont l'hospitalisation et l'inactivité depuis son retour de la guerre le privent depuis de nombreux mois. Il en effet intéressant de noter que l'occurrence répétée de la ville dans les rêves de Picard est le plus souvent associée à des expériences désagréables, des sentiments d'enfermement ou de confrontation à la misère et l'infirmité. Dans le rêve #16, la ville « paraissait abîmée et détériorée » tandis que Picard doit emmener dans le rêve #11 une femme « en ville, à la prison ». Le cauchemar de l'autochenille (#7) se déroule également en ville tout comme le rêve #22 au cours duquel Picard relate une expérience raciste (cf. annexe 2).

2.2.2. La maladie et l'hospitalisation

Les conditions sociales de survenue des rêves au moment de l'analyse faite par Devereux sont également marquées par l'expérience de l'hospitalisation et de la confrontation à la maladie, à la fois en tant qu'expérience personnelle, mais aussi par la rencontre avec des personnes handicapées et malades. L'expérience de la maladie et de la rencontre avec des

[270] *Ibid*, p. 255.

personnes malades se retrouve régulièrement dans les rêves de Jimmy Picard, sous la forme de personnages vulnérables, malades ou en train de mourir. La cousine infirme, le petit garçon mourant et l'oncle mort du rêve #12, l'indienne chétive du rêve #13, le petit garçon malade du rêve #15 ou la sœur malade et l'homme en chaise-roulante dans le rêve #16 sont tous profondément marqués par la mort ou la maladie, face à laquelle Jimmy Picard se retrouve fréquemment impuissant et démuni. Le rêve #12 est ainsi marqué par la présence d'individus vulnérables, notamment celle d'un petit garçon en train de mourir, face auquel Picard n'a aucune réaction et s'étonne d'ailleurs à son réveil de son absence totale de sollicitude et d'inquiétude pour ce petit garçon. Devereux va fortement orienter la suite de la discussion vers des thématiques sexuelles, évoquant la présence d'un enfant enfilant des bottes dans le rêve comme représentant un pénis pénétrant un vagin[271], et celle d'herbes hautes comme un lieu privilégié pour s'adonner à des rapports sexuels extra-conjugaux en toute discrétion dans la culture indienne[272]. Pour Devereux, la cousine infirme représente en réalité l'ex-femme de Picard contre qui ce dernier est en colère, ce qui soulignerait encore une fois la forte présence de la question sexuelle dans l'inconscient de Picard. Devereux insiste d'autant plus sur la problématique sexuelle, aussi bien dans la discussion avec Picard que dans l'interprétation qu'il fait de cette séance, que lors de la séance précédente Picard a pu évoquer ses troubles érectiles. Pour autant, Devereux laisse échapper la thématique concrète de la vulnérabilité, de la maladie et de la mort que l'on retrouve chez les trois protagonistes principaux de ce rêve. Il est notamment intéressant de noter combien Picard se trouve dans ce rêve en difficulté pour aider ce petit garçon, ce qui contraste avec la présence d'un autre petit garçon malade dans le rêve

[271] « En ce qui concerne le garçon et les bottes. Le pied est dans la botte. Le pied est le pénis, alors que représente la botte ? – Moi ? – Non. Son pénis ? – Où l'a-t-il mis ? – Dans cette infirme – je veux dire dans cette femme. – Est-ce que cela lui appartient ? – Non. – A qui est-ce que cela appartient ? – A Lilly. » (*Ibid*, p. 328).

[272] « Vous allez dans l'herbe haute pour deux raisons. D'abord pour la couper. – Et pour y emmener les filles. Je l'ai souvent fait. – Pourquoi aller dans l'herbe haute plutôt que dans l'herbe basse ? – Pour ne pas être vu, pour baiser un peu. » (*Ibid*, p. 327).

#15, auquel il prodigue alors quelques soins de base en lui mettant une couverture, puis en l'emmenant dans un lieu plus chaud.

La présence de troubles érectiles, au même titre que celle des nombreux symptômes dont souffre Picard, alors qu'il est encore jeune au moment de son hospitalisation, constitue clairement pour lui une expérience déstabilisante de perte de capacités physiques. Lui qui a toujours été une force de travail se trouve empêché de travailler, vivant des aides aux vétérans au titre de sa pension de guerre, hospitalisé depuis plusieurs semaines. La perte de ses capacités mentales et l'angoisse associée constituent également l'expérience d'une vulnérabilité particulière, ce d'autant plus qu'il se montre très volontaire dans ses soins et dans sa volonté d'aller mieux. Sa participation active à la psychothérapie est justement soulignée au cours de cette séance par le fait qu'il explique à Devereux s'être remémoré son rêve à plusieurs reprises pour bien pouvoir le raconter. Il est ainsi intéressant de noter que ce rêve constitue le troisième plus long des vingt-quatre rêves racontés par Devereux. Il est également intéressant de noter que ce rêve survient la nuit suivant la première permission accordée à Picard par l'administration et au début de l'amélioration et de la diminution des symptômes. L'on peut imaginer que ce retour à la vie normale pour quelques heures ait constitué une expérience particulière, ce que Devereux n'explore pas du tout dans la discussion avec Picard. La réalisation d'une permission, qui amènera à de nombreuses reprises des conflits entre le corps médical et Picard, n'est ainsi pas anodine à ce moment de la thérapie.

A l'expérience de la maladie s'ajoute en effet celle de l'hospitalisation et de l'enfermement qui constitue pour Picard une expérience particulièrement difficile, ce dont il fait part à Devereux à de nombreuses reprises. La question de l'enfermement se retrouve en partie dans les rêves se passant dans des sous-sols (rêves #8 et #13) ou au fond d'un garage (rêve #13). Le ressenti oppressant de l'enfermement pourrait également être rapporté à la très forte fréquence dans les rêves de Picard de thématiques ayant trait à la question du regard (40

occurrences), de la vue (30 occurrences) ou des portes fermées (11 occurrences). Picard se sent épié, surveillé et développe au fil du temps le sentiment que le corps médical ne lui fait pas confiance, craignant qu'il puisse se montrer violent contre lui-même ou autrui. Cette défiance lui rappelle de plus l'enfermement dans la réserve et le sentiment d'être sous la surveillance de la société. Lors de la vingtième séance, Picard fait en effet directement le lien entre l'enfermement dans le pavillon fermé de l'hôpital et l'enfermement dans les réserves indiennes : « Vous savez comment vivent les Indiens. C'est comme dans un pavillon à moitié fermé - il y a un agent indien pour leur dire comment ils doivent faire les choses. J'ai subi ça toute ma vie. Et puis je viens ici, et ici c'est même plus strict »[273]. C'est au cours de la quinzième séance que cette problématique de l'enfermement apparaît la plus marquée, ce d'autant que Picard va alors beaucoup mieux et ne comprend pas les raisons du maintien de l'enfermement et le refus des permissions qu'il demande. Devereux note que Picard est tendu au cours de cet entretien, notamment lorsqu'il lui lance « Je ne suis pas libre. Vous êtes les docteurs » ou « je ne l'aime pas ce pavillon fermé », « je ne mérite pas d'être dans un endroit comme celui-ci. (…) Je ne suis pas fou »[274]. La nuit précédente Picard a fait le rêve très désagréable (#23) au cours duquel une jeune fille n'arrête pas de l'importuner en le pinçant, lui déchirant sa chemise à l'épaule ou en lui marchant sur les orteils. Cette jeune fille lui a été présentée par une autre, vers laquelle il se tourne mais qui la renvoie systématiquement faire la « méchante fille ». Picard identifie spontanément la première fille à Devereux et la seconde au médecin qui le prend en charge depuis le début de son hospitalisation, contre lequel il est très en colère du fait des refus répétés de permissions et d'une difficulté pour obtenir son argent. Picard fait part de son mécontentement et du sentiment d'oppression qu'il ressent en se sentant sous le joug du pouvoir médical. L'expérience chronique de l'enfermement en tant qu'indien des plaines apparaît ainsi

[273] *Ibid*, p. 392.
[274] *Ibid*, p. 392.

ravivée par cette expérience de malade, lui faisant vivre en plus de l'expérience de la vulnérabilité sur le plan existentiel, celle de l'expérience sociale du malade hospitalisé et dominé par le corps médical.

2.2.3. La perte de statut social

La question de la perte est centrale dans l'existence de Picard, lui qui a perdu son père très jeune, n'a pu reconnaître sa fille et l'éduquer, puis a dû quelques années plus tard quitter sa maison et les biens qui y étaient associés au moment du divorce avec sa femme suite à l'adultère de cette dernière. L'hospitalisation en cours au moment de la thérapie effectuée par Devereux constitue également une forme de perte, tant du point de vue des capacités physiques et mentales et de la santé, que de sa liberté d'aller et venir. L'on retrouve ainsi fréquemment dans les rêves de Picard, ou dans les explications qu'il peut en donner, la problématique de la perte de différents objets sociaux.

Lors de la dixième séance, Picard relate ainsi le rêve survenu la nuit précédente, dans lequel apparaît pour l'unique fois son ex-femme :

> J'étais à l'école. Je ne sais pas où. Il y avait beaucoup de monde. J'étais avec mon ex-femme. J'avais des livres et des papiers et j'étais prêt à aller passer quelques tests. J'avais une montre et la regardais sans cesse en pensant qu'il était temps d'aller passer le test mais je n'étais pas sûr de l'heure. Elle n'arrêtait pas de papoter à propos de magasins et de choses de ce type et je me disais : « Nous sommes divorcés. Pourquoi me soucier de ce qu'elle fait ? Je ferais mieux de partir. » Alors je m'en allai à travers le campus et j'entrai dans un bâtiment, et à ce moment je me suis réveillé.

Picard comprend ce rêve sous l'angle de la perte des objets sociaux associée à son divorce, et notamment le fait d'avoir perdu sa maison et les biens qui y étaient associés (l'eau courante, les meubles, un terrain de neuf cents acres…), ainsi que le fait que son ex-femme a

profité pendant la guerre de son allocation militaire qu'elle partageait en réalité avec son amant en l'absence de Picard. Alors qu'ils s'entretiennent autour de cette maison perdue, Picard s'exclame « la maison me manque » (« I miss my house »), ce qui amène Devereux à lui demander si c'est bel et bien sa maison (*house*) ou son foyer (*home*) qui lui manque. Picard répond sans hésiter que c'est bien la maison (*house*) qui lui manque, insistant sur le confort dont elle était dotée[275]. Il est intéressant de noter que dans son rêve, il décide de laisser sa femme dans le sous-sol pour se rendre dans un « bâtiment ». On peut également rapprocher ce rêve des nombreuses occurrences du mot « maison » dans différents rêves de Picard (rêve #8, #10, #12, #13 et #16), notamment la maison sans toit ni murs lors du rêve #8. La perte à laquelle Picard a été confronté à son retour de la guerre a ainsi été très douloureuse pour lui, et il explique fréquemment à Devereux combien il s'est senti démuni et fragilisé à ce moment-là. Lui qui s'était construit une situation confortable[276] avant la guerre se retrouve alors dans un état de précarité sociale et économique importante. Lors de la dixième séance, il interpelle ainsi Devereux en lui demandant : « quand je suis rentré de l'armée, je suis descendu du train, j'ai pris l'autobus pour aller en ville et là je n'avais pas un endroit où aller - que ressentiriez-vous ? »[277]. La question financière est également très présente chez Picard, pour lui qui se sent spolié par son ex-femme qui a profité, et a fait profiter un autre homme, de sa pension militaire pendant la guerre, et qui se confronte à une grande difficulté à retrouver un emploi[278]. De même, Picard a dû faire un prêt auprès de sa sœur et de son beau-frère pour payer le divorce avant de retourner

[275] « La maison me manque. C'est la plus belle maison qu'un Wolf de mon âge ait eue. Je l'avais louée. Il y avait quatre chambres, de l'eau courante et elle était complètement meublée. Elle était près de l'endroit où je travaillais pour les chemins de fer. » (*Ibid*, p. 295).

[276] Lors de la troisième séance, Picard fait part à Devereux de sa situation sociale et économique confortable d'avant-guerre « Il faut que je vous raconte comment je vivais avant la guerre. J'avais une nouvelle voiture chaque année, une maison bien meublée et une vie agréable. J'avais tout ce que je voulais : de bons vêtements et tout, parce que je travaillais tous les jours. » (*Ibid*, p. 249).

[277] *Ibid*, p. 295.

[278] De même, lors de la séance 3 Picard dit : « J'ai à peine plus de deux cents dollars. Tout ce que j'avais avant la guerre a été vendu. » Devereux inscrit alors en note de bas de page que Picard « ne tient pas compte de son importante pension d'invalidité. » (*Ibid,* p. 249).

vivre chez eux, puisqu'il se trouvait alors sans argent et sans logement. Le refus du prêt par le trésor tribal quelques mois avant l'hospitalisation a également constitué pour lui une expérience très douloureuse. L'obtention d'une pension d'invalidité depuis sa démobilisation pour raisons de santé constitue également une réalité difficile à accepter pour Picard qui évoque régulièrement son souhait de pouvoir travailler et d'être socialement actif[279].

2.2.4. L'EXPERIENCE DE LA GUERRE ET LE STATUT DE VETERAN

Il est étonnant de voir que tout au long de son analyse, Devereux fait assez peu cas du passé militaire de Picard lors de la Seconde Guerre Mondiale et encore moins de son expérience d'après-guerre[280]. Pourtant, les raisons sont nombreuses de s'attacher à analyser comment Picard perçoit son statut de vétéran et le fort sentiment de perte qui s'associe à son retour de la guerre. Rappelons en effet que les symptômes présentés par Picard trouvent en grande partie leur origine dans la chute accidentelle survenue sur le front allemand, alors que Picard se trouve dans les lignes arrière, à distance des combats. C'est d'ailleurs au titre de vétéran que Picard est hospitalisé au *Winter General Hospital*, contexte dans lequel se fait sa rencontre avec Devereux. Le fait que cette chute ne soit pas survenue au cours d'un combat peut en partie expliquer pourquoi Picard n'est pas nécessairement considéré comme un traumatisé de guerre. De plus, la période de l'après-seconde guerre mondiale n'a pas été marquée par une approche psychologique compassionnelle à l'égard des traumatisés de guerre. Fassin et Rechtman[281] ont

[279] « Je me demande pourquoi on m'a attribué un tel taux d'invalidité. Je ne sais toujours pas pourquoi. Personne ne me l'a dit franchement » (*Ibid*, p. 261).

[280] Dans son ouvrage *Après la Grande Guerre*, l'historien Thomas Grillot fait le constat identique après la Première Guerre mondiale de l'oubli par les anthropologues universitaires américains au sujet des Amérindiens. Il écrit ainsi : « Le phénomène de l'oubli de la guerre par les anthropologues revêt deux aspects : soit la guerre est passée sous silence parce que ses effets sont considérés comme parasites dans l'observation de société indiennes authentiques, […] soit la participation indienne est ramenée, comme elle l'est dans la presse grand public, à l'expression d'instincts que l'on n'appelle plus vraiment raciaux, mais qui peinent à se dégager de la matrice raciale. » (GRILLOT T. (2014). *Après la Grande Guerre*. Éditions EHESS).

[281] FASSIN D. & RECTHMAN R. (2011). *L'empire du traumatisme enquête sur la condition de victime*. Flammarion.

analysé l'évolution du concept de traumatisme de guerre et démontré qu'il a fallu attendre les années 1970 pour qu'émerge une vision du traumatisme de guerre qui soit totalement débarrassée de la recherche du soupçon chez les soldats qui ne présentaient pas de traumatismes physiques liés aux combats[282]. De plus, les vétérans natifs n'ont pas bénéficié dans l'après-guerre d'une reconnaissance équivalente à celle des autres vétérans Américains[283], ce qui peut également avoir concouru à cet effacement du statut de vétéran chez Picard. Comme nous l'avons souligné, le fait que Devereux soit lui-même un vétéran de l'armée américaine, mais qu'il ne soit pas perçu par Picard comme un Américain, peut avoir favorisé une alliance de qualité entre les deux hommes et avoir constitué un levier thérapeutique important. Bien que les deux hommes n'abordent jamais directement cette problématique, Picard aurait pu avoir peur qu'un psychiatre ou psychologue américain ne le considère comme un déserteur et ne remette en cause les symptômes dont il se plaignait depuis son retour de la guerre. Le fait que Picard vive mal le fait de recevoir une pension d'invalidité militaire pourrait d'ailleurs être vu comme le signe de ce malaise à l'égard de son statut de vétéran invalide. De plus, il convient de souligner que la réalité physique des atteintes dont souffrait Picard, et qui ont été objectivées par le corps médical, lui a sans doute évité d'être confronté au soupçon de tentative de désertion au moment de sa démobilisation et de son rapatriement aux États-Unis.

De plus, l'absence d'attention portée aux vétérans natifs dans les suites immédiates de la Seconde Guerre mondiale a constitué un facteur d'inégalités sociales et de santé important pour ces populations. Au cours de la Seconde Guerre mondiale, ce sont un peu plus de 44000 d'américains natifs qui ont servi dans l'armée américaine, représentant 10% de la population

[282] S'il n'est pas fait état de soupçons de la part des médecins quant à une forme de simulation de ses symptômes par Picard, l'on pourrait voir dans l'évaluation psychologique poussée dont il bénéficie un signe d'une certaine méfiance quant à la réalité de ces symptômes et une tendance de la médecine militaire à se montrer réticente à leur prise en compte.

[283] MORGAN T.D. (1995), *op.cit.*

native de l'époque et un tiers des hommes amérindiens âgés de 18 à 50 ans[284]. Si la présence des natifs dans l'armée américaine est surtout connue pour l'utilisation du LSIP, leur contribution est aujourd'hui reconnue comme ayant été qualitativement et quantitativement très importante au cours de la guerre. La période de l'après-guerre a cependant été marquée par un cruel manque de reconnaissance de l'importance de leur participation à l'effort de guerre et la santé des vétérans natifs a été marquée par une morbidité plus importante et un moindre accès aux soins de santé. Des études récentes démontrent ainsi que les vétérans natifs souffrent aujourd'hui encore d'une santé physique et mentale plus dégradée que les autres vétérans. En 2006, un rapport du *Department of Veterans Affairs* rapportait ainsi qu'une part plus importante de vétérans natifs déclaraient un handicap en comparaison de la population globale des vétérans américains (16% contre 10%). L'accès aux soins était notamment nettement inférieur à celui des autres vétérans du fait du manque de moyens sanitaires dans les réserves indiennes[285]. S'il n'existe pas de données directes sur la santé, et notamment la santé mentale, des vétérans natifs au sortir de la Seconde Guerre mondiale, l'exemple du cas de Picard donne un aperçu de l'étendue des difficultés d'accès aux soins et d'insertion auxquelles ils faisaient alors face. Picard exprime à ce titre à de nombreuses reprises son sentiment que sa perte de statut social est due à la période de la guerre, au prix d'une idéalisation parfois caricaturale de la période d'avant-guerre. Devereux tend pourtant à occulter l'importance qu'a prise cette période de la guerre et de l'après-guerre dans l'histoire de Picard. Si l'abord théorique psychanalytique constitue sans doute la raison principale de la minimisation des facteurs non infantiles dans l'analyse psychologique de Devereux par Picard, le peu d'attention portée de manière générale aux natifs en tant que vétérans dans l'après-guerre semble pouvoir ici jouer aussi un rôle non

[284] U.S. DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS, 2006 : https://www.va.gov/vetdata/docs/specialreports/aianpaper9-12-06final.pdf.

[285] NOE T.D., Kaufman C.E., Kaufmann L.J., Brooks E., & Shore J.H. (2014). Providing culturally competent services for American Indian and Alaska Native veterans to reduce health care disparities. *American Journal of Public Health*, *104*(Suppl 4), 548–554.

négligeable. Rappelons que Devereux considère que les traumatismes importants dans l'histoire d'un individu sont ceux qui touchent à sa personnalité ethnique, ce qui ne semble pas être le cas du traumatisme survenu au cours de la Seconde Guerre mondiale.

2.2.5. REVE ET CULTURE

2.2.5.1. L'ACCULTURATION

Devereux souligne dans la partie théorique que les rêves de Picard contenaient à la fois des items culturels américains et des « traits de culture aborigène »[286]. On rencontre ainsi dans le monde onirique de Picard des indiens buvant du Coca, un très grand nombre de grosses voitures et d'automobiles, des maisons avec de nombreuses chambres, mais également des talismans, des peaux d'animaux sauvages ou des chevauchées dans la nature et les paysages de la réserve. Pour Devereux, la présence d'items culturels américains dans les rêves de Picard était attendue mais il souligne que ces items culturels étaient selon lui en réalité « emboîtés dans le schéma de culture wolf »[287]. C'est ainsi d'une « acculturation antagonistique » dont il s'agirait, concept proposé par Devereux lui-même dans un article de 1943 co-écrit avec l'anthropologue Edwin Meyer Loeb[288]. Au sujet de Picard, Devereux utilise ce concept en cherchant à démontrer que la présence d'items culturels « américains » n'est qu'une présence de surface, répondant en réalité « au système des valeurs wolfs ». Devereux soutient notamment

[286] *Ibid*, p. 205.

[287] *Ibid*, p. 205.

[288] En 1943, Devereux et Loeb décrivent dans la *Revue Américaine de Sociologie* le concept d'acculturation antagoniste qu'ils définissent comme « la diffusion d'un segment moyen des complexes de traits d'une culture exogène », pouvant prendre selon ces auteurs 3 formes : a) l'isolement défensif par suppression des contacts sociaux ou par suppression des items culturels de la culture exogène; b) l'adoption de nouveaux moyens pour supporter la culture exogène par adoption partielle ou non de nouveaux objectifs ; c) l'acculturation dissociative négative qui entraîne une crise sociale et peut reposer sur 3 processus que sont la régression, la différenciation et la négation. Cette théorisation complexe marque avant tout la conviction profonde de Devereux que l'acculturation est un processus quasiment impossible ou ne pouvant être que « de surface », principalement marqué par des phénomènes de résistance voire de réaction d'ordre pathologique (DEVEREUX G. & LOEB E. M. (1943). Antagonistic acculturation. *American Sociological Review, 7,* 133–147).

que les rêves présentant du matériel culturel wolf contenaient un matériel « plus profond et plus signifiant » que les rêves dans lesquels se trouve du matériel « emprunté »[289]. Devereux fait ainsi l'hypothèse de la présence d'une acculturation de surface, masquant difficilement la réelle personnalité indienne de base de Picard, et donne comme objectif à la psychothérapie qu'il lui prodigue de « dégager la personnalité éthique du patient et ses modèles de réaction traditionnelle de l'amas de débris que constituaient des attitudes mal intégrées, lacunaires et acquises au petit bonheur »[290]. La recherche des éléments culturels tout au long de la thérapie constitue ainsi pour Devereux le moyen de faire émerger la réelle personnalité ethnique de Picard. La survenue de contenus supposément stéréotypés de la culture indienne à la fin de la thérapie, comme les talismans dans les rêves #19 et #21 ou la danse du soleil dans le rêve #19, sont selon Devereux la preuve que les stratégies d'adaptation du patient sont renforcées et s'appuient justement sur le recouvrement de sa personnalité ethnique et une forme de retour à lui-même.

Pour autant, l'analyse que fait Devereux de cette problématique de l'acculturation de Picard apparaît à la fois partielle et partiale. Il est en effet frappant d'observer que les items culturels « américains » sont davantage présents dans les rêves de Devereux que les items culturels « amérindiens ». Seuls deux des rêves de Picard (#21 et #23) contiennent des éléments que l'on pourrait considérer comme étant directement liés à la culture indienne, à savoir les deux rêves au cours desquels il évoque la présence de talismans. Ces deux rêves interviennent d'ailleurs plutôt à la fin de la thérapie, au cours de laquelle Devereux n'a eu de cesse de mettre en avant des questions culturelles, apportant souvent à Picard des éléments sur l'histoire des us et coutumes des natifs dont Picard lui-même était le plus souvent ignorant. Au contraire, on note que les termes les plus fréquemment retrouvés dans les rêves de Picard sont ceux de

[289] DEVEREUX G., *PIP*, p. 205.
[290] *Ibid*, pp. 234-235.

« voiture » (17 occurrences), « maison » (16 occurrences), « camion » (13 occurrences) ou encore « ville » (12 occurrences), ne renvoyant nullement à des items culturellement marqués comme amérindiens.

Les rêves #21 et #23 sont particulièrement intéressants pour étudier la problématique de l'acculturation et du rapport à la culture indienne chez Picard. Picard rapporte ainsi le rêve #21 :

> J'étais avec des gens qui m'étaient tous étrangers… des Indiens. (…) je suis arrivé au sommet, je suis entré dans un endroit où il y avait plein de gens en train de boire des Coca et de manger des glaces. J'étais là et je cherchais cette fille. Une de ces personnes m'a crié : « Hé ! Es-tu indien ? » Je me suis dit : « Jésus, c'est une drôle de façon de me poser une question. Ils sont tous indiens. Est-ce qu'ils ne pourraient pas me demander mon nom ? »

On observe dans ce rêve toute la complexité que Picard rencontre dans son identité d'Américain natif. En effet, il peut à la fois évoquer un sentiment d'étrangeté à l'égard d'autres Indiens et s'étonner que d'autres Indiens puissent s'interroger sur le fait qu'il soit lui-même indien. De même, la présence d'Indiens « en train de boire du Coca et de manger des glaces » dans le rêve, tout comme l'interjection « Jésus » qui fait probablement référence à sa religion protestante, illustre de manière très aiguë cette problématique de l'acculturation chez Picard. De même, la fin du rêve #23 illustre parfaitement la question du rapport à la culture chez Picard. Dans ce rêve, Picard se rend à une fête indienne, la « fête du soleil », au cours de laquelle il rencontre trois hommes indiens âgés qui s'adonnent à un jeu typique de sa tribu. Le perdant se doit alors de donner quelque chose au gagnant, et lui propose son talisman que l'autre homme refuse. Le perdant propose alors de lui montrer comment fonctionne le pouvoir magique de son talisman :

> Il a touché la peau ; il a soufflé la fumée de son cigare dans son poing et puis il a ouvert ses mains en les tenant en l'air, la paume en avant, de manière à donner l'impression que la

> fumée sortait des doigts. Il a dit que c'était les esprits. Moi j'ai pensé : « C'est une supercherie. Je vais aller voir le Dr D. ; je veux qu'il parle à ce type qui croît à toutes ces bêtises, comme j'avais moi-même l'habitude de croire à un tas de sornettes, et il verra qu'il se trompe en croyant toutes ces choses, exactement comme je me trompais moi-même. Il lui expliquera qu'il n'y a pas d'esprit dans tout ça - et qu'il se trompe en y croyant.

On voit dans cet extrait de la fin du rêve que l'idée d'une mentalité primitive marquée par un intérêt poussé pour l'ésotérisme, le monde des esprits ou la magie ne trouve aucune forme de validation chez Picard. Au contraire, le fait que ce dernier puisse voir « la supercherie » que constitue la magie du vieil Indien souligne sa capacité critique à identifier ce qui relève du trucage et de la fausse magie des anciens. De même, ce rêve tend à infirmer l'hypothèse selon laquelle Devereux l'aurait amené, via la psychothérapie, à recouvrer sa personnalité indienne de base. Au contraire, tout comme Picard se sentait étranger aux autres Indiens dans le rêve #21, il peut déceler, dans le rêve #23, les supercheries de la magie indienne et évoque le fait que le docteur, c'est-à-dire Devereux, lui a permis de percevoir qu'il se trompait sur certaines croyances ancestrales.

Réduire la problématique d'acculturation de Picard à la confrontation entre la culture américaine et celle des Amérindiens ne rend que partiellement compte de la réalité des métissages culturels auxquels Picard a pu être confronté au cours de son existence et dans son lien à Devereux. Devereux et Picard ont par exemple de nombreux échanges au sujet de la France et des français, pays dans lequel tous les deux ont vécu pendant quelques mois, ce à quelques années d'écart. De plus, tous deux, pour des raisons différentes, portent un nom de famille français, ce qui ne manque pas de constituer un élément de rapprochement entre eux dans l'Amérique des années 1950. Picard porte de son côté un nom français du fait de l'existence dans son ascendance d'un aïeul qui était un trappeur français, sans que l'on ne sache exactement dans quelles conditions s'est fait ce rapprochement. Devereux, quant à lui, a pris

un nom français lors de son passage à Paris au cours des années 1920/1930 pour ses études de physique-chimie puis d'anthropologie, préférant le nom Georges Devereux à celui de Gyorgy Dobö. Le séjour de Picard en France, bien qu'ayant eu lieu au cours de la Seconde Guerre mondiale, est décrit par ce dernier comme une expérience bénéfique et plaisante. Rappelons en effet que Picard n'a jamais été directement au front, n'ayant pas été confronté aux combats et ayant pu au contraire rencontrer le peuple français des zones rurales peu impactées par les combats. Picard fait état de l'attachement qu'il ressent pour la France et de la proximité qu'il a alors ressenti avec les paysans français, et les deux hommes se retrouvent à quelques reprises dans leurs échanges autour de cet amour commun pour la France. Comme nous l'avons cité précédemment, lors de la quatrième séance, Picard évoque son souhait de retourner un jour à Paris (ce que Devereux fera quant à lui quelques années plus tard) et le sentiment de forte proximité qu'il a ressenti avec le peuple français : « J'aime la manière dont les gens vivent là-bas (…). Ils sont davantage mon genre - fermiers, éleveurs, de vrais travailleurs. J'aime cela et je les aime »[291]. Devereux répond d'ailleurs à ce moment à Picard qu'il est lui-même français lors de cette séance, puis lors de la douzième séance[292], s'arrangeant en partie avec son propre métissage culturel. Cet intérêt commun pour la France interroge justement le rôle de l'identité culturelle et ethnique, autant en ce qui concerne Jimmy Picard que Georges Devereux, mais également dans le lien entre les deux hommes. L'on peut notamment faire l'hypothèse que la question culturelle, dans la cure psychanalytique faite par Devereux, s'est davantage portée sur ces identités hybrides et partagées en rapport avec la France, plutôt que dans la seule question des rapports entre la culture indienne et américaine. L'identification de Picard à la culture française, qu'il retrouve justement chez Devereux, semble constituer un point important dans

[291] *Ibid*, p. 255.

[292] Malgré son retour quelques années plus tard en France, on ne retrouve aucune mention d'une prise de nationalité française par Devereux dans ses biographies. Il prend en revanche la nationalité américaine le 3 février 1941 et est donc officiellement américain au moment de cet échange avec Picard.

le lien entre les deux hommes, ayant pu jouer un rôle important dans la dimension transculturelle de la cure.

Nous pouvons notamment faire l'hypothèse que les contacts qu'il a pu avoir avec la population française ont été très positifs au titre de son statut de soldat américain venu libérer la France du joug allemand. Ceci a possiblement favorisé l'intériorisation d'une identité positive et amené une expérience bénéfique de contact avec une autre culture, expérience qu'il peut revivre dans le lien, presque amical, qu'il entretient avec Devereux. De même, le fait que Devereux évoque (à tort) le fait d'être français et non américain a sans doute constitué un élément majeur dans le lien positif entre les deux hommes et la possibilité pour Devereux d'être perçu positivement par son patient. L'on peut en effet imaginer que si Picard avait été pris en charge par un psychanalyste américain, doublement identifié comme un potentiel oppresseur du point de vue socio-culturel mais également au titre du statut hospitalier en lien avec l'enfermement en milieu fermé, ce levier thérapeutique transculturel aurait pu être négatif. Inversement, une psychothérapie menée par Devereux auprès d'un tirailleur sénégalais l'aurait peut-être confronté à des résistances importantes de la part de son patient, comme il a pu en rencontrer au cours de son expérience auprès des Moï Sedang en Indochine. De nombreux auteurs ont souligné combien la question de l'histoire coloniale pouvait impacter la relation transculturelle dans le soin[293], selon la présence ou non de rapports antérieurs de domination entre la culture du médecin et celle du patient. De plus, alors que Picard parle très peu de son père, il l'évoque lors d'une discussion sur les Français (vingt-deuxième séance). Picard évoque le surnom de « moustaches de navets » donné aux Français car ceux-ci sont connus comme

[293] LACHENAL G. (2011). Quand la médecine coloniale laisse des traces. *Les Tribunes de la santé*, 33, 59-66.

portant fréquemment la moustache, ce qui était justement le cas de son père, avant de dire à nouveau qu'il a « aimé la France »[294].

Il s'avère cependant difficile de mener plus loin les hypothèses concernant la question culturelle autour de l'expérience française de Picard car cette thématique ne ressort pas dans les rêves de Picard et n'est pas non plus particulièrement creusée par les deux hommes au cours des entretiens, les échanges sur ce sujet étant souvent prématurément arrêtés par Devereux. Lors de la vingt-deuxième séance, il met par exemple un terme de manière assez brutale à la discussion autour des problèmes d'alcoolisme présentés par Picard, alors que ce dernier l'interroge sur la culture française et notamment sur les questions linguistiques entre le français soutenu et l'argot.

2.2.5.2. INJUSTICE, DISCRIMINATION SOCIALE ET RACIALE

On peut également observer dans les rêves de Picard la récurrence de contenus ayant trait à la question de la précarité sociale ou de la discrimination sociale et raciale. On retrouve ainsi dans le rêve #8 la présence d'une femme vivant dans une maison sans toit, ni murs, et dans le rêve #13 celle d'une autre jeune femme dénutrie et habillée en haillons. Dans les deux cas Picard est excessivement heurté et indigné par les conditions de précarité et de dénuement que rencontrent ces deux femmes. Si l'on peut ramener ces deux personnages à la question de la perte, précédemment étudiée, en lien notamment avec la perte de sa maison, les discussions fréquentes que lance Picard autour de la condition socioéconomique des Indiens soulignent également son expérience de la pauvreté au sein des réserves indiennes.

[294] DEVEREUX G., *PIP*, p. 418.

La problématique de la discrimination raciale est également très présente dans le contenu onirique relaté par Picard au cours des séances. Le rêve # 22 rapporté lors de la vingt-et-unième séance porte ainsi directement sur la problématique de la discrimination raciale :

> Je rêve que je suis dans une ville et que je marche. Il y a beaucoup de monde et ils sont tous étrangers. Trois personnes se trouvent là. Je pensais que j'allais les aborder - voir ce qu'ils font ici. Deux d'entre eux sont des Blancs et l'autre un Noir. Ils se tenaient près de quelque chose qui ressemble à une plate-forme de chargement. Cela leur arrivait à hauteur de la poitrine. Je remarque deux bonnes oranges et une qui est pourrie. Ensuite, quand je suis arrivé près d'eux, aucun ne voulait me parler. Alors je suis resté là à observer pour voir ce qu'ils allaient faire avec l'orange. Un des Blancs prend une bonne orange et la donne à l'autre Blanc. Il donne à l'homme de couleur l'orange pourrie et dit au Blanc « Quand tu auras fini cette orange, tu pourras avoir l'autre aussi. » Je me suis fâché et j'ai dit « Pourquoi diable est-ce que vous ne lui donnez pas aussi une bonne orange et que vous ne jetez pas l'orange pourrie ? » Il se tourne vers moi et dit « Oh ! De toute façon, il ne vaut rien, c'est un Noir. L'autre est mieux, il est blanc. » Alors, je me suis avancé, j'ai pris l'orange pourrie de la main du Noir et je lui ai tendu la bonne orange qui restait. L'homme blanc n'a rien dit. J'ai dit « Pourquoi êtes-vous comme ça ? Vous ne valez pas mieux que lui, de même que lui ne vaut pas plus que vous. » Je lui ai dit ! Je dis : « Tous les êtres humains sont comme un groupe de voitures - des automobiles - ils ont simplement des noms différents et quand on va au fond, c'est encore une automobile. Malgré tous leurs noms différents, ce sont encore des automobiles. Les mêmes gens que vous appelez « Nègre » ou « Indien », ce sont encore des êtres humains, comme vous ».

Ce rêve constitue un excellent résumé de l'injustice sociale et raciale à laquelle est soumis Picard et combien cette confrontation à la domination sociale constitue pour lui une expérience profonde qui le heurte et l'indigne. A la suite du récit de ce rêve, Picard s'exclame

ainsi « les Indiens reçoivent vraiment la mauvaise part du gâteau du gouvernement »[295]. Il est d'autant plus intéressant que Picard défende dans ce rêve le Noir, car il fait lui-même le récit d'un vol dont il a été victime de la part de deux individus Noirs, mais se refuse à tout amalgame et préjugé à l'égard de la population afro-américaine. Sa propre expérience du racisme semble ainsi l'amener à comprendre ce que peuvent subir d'autres populations racialisées. Le rapprochement que fait Picard entre les humains et les voitures est à ce titre très intéressant, tant il semble démontrer l'expérience individuelle d'une forme d'universalisme bien éloignée de la notion de personnalité ethnique à laquelle Devereux s'évertue à le ramener. Il est étonnant de voir que Devereux s'étend peu, voire pas sur la question de la discrimination raciale, autour de ce rêve auquel Picard dit beaucoup tenir expliquant qu'il s'agit d'un « très bon rêve ». Devereux entend ce rêve principalement autour de la question de l'affirmation de soi et de la capacité de Picard à exprimer son identité profonde[296] et préfère s'arrêter plus longuement sur le premier rêve rapporté par Picard au cours de cette même séance et dans lequel il est question de talismans trouvés dans une grotte (rêve #21). Devereux analyse la présence des talismans comme le signe de sa présence en tant qu'esprit gardien de Picard et comme la signification que le patient confère aux séances réalisées un caractère magique[297]. A nouveau, l'on observe comment la focalisation sur les questions culturelles ou sexuelles occulte d'autres dimensions de l'expérience de Picard, empêchant de rendre compte de manière complète et holistique de ce qu'il vit et communique à Devereux. Ce dernier focalise d'ailleurs son analyse du rêve des trois oranges sur le caractère potentiellement pathologique du fait d'évoquer un vécu de discrimination, que l'on pourrait à tort considérer comme étant d'origine « paranoïde » ou

[295] *Ibid*, p. 405.

[296] « L'aptitude du patient à obtenir de tels insights provenait d'une diminution sensible de l'angoisse et d'un net accroissement de la force du moi » (*Ibid*, p. 550).

[297] « A bien des égards, ces talismans représentaient également l'auteur et ses interprétations que le patient s'efforçait de comprendre et d'interpréter. (…) Il est tout à fait exact que le patient était porté à considérer le traitement comme une espèce de magie, et à traiter l'auteur comme une espèce d'esprit gardien. Cependant, cette conception magique des séances tenait, dans une large mesure, au milieu culturel du patient. » (*Ibid*, p. 549).

signant une « défense névrotique »[298]. A défaut de constituer pour Devereux une expérience sociale pertinente à analyser, le fait que Picard évoque un vécu d'injustice et de discrimination serait plutôt à entendre comme la possible expression d'un délire de persécution.

A ce titre, la remarque sur le possible caractère paranoïde du récit d'une expérience de discrimination peut être entendu à la lumière du concept d'erreur diagnostique défendu par Devereux concernant la schizophrénie. Dans un article intitulé *Les origines de la schizophrénie ou la schizophrénie sans larmes*, Devereux a en effet défendu la thèse selon laquelle la schizophrénie paranoïde était une « névrose ethnique » propre aux sociétés occidentales[299]. Le concept d'erreur diagnostique, cher à Devereux et aux ethnopsychiatres actuels, insiste notamment sur le risque de diagnostiquer à tort des troubles psychotiques chez des individus de cultures non-occidentales. Cela explique sans doute cette remarque *a priori* étonnante quant au fait de se garder d'interpréter le vécu de discrimination de Picard comme le signe d'un trouble psychotique. Il s'agit ainsi dans le cas de Picard d'éliminer ce diagnostic, en effet non pertinent, quitte à appuyer l'argumentation sur l'interprétation discutable d'un rêve décrivant clairement le rôle central de l'expérience de la discrimination raciale. Cependant, on retrouve également un réel aveuglement de Devereux quant à la place que peuvent prendre la discrimination raciale et l'injustice sociale dans la symptomatologie présentée par Picard. Dans son analyse de la vingt-cinquième séance[300], Devereux explicite d'ailleurs son refus de laisser Picard se « laisser considérer comme objet d'oppression ou de considération particulière simplement parce qu'il se trouvait être indien (c'est-à-dire « un incapable social ») » et traduit sa protestation comme « le désir de recevoir un amour inconditionnel et non gagné ». Il cite

[298] « Le rêve des trois oranges, considéré à la lumière de l'aventure du patient avec les deux Noirs qui l'avaient volé et trompé, était aussi beaucoup moins paranoïde qu'il aurait le paraître. (…) A la lumière de ce rêve, la tendance du patient à insister sur son droit d'être l'égal de tous apparaît essentiellement comme une sublimation plutôt que comme une défense névrotique » (*Ibid,* p. 550).

[299] DEVEREUX G. (2015). Les origines sociales de la schizophrénie ou la schizophrénie sans larmes. *L'Information Psychiatrique*, *91*, 81-82.

[300] DEVEREUX G., *PIP*, p. 562.

alors une autre patiente qu'il a suivie en évoquant le fait qu'elle se « plaignait de manière monotone et presque obsessionnelle d'être l'objet d'une discrimination parce qu'elle était indienne ». Cet aveuglement de Devereux à l'égard des effets de la discrimination, ce qu'il appelle « la psychologie de l'opprimé »[301] fera l'objet d'une analyse plus détaillée dans la suite de ce travail. Alors qu'elle pourrait en partie s'expliquer par le manque de considération existant à l'époque sur la question traumatique et de la discrimination sociale, la publication la même année de l'ouvrage *The Mark of Oppression* de Lionel Ovesey et Abraham Kardiner, dans lequel ces psychanalystes mettent au cœur de leur analyse de la personnalité des afro-américains à Harlem le rôle du racisme, permettra de démontrer qu'elle provient principalement du cadre analytique utilisé par Devereux qui marque encore aujourd'hui la pratique ethnopsychiatrique française.

[301] *Ibid*, p. 562.

2.3. EFFICACITE DE LA PSYCHOTHERAPIE

Quelle que soit la pertinence des critiques empiriques que l'on peut adresser à la démarche de Devereux, il convient de souligner que *Reality and Dream* est avant tout la chronique d'une réussite thérapeutique, celle d'une guérison, ou pour le dire avec le vocable étonnamment moderne de Devereux d'un « rétablissement »[302]. Les mécanismes à l'œuvre dans l'efficacité de la thérapie effectuée par Devereux se doivent ainsi d'être analysés et compris car ils constituent une autre manière de discuter les interprétations de ce dernier à l'égard des théories et pratiques qu'il a mis en œuvre tout au long de la psychothérapie menée auprès de Jimmy Picard. A l'heure où la question de l'efficacité de la psychanalyse se pose de manière aiguë et fait l'objet de débats houleux[303], *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* tire justement son actualité du fait que Devereux y décrit la guérison de Picard et peut constituer un argument important pour défendre l'intérêt de la psychanalyse dans l'arsenal thérapeutique actuel en psychiatrie. Cette efficacité de la psychothérapie réalisée par Devereux se vérifie d'ailleurs sur le long terme, à la faveur d'une lettre envoyé par Picard à Devereux 17 ans après la parution de l'ouvrage et dans laquelle il mentionne la pérennité de l'amélioration clinique[304]. Le fait que l'ouvrage puisse intéresser les psychanalystes en tant que chronique d'une guérison et plaidoyer en faveur de la psychanalyse et de l'ethnopsychiatrie est par ailleurs souligné par le choix du titre de la traduction française qui constitue un partie pris notable puisqu'il s'éloigne significativement du titre original de 1951. Cette traduction se fait au moment où

[302] La notion de rétablissement constitue aujourd'hui une philosophie du soin centrale dans le champ de la psychiatrie, issue du mouvement américain des « survivants de la psychiatrie » dans les années 1970 (WOOLEY S. (2017). Vers un rétablissement basé sur la justice sociale ?. *Rhizome*, 65-66, 22-24.)

[303] MICHELI-RECHTMAN V. (2007). L'efficacité de la psychanalyse : une question épistémologique. *Figures de la psychanalyse*, *15,* 167-177.

[304] Devereux écrit ainsi dans la préface de la réédition anglaise de 1968 qu'il « reçut du patient une lettre amicale, reconnaissante et pleine de bon sens, lui demandant de le recommander pour un petit emploi du gouvernement aux États-Unis » (DEVEREUX G., *PIP*, p. 91). Alors qu'il intègre au manuscrit une autre lettre écrite par Picard quelques jours après sa sortie, Devereux n'intègre étonnamment pas cette lettre plus tardive, ne nous permettant pas d'en connaître le contenu précis.

l'ethnopsychiatrie prend son essor en France et l'enjeu scientifique est alors important en vue d'asseoir la validité et la pertinence de l'ethnopsychiatrie dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie française. La réaffirmation récente de l'importance et de la pertinence des thèses de Devereux dans l'histoire et l'actualité de l'ethnopsychiatrie française souligne bien cet enjeu que soulèvent aujourd'hui encore ses écrits.

Malgré cette actualité de l'ouvrage, il est intéressant de noter que les psychanalystes ne semblent pas nécessairement prompts à mettre particulièrement en avant la question de la guérison décrite dans *Psychothérapie d'un Indien des Plaines.* Ceci peut sans doute s'expliquer par le fait que la guérison observée ne répond pas au cadre habituel de la psychanalyse et que les psychanalystes s'aventurent assez rarement sur la question de l'efficacité de la psychanalyse, critiquant l'idée même que la notion d'efficacité soit en soi pertinente pour penser le rôle de la psychanalyse. Devereux émet lui-même des réserves importantes quant au fait que les entretiens réalisés auprès de Picard puisse être considérés comme une psychothérapie psychanalytique et souligne d'ailleurs que le modèle de thérapie réalisé auprès de Picard rentre davantage dans le cadre d'une psychothérapie « d'expression et de soutien » plutôt que d'une psychanalyse « 'modifiée' ou 'abrégée' »[305]. En effet, alors que la psychanalyse insiste volontiers sur le temps long de la cure et la nécessité d'effectuer des cures sur plusieurs années, la psychothérapie relatée par Devereux s'étale sur un total de six semaines et demie. Le caractère intensif et bref de cette thérapie s'inscrit davantage dans le champ des thérapies brèves dont le cadre de référence est le plus souvent extérieur à la psychanalyse, et plutôt issu des thérapies cognitivo-comportementales encore non développées à l'époque de *Reality and Dream*. Comme nous l'avons vu précédemment, Devereux se repose plutôt sur les principes de l'*ego-psychologie* américaine, et notamment de *l'Inclusive Psychotherapy* développée par Frieda Fromm-Reichmann. Cette forme particulière de psychothérapie se

[305] *Ibid*, p. 224.

démarque par l'interventionnisme du thérapeute, bien loin du silence et de la neutralité bienveillante prônés dans la cure psychanalytique. Ensuite, Devereux fait clairement entrer sa rencontre avec Picard dans le cadre d'une démarche de recherche plutôt que d'une démarche thérapeutique. Sa volonté d'objectivité scientifique est évidente et assumée tout au long de l'ouvrage. Encore une fois, ce positionnement se trouve plutôt aux antipodes des postulats actuels de la psychanalyse, qui souhaite s'inscrire dans la subjectivité de la rencontre entre l'analyste et l'analysant et critique ouvertement les volontés d'objectivité scientifique prônées par d'autres approches de la psychologie, notamment dans le champ des sciences cognitives. Ainsi, la psychanalyse tend plutôt à réfuter les abords méthodologiques des approches scientifiques, au contraire de la démarche engagée par Devereux dans *Reality and Dream*. Cette volonté affichée d'objectivité et de scientificité, quelles que soient les limites que nous pouvons en souligner dans notre thèse, constitue un contexte de travail particulier qui amène à un engagement sans faille de Devereux auprès de Picard. Dans le même temps, ce dernier se montre particulièrement engagé dans la psychothérapie que lui prodigue Devereux, ce qui pourrait être le signe d'un biais d'efficacité fréquent dans le champ de la recherche, nommé biais de désirabilité sociale, qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs[306]. Le sérieux que déploie Picard dans sa volonté de décrire et de comprendre ses propres rêves n'est sans doute pas étranger au contexte même de la recherche mise en place par Devereux.

Il convient pour saisir les raisons de l'efficacité de cette thérapie brève « d'expression et de soutien » telle que la nomme Devereux, de s'intéresser aux objectifs suivis par ce dernier pour parvenir à ce rétablissement. Pour Devereux, l'objectif principal du travail effectué auprès de Picard est de « rendre le patient à lui-même », ce que Devereux assimile en ce qui concerne

[306] PERINELLI E. & GREMIGNI P. (2016). Use of social desirability scales in clinical psychology: a systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, *72*(6), 534–551.

Picard au fait de pouvoir « retourner à la réserve » afin qu'il puisse y déployer au mieux son « modèle caractéristique de personnalité »[307]. Pour Devereux, « rendre Picard à lui-même » signifie lui permettre de retrouver et d'exprimer à nouveau sa personnalité et sa mentalité indiennes. Si la critique de la politique assimilationniste n'est ici pas directement théorisée par Devereux, il expose la manière dont rendre Picard adapté au milieu de la culture et de la société américaine constituerait selon lui une erreur grossière et un objectif qui ne saurait constituer une éthique du rétablissement psychique d'un Indien des Plaines. Pour Devereux, il ne fait aucun doute que la guérison de Picard repose sur ce retour à sa personnalité indienne, qui se manifeste par son intérêt renouvelé pour ses propres rêves et par la présence de plus en plus marquée de thèmes et d'objets supposément indiens dans ses rêves.

Nous pouvons cependant faire l'hypothèse que la question de l'acculturation, dans sa forme la plus extrême qu'est l'assimilation, constitue l'un des points centraux dans la thérapie proposée par Devereux, selon des facteurs qui ne sont cependant pas ceux défendus par Devereux. En effet, des études récentes[308] ont démontré que les politiques assimilationnistes sont reconnues pour entraîner une souffrance psychologique chez les populations et les individus qui y sont soumis. De même, le racisme est reconnu comme étant un facteur de risque important de détresse psychologique, de perte de confiance en soi, de mal-être, de dépression, d'anxiété et de symptômes psychotiques[309]. Derrière cet objectif de « ramener le patient à lui-même », Devereux lui propose en réalité un espace d'expression de soi et d'expression de son identité en tant que membre d'une communauté discriminée. Le fait que Devereux ne soit pas un psychologue ou médecin américain lui permet d'être perçu non pas comme un autre

[307] DEVEREUX G., *PIP*, p. 237.

[308] MALMUSI D., Palència L., Ikram U., Kunst A. & Borrell C. (2015). Social and political determinants of inequalities in depression by immigrant status in Europe. *European Journal of Public Health*, 25, ckv167.056.

[309] DE FREITAS D. F., Fernandes-Jesus M., Ferreira P. D., Coimbra S., Teixeira P. M., de Moura A., Gato J., Marques S. C. & Fontaine A. M. (2018). Psychological correlates of perceived ethnic discrimination in Europe: A meta-analysis. *Psychology of Violence, 8*(6), 712–725.

oppresseur par Picard, mais davantage comme un allié avec lequel il partage un certain nombre de caractéristiques (d'âge, de sexe, d'appartenance à une minorité discriminée, d'attachement à la France, de vétéran de la Seconde Guerre mondiale, etc.). Le rêve #22 des Afro-Américains et des oranges que nous avons précédemment analysé, bien que Devereux ne lui donne que peu d'importance, souligne cependant cette possibilité donnée à Picard de s'élever contre le racisme et la discrimination, de retrouver la confiance en lui qu'il avait perdue. Picard décrit ainsi à la fin de la thérapie une meilleure confiance en lui, la disparition du sentiment « qu'il ne valait rien ».

En 1998, Melanie Tervaron et Jann Muray-Garcia[310] ont théorisé la notion « d'humilité culturelle » qu'elles définissent comme une manière « d'intégrer un engagement permanent à l'auto-évaluation et à la critique, à la correction des déséquilibres de pouvoir dans la dynamique médecin-patient, et au développement de partenariats mutuellement bénéfiques et non paternalistes avec des individus issus de communautés et de populations définies ». L'humilité culturelle constitue donc davantage une manière d'être avec le patient et de s'intéresser à ses propres réactions dans la relation de soin plutôt que de produire un savoir culturel sur autrui permettant ensuite de déployer un savoir médical. Bien que la position théorique adoptée par Devereux le situe en première intention plutôt du côté d'un savoir porté sur la culture de l'autre, il est intéressant de noter que sa manière d'agir avec Picard s'inscrit en réalité plutôt dans le sillage de l'humilité culturelle. En effet, Devereux prend le soin de faire régulièrement le point avec Picard, de lui demander comment ce dernier le perçoit et ressent ou non les effets de la psychothérapie. Cette humilité culturelle constitue sans doute un levier fort dans la qualité de la relation entre les deux hommes et ressort de la possibilité d'une psychothérapie de soutien réellement aidante et soutenante pour Picard. En effet, en dépit des outils théoriques et

[310] TERVALON M. & MURRAY-GARCIA J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *9*(2), 117–125.

méthodologiques qu'il peut déployer, Devereux ne souscrit jamais à l'incommensurabilité des cultures et au fait qu'elles constituent des univers totalement différents qui ne peuvent s'entendre ou se comprendre. A l'inverse de ce que prônera Tobie Nathan quelques années plus tard, Devereux se positionne toujours en défaveur d'un cloisonnement total entre les cultures, ce qui l'amène notamment à critiquer la « détestable croyance que 'l'Est est l'Est et que l'Ouest est l'Ouest' et que jamais ils ne se rencontreront' »[311].

La question de « l'alliance thérapeutique » constitue depuis de nombreuses années un sujet majeur d'évaluation de l'efficacité des psychothérapies. Bien que ce terme manque de clarté et d'une définition précise, l'alliance thérapeutique est entendue de manière générique comme la qualité de la relation que vont créer le patient et son thérapeute. Une revue de la littérature récente[312] a permis de démontrer que la constitution d'une alliance thérapeutique de qualité représente un élément clé de la réussite d'une psychothérapie. Loin du cadre habituel de la cure analytique, marqué par le silence du psychanalyste et la « neutralité bienveillante », Devereux adopte au contraire une position très active dans la thérapie, prenant très fréquemment la parole pour commenter les dires de Picard, se montrant très amical à son égard, le déculpabilisant lorsqu'il évoque des évènements négatifs de sa vie pour lesquels il se sent responsable (notamment l'abandon de sa fille). De la même manière Picard se montre curieux à l'égard de Devereux, se permettant de lui poser des questions personnelles ou de lui faire part de ses désaccords. La discussion est ainsi fréquente entre les deux hommes et ne se concentre pas uniquement dans l'espace du bureau de psychothérapie. Les deux hommes discutent dans les couloirs et il arrive même que Devereux dépose Picard en ville à une ou deux reprises lors de ses permissions. Cette relation forte entre les deux hommes, que Desplechin a dépeinte comme une amitié dans son film *Jimmy P.*, constitue à n'en pas douter un élément clé de

[311] DEVEREUX G., *PIP*, p. 231.

[312] FLÜCKIGER C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *55*(4), 316–340.

l'efficacité de la psychothérapie effectuée. Mais encore une fois, elle tend à battre en brèche l'intérêt de la cure analytique type à l'égard de laquelle Devereux s'est toujours montré très critique. La neutralité silencieuse de certains de ses collègues lui paraissait en effet peu à même de favoriser le rétablissement des patients[313].

Ainsi, l'utilisation dans un contexte de recherche d'une thérapie brève marquée par un entraînement cognitif répété à la remémoration des rêves, à la réflexion interactive sur le contenu des rêves et des émotions qui y sont associées, a sans doute davantage contribué à l'efficacité de la psychothérapie de Devereux qu'au retour supposé de Picard à son « indianité ». En ouvrant un espace de parole réflexive, en s'engageant pleinement auprès de son patient pour mettre en place une alliance thérapeutique reposant sur une forme pratique d'humilité culturelle, Devereux a offert à Picard l'occasion de s'exprimer pleinement et de retrouver une prise de contrôle sur ses affects, ses pensées et ses angoisses. Le contexte de sevrage alcoolique permis par l'hospitalisation a sans doute également joué un rôle important, en limitant le risque d'alcoolisation et de troubles du comportement associés chez Picard. Le culturalisme, le sexualisme ou l'infantilisme que déploie Devereux dans sa théorisation et ses interprétations semblent ainsi relever davantage d'une forme de folklore psychanalytique associé à une recherche d'exotisme cher à l'anthropologie américaine du début du XXème siècle que de déterminants pertinents pour comprendre le rétablissement de Jimmy Picard.

[313] DEVEREUX G., *DAM*.

2.4. CONCLUSION

L'analyse des rêves de Picard et des échanges qu'il a menés avec Devereux contredit les hypothèses principales soutenues par Devereux, à savoir la confusion entre rêves et réalité chez les Indiens des Plaines et l'importance du rêve pour Picard. De plus, cette analyse démontre que Devereux a largement suggéré au fil des séances l'ensemble des éléments culturels qu'il pense découvrir chez Picard. Au final, si la psychothérapie réalisée apparaît avoir été efficace, il semble que les raisons de cette réussite ne se trouvent pas dans les hypothèses formulées par Devereux. Plutôt que d'avoir réussi à ramener Picard à sa personnalité indienne, Devereux lui a proposé un entraînement cognitif intensif, associé à du renforcement émotionnel positif au cours d'une psychothérapie brève menée dans un contexte de recherche et de sevrage alcoolique. L'alliance thérapeutique de grande qualité entre les deux hommes, favorisée par l'attitude bienveillante et l'engagement de Devereux auprès de son patient, a probablement joué un grand rôle dans l'efficacité de la psychothérapie.

L'analyse empirique approfondie des *verbatim* des rêves de Picard, disponibles dans l'ouvrage, permet de mettre en lumière l'importance des expériences sociales dans le contenu onirique qu'il relate. Les thématiques de la perte de statut social, du vécu de la maladie et de l'hospitalisation, de l'expérience de la guerre, de l'acculturation ou encore de la discrimination raciale, sont centrales. Les rêves de Picard recèlent en effet de signes directs de son expérience passée et présente, vécue en tant qu'être social dont le quotidien s'inscrit dans une réalité historique et politique qu'il perçoit avec acuité. Loin de vivre dans le monde onirique des ancêtres ou dans le supposé grand temps de la culture indienne, Picard est ancré dans la réalité politique de l'assimilationniste américain de l'après-guerre et ses rêves sont riches d'expériences contrastées que Devereux néglige. L'utilisation couplée du cadre d'analyse de l'anthropologie américaine et de la méthodologie freudienne occulte en effet les problématiques

matérielles, sociales et économiques auxquelles Jimmy Picard est confronté. A partir de cette réfutation empirique des hypothèses de Devereux, nous proposons à présent de les discuter au travers des travaux de l'anthropologie critique et de la philosophie du langage.

CHAPITRE 3

PRODIGES ET VERTIGES DE L'ETHNOPSYCHIATRIE

« Il suffit parfois d'une légère modification du matériel pour dénaturer la cohérence structurale de l'histoire entière du cas et diminuer la plausibilité des inférences et des interprétations »

Georges Devereux, 1951[314]

Nous avons développé dans le chapitre précédent une critique empirique de *Reality and Dream* en identifiant les biais méthodologiques et les aberrations interprétatives dans l'approche ethnopsychiatrique de Georges Devereux. Comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur, sa méthode a profondément influencé plusieurs décennies de pensée ethnopsychiatrique en France. Il apparaît dès lors nécessaire de proposer à présent une critique externe de l'approche ethnopsychiatrique développée par Devereux. L'analyse critique des travaux de l'ethnopsychiatrie invite en effet à répondre à l'appel de Johannes Fabian selon lequel « la philosophie critique doit se documenter sur la constitution dialectique de l'autre »[315]. Cette construction dialectique d'autrui en tant qu'Autre et les phénomènes d'altérisation qui lui sont associés sont très présents dans *Psychothérapie d'un Indien des Plaines.* Après avoir montré les limites internes du modèle ethnopsychiatrique, nous nous attacherons à présent à discuter sa validité externe, au regard des critiques qui ont pu être apportées par des auteurs issus de différentes disciplines sur l'usage anthropologique du concept de culture et du principe de charité en philosophie.

[314] DEVEREUX G., *PIP*.
[315] FABIAN J. (2017), *op.cit.*

Dans le *Temps et les Autres*[316], l'anthropologue néerlandais Johannes Fabian propose en 1983 une critique sans concession de l'anthropologie contemporaine et de la manière dont elle tend à construire son objet en déformant, par des présupposés théoriques, ses observations de terrain. Son argumentaire repose sur le concept central du « déni de co-temporalité », qu'il définit comme une « tendance persistante et systématique à placer le(s) référent(s) de l'anthropologie dans un temps autre que le présent du producteur du discours anthropologique »[317]. L'accent mis sur les présupposés théoriques concernant l'immuabilité des sociétés primitives, le temps cyclique dans lequel elles évolueraient ou encore leur intérêt supposé pour les rêves et les théories magico-mystiques plutôt que pour la rationalité scientifique moderne apparaît comme autant de manières de nier la co-temporalité des dits primitifs. Fabian souligne notamment que l'émergence de la pensée sur « l'Autre » s'est faite dans le contexte particulier du colonialisme, et de la domination d'une partie de la population mondiale sur une autre. En accord avec les travaux d'Edward Saïd sur l'orientalisme[318], Fabian vise ainsi à déconstruire la manière dont s'est forgé au cœur du projet anthropologique occidental une savoir situé et politisé se déclarant pourtant objectif et scientifique. En s'appuyant sur la critique de la notion de mentalités proposée par G.E.R. Lloyd[319] et les travaux de l'anthropologie critique, il devient dès lors nécessaire de questionner l'ethnopsychiatrie sous l'angle du savoir qu'elle produit sur autrui. L'abord culturel dans le modèle ethnopsychiatrique correspond ainsi à une manière de développer un réseau de connaissances anthropologiques et psychopathologiques portant sur des groupes culturels considérés comme des entités homogènes. Derrière la notion centrale de « personnalité ethnique » proposée par Devereux, se trouve tapie la notion de mentalité propre à des groupes supposément homogènes dans le temps

[316] *Ibid*.
[317] *Ibid,* p. 313.
[318] SAÏD E. (2015). *L'orientalisme. L'Orient créé par l'Occident*. Points.
[319] LLOYD G.E.R. (1993). *Pour en finir avec les mentalités*. Editions La Découverte.

et dans l'espace, « pouvant être pris à part et étudiés exhaustivement »[320]. Nous analyserons ainsi comment se construit dans *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* une pensée sur l'Autre altérisé et décontextualisé. Car, pour construire un savoir sur l'Autre comme le fait Devereux, différents mécanismes se trouvent à l'œuvre tout au long du processus de théorisation de ce savoir. En nous appuyant sur la critique de l'exotisme anthropologique et de la construction des savoirs sur les peuples dits primitifs ou traditionnels, formulée par des anthropologues comme Johannes Fabian, Dan Sperber, Didier Fassin, Richard Rechtman ou Alban Bensa[321], et des philosophes tels que Quine et Wittgenstein, nous tâcherons de déconstruire l'objet ethnopsychiatrique tel qu'il est fabriqué par Devereux. Pour ce faire, nous appuierons notre réflexion sur trois processus principaux à l'œuvre dans le travail de Devereux : a) l'exotisation et l'hypostase du culturel, b) la réification de la culture, et c) l'effacement de la condition socioéconomique. Nous discuterons enfin des conditions sociopolitiques d'émergence du savoir ethnopsychiatrique et des liens complexes qu'il entretient avec le savoir colonial européen et la domination culturelle de l'anthropologie américaine sur les Indiens des Plaines.

[320] SPERBER D. (1982). *Le savoir des anthropologues*. Hermann, p. 5.
[321] BENSA A., *LFE.*

3.1. EXOTISME, HYPOSTASE DU CULTUREL ET PRINCIPE DE CHARITE

3.1.1. DEUX VISIONS DU MONDE ?

Bien qu'il se défende d'aborder la question de la culture amérindienne de manière exotique, Devereux ne parvient pas à échapper à cette tendance anthropologique que Bensa décrit comme la « mise en série des altérités sous la bannière de la pensée sauvage » amenant à dresser une « barrière entre le monde de la raison maitrisée et celui du mythe »[322]. Il s'avère à ce titre nécessaire de citer la première description que donne Devereux au début de l'ouvrage de la culture wolf comme étant le « monde des guerriers, ornés de plumes ondoyantes, montés sur des chevaux pie, qui chassent le bison ou combattent la cavalerie américaine ; (…) le monde des tentes, des chevauchées et des prouesses guerrières »[323]. Devereux souligne lui-même le caractère peu nuancé et détaillé de cette description, qu'il relie à l'image que peut s'en faire le « non-anthropologue », et souligne son caractère historique et son éloignement de la réalité de la vie dans les réserves au début des années 1950. Cependant, il s'appuie ensuite sur cette image historique pour inférer que « la formation du caractère et l'idéologie des Indiens Wolf de la période de la réserve » repose sur ce passé ancestral. Bien que Devereux s'en défende dans l'introduction de l'ouvrage, on assiste ainsi à un processus d'altérisation progressive et croissante, qui vise à démontrer combien Picard est un « Autre », combien le fossé culturel entre les deux hommes constitue un élément objectif et solide, instituant deux intériorités distinctes, deux visions du monde différentes, qui sont celles de l'analyste et de l'analysant, de l'occidental et de l'Indien, de l'anthropologue et du primitif. Devereux s'emploie ainsi à dénoter tout ce qui peut ressortir d'un particularisme culturel, sans hésiter parfois à généraliser à outrance ou à déceler des motifs d'ordre culturel dans des détails pour le moins insignifiants.

[322] *Ibid,* p. 13.
[323] DEVEREUX G., *PIP*, p. 67.

Pour ce faire, l'utilisation des notes de bas de page constitue un outil récurrent d'instauration d'inférences culturelles et de correspondances entre un comportement décrit par Picard et ceux supposés des membres de sa tribu et de son « aire culturelle ». L'on apprend ainsi que le fait de glisser sur le pentes neigeuses l'hiver est « un vieux jeu des Indiens des Plaines »[324], que reprendre un cadeau que l'on a fait à quelqu'un est très déshonorant dans la culture amérindienne[325], que le mensonge et la fuite après une mauvaise action sont extrêmement fréquents chez les Indiens des Plaines ou que la peur des Indiens Wolfs de se faire enfermer « pourrait s'expliquer par leur vie nomade d'autrefois »[326]. Comme nous l'avons vu, le fait que Picard se plaigne de l'enfermement dans un pavillon de l'hôpital ne constitue pas pour Devereux une dénonciation de sa condition, mais plutôt une reviviscence de l'attitude ancestrale des Indiens nomades attachés à leur mode de vie sauvage perdu. Il n'est nullement fait mention à ce moment-là de la réalité de la condition amérindienne dans l'après-guerre et de l'enfermement dans les réserves, qui pourrait constituer un motif supplémentaire pour Picard de dénoncer ce nouvel enfermement. L'on pourrait ainsi multiplier les occurrences amenant Devereux à souligner des particularismes culturels en lien avec les comportements de Picard en s'attachant à déceler des motifs comportementaux censément typiques des manières d'être des Indiens des Plaines.

L'exemple de la carpe constitue un autre cas typique de l'hypostase culturelle effectuée par Devereux[327]. Alors que Picard évoque un de ses rêves, il se met à parler d'un lac situé près de chez lui et des carpes qui s'y trouvent. Il explique ne pas les manger car « leur aspect (lui) a toujours déplu », ce que Devereux interprète comme une réaction culturellement déterminée par les « réactions négatives à l'égard de l'eau » des Indiens des Plaines. On ne sait nullement

[324] *Ibid*, p. 253.
[325] *Ibid*, p. 254.
[326] *Ibid*, p. 249.
[327] *Ibid,* p. 260.

sur quoi repose cette hypothèse des réactions négatives des natifs à l'égard de l'eau. Picard explique quant à lui ce dégoût par la ressemblance entre les carpes et les lézards, ce qui s'éloigne significativement de l'hypothèse des réactions négatives à l'eau et pourrait plutôt s'expliquer par une crainte, voire une phobie, personnelle, des reptiles. D'ailleurs lorsque Devereux l'interroge sur l'existence d'un conte ancestral pouvant expliquer ce dégoût, Picard répond par la négative. Quelques séances plus tard, Picard explique sa crainte de l'eau par un épisode au cours duquel des enfants, plus grands que lui, lui avaient maintenu la tête sous l'eau de force pendant plusieurs secondes, ce qui avait constitué pour lui un traumatisme encore vivace. De même, il décrit un autre épisode traumatique au cours duquel une jeune fille s'est noyée sous ses yeux sans qu'il ne soit intervenu pour la sauver. La peur de l'eau, « culturellement déterminée » selon Devereux, pourrait ainsi trouver son origine chez Picard dans un tissu complexe d'expériences personnelles sans lien aucun avec la question culturelle. Ces échanges entre les deux hommes, qui tendent à réfuter l'hypothèse d'une réaction négative culturellement déterminée à l'eau, n'empêchent pas Devereux de maintenir son hypothèse culturelle et d'y voir une nouvelle preuve de l'existence d'une « personnalité ethnique » s'exprimant dans ce dégoût des carpes. A l'encontre de la réalité de l'observation menée, Devereux soutient en effet l'existence d'une personnalité ethnique ayant des effets sur les comportements et pensées de Picard.

Johannes Fabian a souligné combien le temps partagé de l'observation anthropologique tend, au contraire de son rôle initial d'élaboration d'hypothèses à partir de l'observation du réel, à amener l'anthropologue à calquer aveuglément ses présupposés théoriques concernant la personnalité et le fonctionnement des sociétés dites primitives sur les comportements qu'il peut observer[328]. Le réel de l'observation est ainsi rapidement occulté ou modifié pour faire correspondre les attendus théoriques à la réalité des indigènes observés. Le dégoût des carpes

[328] FABIAN J. (2017), *op.cit.*

ne saurait constituer une caractéristique individuelle propre à Picard mais se doit d'être rapportée à une généralisation sur les Indiens des Plaines, à un déjà-là inconscient inscrivant dans la personnalité ethnique de l'individu la marque de sa supposée indiennité.

3.1.2. L'ART SUBTIL DE LA SUGGESTION

Nous pourrions poursuivre sur la manière dont Devereux renseigne, avec un regard d'observateur se voulant objectif, le différentialisme culturel entre lui et Picard en vue de valider l'hypothèse d'une forme de grand partage. Mais cela ne suffirait pas à rendre objectivement compte de la manière dont il infère des éléments supposément typiques de la culture wolf chez son patient. L'utilisation de la suggestion constitue en effet une méthode répétée tout au long des échanges entre Devereux et Picard, en vue de faire ressortir des contenus culturels dans l'histoire et la mentalité de Picard. Loin d'être uniquement dans une position d'observateur passif, Devereux joue un rôle majeur dans la manière dont il amène Picard à faire état de ses expériences personnelles pour les transformer en des motifs culturels. Les questions répétées sur les particularités culturelles des Amérindiens que Devereux adresse à Picard sont à ce titre parfois caricaturales dans leur volonté de l'assigner à ses supposés origines culturelles. Des questions telles que « comment dit-on rêve en wolf ? »[329], « comment les anciens Wolf auraient-ils interprété ce rêve ? », « quel est son nom indien ?», « supposez que je sois un Wolf, comment m'appelleriez-vous ? » ou « *shooting* (tirer) est-il en wolf un euphémisme pour désigner le coït ? »[330] tendent en effet à concentrer la discussion sur les thématiques de prédilection de Devereux. Malgré des réponses le plus souvent négatives (« je ne sais pas », « elle n'a pas de nom indien ») ou dénuées de tout caractère culturel, Devereux poursuit inlassablement son entreprise, persuadé au fond que même s'il n'en a pas connaissance

[329] DEVEREUX G. *PIP*, p. 244.
[330] *Ibid*, p. 271.

de manière consciente, Picard est le jouet de sa personnalité ethnique et de l'inconscient culturel qu'elle véhicule. Indien malgré lui, Picard est sans cesse assigné par Devereux à ses origines, pensées comme un tout homogène et totalisant. Tout au long des entretiens, Devereux s'attache ainsi à souligner les différences plutôt que les similitudes, pourtant nombreuses, entre les deux hommes. Deux hommes d'une quarantaine d'années, vétérans de la Seconde Guerre mondiale, ayant servi pour l'armée américaine, partageant leur amour pour la France, ayant grandi dans des minorités ghettoïsées et discriminées peuvent en effet partager à de nombreux égards des expériences identiques du monde.

Cette forte tendance à la suggestion ne s'étend pas uniquement dans la sphère culturelle, mais constitue une méthode globale dans l'approche que Devereux adopte vis-à-vis de Picard. Le sexualisme apparaît ainsi également caricatural chez Devereux, au point de donner lieu à des échanges surréalistes avec Picard. Lors de la dixième séance, Devereux demande ainsi à Picard « vous voulez dire faire l'amour quand vous dites que le canard se débat dans la trappe. A quoi ressemble une trappe ? Comment l'appelez-vous ? ». Lorsque Picard lui répond « des mâchoires », Devereux renchérit alors en lui demandant « est-ce que ces trappes ont des dents ? […] Avons-nous précédemment parlé de dents ? […] Qu'est-ce que nous avons dit ? » puis de conclure : « Nous avons parlé de vagins avec des dents. La trappe dont vous rêvez n'a pas de dents. Le canard est dans la trappe mais celle-ci n'a pas de dents. Qu'est-ce que cela veut dire ? Que toutes les femmes n'ont pas de dents dans le vagin »[331]. Dans une autre séance, Devereux demande à Picard : « qu'est-ce qui se dresse entre les jambes ? » puis « avez-vous jamais vu un mouton hermaphrodite ? »[332] et s'exclame dans une autre « vous ne parlez jamais de faire l'amour ou du sexe »[333].

[331] *Ibid*, p. 337.
[332] *Ibid,* p. 326.
[333] *Ibid*, p. 312.

Il n'apparaît en rien étonnant que Devereux ait été quelques années plus tard le théoricien de la manière dont l'observateur modifie par son observation même ce qu'il observe, tant le procédé apparaît flagrant dans *Reality and Dream*. Dans un ouvrage s'intéressant à la critique faite par Ludwig Wittgenstein de la théorie freudienne, Jacques Bouveresse écrit en ce sens qu'il « est tout à fait compréhensible que l'association libre, ou plutôt orientée dans le sens qui convient par les suggestions judicieuses du psychanalyste, reconduise invariablement à des thèmes qui, comme par exemple la sexualité, occupent une place considérable dans les préoccupations du sujet… Wittgenstein soupçonne que ce n'est pas seulement le thème lui-même (le rêve) mais également une certaine façon de le traiter, qui est imposée insidieusement par l'analyste au patient »[334]. Le double abord anthropologique et psychanalytique proposé par Devereux l'amène à contraindre et restreindre son analyse aux potentiels biais de ces deux disciplines, que sont le familialisme et le sexualisme d'une part, et le culturalisme d'autre part. Ces biais s'inscrivent ainsi dans l'interprétation que Devereux peut faire du matériel issu des entretiens réalisés avec Picard, mais aussi dans la manière dont il le questionne et met en jeu des thématiques particulières de discussion tout au long de la conversation.

3.1.3. L'ETHNOPSYCHIATRIE EST-ELLE CHARITABLE ?

Les tendances interprétatives, voire la suggestion de particularités culturelles et mentales chez son patient, opérées par Devereux tout au long de la psychothérapie, sont la marque d'une approche méthodologique qui ne s'intéresse jamais à la réalité des similitudes pouvant exister entre les deux hommes, préférant s'attacher à souligner une supposée différence radicale de mentalités. Willard Von Orman Quine a forgé en philosophie le principe de charité

[334] BOUVERESSE J. (2022). *Philosophie mythologie et pseudo-science : Wittgenstein lecteur de Freud*. Editions de l'Eclat.

comme arme de réfutation de la notion de mentalité primitive avancée par Lévy-Bruhl[335]. Là où Lévy-Bruhl s'attache, comme le fait Devereux, à décrire une différence de mentalité entre les primitifs et les civilisés, réfutant l'idée d'une identité psychologique entre les hommes de cultures différentes, Quine défend l'idée que, plutôt qu'une différence de logiques ou de mentalités, il faut chercher dans une erreur de traduction la source des énoncés apparemment aberrants formulés par des individus issus d'autres cultures. Par exemple, si un indigène s'écrie une première fois « gavagaï » en voyant passer un lapin, puis une seconde fois, alors qu'il n'y a pas de lapin, il serait peu charitable de penser que « gavagaï » signifie à la fois « lapin » et « non-lapin » dans une vision du monde où cohabitent des êtres réels et des non-êtres invisibles.

Le principe de charité s'étend ainsi à l'ontologie à travers les questions de traduction. Quine défend l'idée d'un principe de charité méthodologique qui s'étende également dans une perspective psychologique, par une adhésion de l'anthropologue à l'hypothèse de « similitudes psychologiques générales à travers la barrière de la langue »[336]. Ainsi, plutôt que de chercher à tout prix des différences radicales de mentalité entre les primitifs et l'anthropologue, le principe de charité enjoint à une présomption de similarité en termes de logique, d'ontologie ou de psychologie, faute de preuve du contraire, dans une optique résolument déflationniste à l'égard des tendances interprétatives. Traduire « gavagaï » comme un même terme signifiant « lapin » et « non-lapin » nécessite de considérer que cet indigène vit dans une ontologie particulière permettant de croire dans le même temps à l'existence d'êtres et de non-êtres au sein d'un monde peuplé d'esprits invisibles. De même, si le terme « gavagaï », prononcé par l'indigène en voyant le lapin un jour de pluie, est traduit par l'anthropologue comme le nom du Grand Dieu Lapin, le postulat initial est celui que les indigènes croient, du fait de leur mentalité prélogique, en un Dieu totem capable de décider du climat et aimant se montrer aux Hommes

[335] QUINE W.V.O (1975). *La philosophie de la logique*. Aubier. ; QUINE W.V.O. (1993). *La poursuite de la vérité*. Éditions du Seuil. ; QUINE W.V.O. (1999). *Le mot et la chose*. Flammarion.

[336] DELPLA I. (2001). *Quine, Davidson : le principe de charité*. Presses Universitaires de France, p. 45.

sous une forme animale les jours de beau temps. Ainsi, le principe de charité constitue une maxime générale qui enjoint de sauver les évidences empiriques et les évidences logiques à partir d'une critique de la réification des significations. Il s'agit ainsi selon le principe de charité de considérer dans notre exemple que « gavagaï » signifie, jusqu'à preuve du contraire, lapin, que l'indigène ne croit pas en des énoncés contradictoires et ne vit pas dans une ontologie différente de celle de l'observateur.

Ainsi, il existe plusieurs versions du principe de charité. On peut notamment distinguer 1) un principe d'imposition de notre logique dans l'interprétation (visant éviter l'hypothèse de la prélogicité)[337], 2) corrélatif d'une présupposition de similitude psychologique à travers les éventuelles différences de langage (pour éviter l'idée de différences de mentalités), 3) un principe d'imposition de notre ontologie dans l'interprétation (afin d'éviter la pluralité des mondes), 4) un principe déflationniste visant à éviter de supposer des entités inobservables, qu'il s'agisse de significations objets, ou des différences de mentalité et d'ontologie, inaccessibles à l'observation, et, plus largement, à éviter de passer du langage ou de la méthode à l'ontologie, 5) ce qui rejoint la maxime de Quine, « sauver les évidences », c'est-à-dire avant tout les évidences empiriques et logiques[338]. Le principe de charité peut donc être pris comme un impératif inconditionnel, pour réfuter la mentalité primitive, ou comme une simple maxime méthodologique ou de bon sens, à savoir qu'au-delà d'un certain degré la stupidité ou l'étrangeté de notre interlocuteur découle probablement d'une mauvaise traduction[339].

[337] Sur la différence entre la version restrictive de Quine qui limite cette imposition inconditionnelle à la logique bivalente et la version étendue de Davidson qui l'élargit aux croyances, voir DELPLA I. (2001), *op.cit.*

[338] DELPLA I. (à paraître). Retrouvés et toujours disparus : Une perplexité d'interprétation. In : KÜNSTLER R. (dir), *Connaissance interprétative*. Éditions Hermann.

[339] DELPA I., dir. (2002). L'usage anthropologique du principe de charité. *Philosophia Scientiae*, *6*(2), 1-216.

Dans son ouvrage *Ethno-psychiatrie des Indiens Mohaves*[340], publié en anglais en 1961 et traduit en français en 1996, Devereux consacre un chapitre au cas du suicide des jumeaux qui auraient selon lui une tendance naturelle forte au suicide avant le mariage car « tous les jumeaux qui prévoient de visiter la terre savent d'avance que tant qu'ils n'ont pas contracté un mariage terrestre, ils ne sont pas pleinement engagés dans l'existence humaine »[341]. Devereux décrit l'existence chez les Mohaves « de deux ensembles de croyances logiquement incompatibles mais psychologiquement parfaitement complémentaires »[342] concernant les jumeaux. Ainsi, selon la première croyance, les jumeaux sont « des êtres célestes éternels qui n'ont pas été créés et n'ont pas de parents », tandis que la second postule que « les jumeaux sont les fantômes réincarnés et avides des morts qui reviennent sur terre du pays des morts pour accumuler de nouvelles possessions qui seront finalement brûlées sur leurs bûchers funéraires »[343]. La convergence psychologique entre ces deux énoncés logiquement incompatibles reposerait, selon Devereux, sur « l'ambivalence Mohave envers les jumeaux » et sur le fait que « les jumeaux ont un esprit adulte dès la naissance »[344]. Capables d'accepter dans un même temps des énoncés *a priori* logiquement incompatibles, les Mohaves vivraient ainsi dans une ontologie peuplée de croyances irrationnelles et d'esprits invisibles pouvant revenir ou repartir dans le monde des morts au gré de leur bon vouloir.

En revenant sur le cas de Picard, nous pouvons noter que la question de la traduction ne se pose pas directement, puisqu'il parle la même langue que Devereux (à savoir, l'anglais). Delpla souligne cependant que, selon Quine, la traduction radicale « commence à la maison », et que le principe de charité ne s'inscrit pas uniquement dans la question de la traduction, mais qu'il

[340] DEVEREUX G. (1996). *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves*. Synthélabo.
[341] *Ibid*, p. 578.
[342] *Ibid*, p. 574.
[343] *Ibid*, p. 575.
[344] *Ibid,* p. 576.

constitue un précepte général qui enjoint de « comprendre autrui comme soi-même »[345]. On peut ainsi appliquer le principe de charité à l'interprétation que fait Devereux des propos de Picard après le rêve du fleuriste. En effet, alors que Picard explique que Devereux était présent dans son rêve et lui demande où il est allé après le rêve, Devereux note que Picard pose cette question avec un air à « demi-humoristique ». Afin de sauver les évidences et d'adopter une attitude charitable, Devereux aurait dû considérer que le ton de son interlocuteur était humoristique et que Picard savait pertinemment que le Devereux présent dans le rêve n'était pas le Devereux de la réalité, qu'il n'était pas possible que Devereux ait pu sortir du rêve pour aller se promener dans la réalité. Abondant en faveur de l'absence de distinction entre le rêve et la réalité chez les Indiens des plaines, Devereux préfère n'entendre ici qu'un ton *demi*-humoristique, l'amenant à corroborer l'hypothèse d'une incapacité à faire la distinction entre rêve et réalité chez Picard. Devereux aurait également dû prendre en compte le moment où Picard lui explique, dans un autre rêve, qu'il savait qu'il était « simplement en train de rêver » et que bientôt il se réveillerait, démontrant sa capacité à discriminer le monde du rêve et la réalité.

Dans son article *De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatres*[346], Richard Rechtman donne l'exemple des faiseurs de pluie, évoqué par l'anthropologue Sir James Frazer et critiqué par Ludwig Wittgenstein, pour introduire la distinction que fait ce dernier entre la croyance, comme attitude mentale, et le contenu des croyances. Frazer s'est en effet interrogé sur la croyance des peuples primitifs aux faiseurs de pluie, en se demandant quelles sont les erreurs de jugement qui amène les primitifs à penser que des invocations rituelles peuvent faire tomber la pluie. Il en vient à théoriser des notions telles que celles de « magie sympathique » et de « principe de contiguïté » pour expliquer ces croyances illogiques[347].

[345] DELPLA I. (2001), *op.cit.,* p. 41.
[346] RECHTMAN R. (2000), *op.cit.*
[347] FRAZER J G. (2010). *Le rameau d'or*. R. Laffont.

Wittgenstein critique les conclusions de Frazer en rappelant que ces « sauvages » ne font pas appel au faiseur de pluie en pleine saison sèche, mais bien au début de la saison des pluies, ce qui signifie qu'ils ne croient pas nécessairement à l'efficacité du faiseur de pluie[348]. Il est possible qu'ils croient à la nécessité d'intercéder auprès des puissances invisibles pour faire venir la pluie au moment où elle a l'habitude de venir sans croire « dur comme fer » que le faiseur de pluie est réellement capable de faire tomber la pluie. Le faiseur de pluie lui-même refuse d'ailleurs d'intervenir en pleine saison sèche. Ainsi, Rechtman souligne que le fait de croire est une attitude mentale qui n'est pas nécessairement requise par toutes les croyances[349]. Delpla souligne également que Wittgenstein critique le fait que Frazer considère les croyances des sauvages comme des « erreurs », comme lorsqu'ils confondraient meurtres symboliques et meurtres réels. Wittgenstein écrit en effet que le « même sauvage qui, apparemment pour tuer son ennemi, transperce l'image de celui-ci, construit sa hutte en bois de façon bien réelle et taille sa flèche selon les règles de l'art et non en effigie »[350]. De la même manière, si Picard parle de son rêve à Devereux avec un ton humoristique et peut ressentir le sentiment qu'il est en train de rêver en plein milieu d'un rêve, alors aucun argument ne permet de soutenir qu'il confond le rêve et la réalité.

De plus, Delpla rappelle également que le principe de charité est aussi « une mise en garde ou un garde-fou contre les analogies et extrapolations des sciences physiques aux sciences humaines »[351]. Or, Devereux opère une telle analogie avec le principe d'indétermination d'Heisenberg et le principe de complémentarité de Bohr, issus de la physique quantique, pour fonder le concept de complémentarisme. Dans son ouvrage *Prodiges et vertiges de*

[348] WITTGENSTEIN Ludwig (1977). Remarques sur "Le Rameau d'or" de Frazer. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*, *16*, 35-42.
[349] *Ibid*, p. 55.
[350] DELPLA I. (2001), *op.cit.,* p. 88.
[351] *Ibid*, p. 71.

l'analogie[352], Jacques Bouveresse a notamment critiqué la transposition de concepts scientifiques dans les sciences sociales, à partir de l'utilisation que fait Régis Debray du concept d'incomplétude de Kurt Gödel pour établir une théorie des systèmes sociaux et politiques, appliquée notamment au communisme. Pour Bouveresse, cette transposition dans les sciences sociales repose sur le fait de « monter systématiquement en épingle les ressemblances les plus superficielles, en présentant cela comme une découverte révolutionnaire » et « d'ignorer de façon aussi systématique les différences profondes, en les présentant comme des détails négligeables qui ne peuvent intéresser et impressionner que les esprits pointilleux, mesquins et pusillanimes »[353]. La supposée érudition du chercheur en sciences sociales que pourrait démontrer l'utilisation des sciences physiques ne doit pas masquer le manque de scientificité qui caractérise le déploiement d'une analogie en réalité très hasardeuse. L'analyse approfondie des concepts physiques en question amène le plus fréquemment à devoir abandonner l'idée d'une quelconque similitude entre la physique quantique et les systèmes sociaux, culturels ou politiques. Ainsi, on ne voit pas bien en quoi le fait qu'il existe une limite fondamentale à la précision avec laquelle il est possible de connaître simultanément deux propriétés physiques d'une même particule puisse avoir un quelconque lien avec l'intérêt méthodologique de coupler l'anthropologie et la psychanalyse pour comprendre le fonctionnement psychique des Indiens des Plaines ou des personnes migrantes.

De plus, l'utilisation du rêve par Devereux comme matériau de traduction de la réalité psychique de Jimmy Picard doit également être interrogée sous l'angle du principe de charité, car elle permet à Devereux de ne jamais « sauver les évidences ». Du point de vue de la philosophie du langage, elle interroge en effet la possibilité de traduire et d'interpréter le contenu onirique en lui donnant un sens univoque. Dans son ouvrage *Philosophie, mythologie*

[352] BOUVERESSE J. (2022), *op.cit.*
[353] *Ibid*, p. 34.

et pseudo-science : Wittgenstein lecteur de Freud, Jacques Bouveresse propose un examen critique des lectures wittgensteiniennes de Freud. En recensant les critiques adressées par Wittgenstein à l'égard de la théorie freudienne de l'inconscient, il consacre notamment un chapitre à la question de l'interprétation freudienne du rêve. Bouveresse décrit l'immense circonspection du philosophe allemand quant à l'interprétation freudienne des rêves et à l'égard du postulat selon lequel « tout rêve a un sens ». Wittgenstein porte également ses critiques sur l'hypothèse centrale de Freud selon laquelle le rêve possède un sens précis dirigé vers la réalisation fantasmatique d'un désir refoulé[354]. Bouveresse écrit en ce sens que *«* Wittgenstein voudrait que nous restions prêts à admettre que le contenu énigmatique du rêve n'a peut-être pas de sens et pas de raison particulière ou qu'il pourrait avoir un sens et une raison bien différente de ce que lui trouve Freud »[355]. Wittgenstein interroge également la manière dont le psychanalyste induit, voire impose, ses propres vues et son herméneutique univoque au sujet du prétendu sens du rêve. Bouveresse écrit ainsi que « Wittgenstein soupçonne que ce n'est pas seulement le thème lui-même (le rêve), mais également une certaine façon de le traiter, qui est imposée insidieusement par l'analyste au patient »[356]. Les interprétations répétées de Devereux portant sur le supposé contenu sexuel, familial et culturel des rêves de Picard amènent ce dernier à se tourner plus spontanément vers ce type d'interprétations au fil des séances, au détriment d'autres modalités possibles de compréhension de ses propres rêves. Ainsi, lors des douzième, treizième et quatorzième séances, Picard s'exclame à plusieurs reprises « pénis ! » en réponse à des questions de Devereux sur la possible signification d'objets ou de personnages présents dans ses rêves, après que ce dernier a fréquemment abordé la question de la sexualité au cours de leurs échanges. Ainsi, à des questions telles que « dans quelle position se trouvent les

[354] « Freud ne s'est cependant pas contenté, comme il aurait pu le faire, d'affirmer que tout rêve à un sens, il s'est cru également autorisé à soutenir que le rêve a toujours un sens d'une espèce bien déterminée, qui est celui de la réalisation d'un désir. » (BOUVERESSE J. (2022), *op.cit*., p. 241).

[355] *Ibid*, p. 241.

[356] *Ibid*, p. 253.

morts ? », « que représente la botte ? », ou « qu'est-ce qui s'allonge aussi ? » Picard se met à répondre invariablement « le pénis ».

Au total, on peut retenir que l'interprétation de Devereux repose sur une violation systématique du principe de charité et de ses maximes de traduction. A partir de la liste des cinq formes de charité que nous avons évoquées plus haut, on observe que Devereux rapporte les propos de Picard à des entités inobservables (archétypes culturels, etc.) (4), plutôt qu'aux réalités empiriques et sociales observables dans son existence ou son quotidien (5) et postule une différence de mentalité (la personnalité ethnique des Indiens des Plaines) (2), conduisant à une différence de logique et d'ontologie, par la confusion entre rêve et réalité, supposément caractéristique de la mentalité prélogique (1 et 3).

3.2. REIFICATION ET MENTALITE

La recherche permanente de caractéristiques culturelles dans les rêves, les pensées et les paroles de Picard, s'inscrit dans une opération de réification de la culture au travers de l'idée d'une mentalité des Indiens des Plaines. Si la notion même de mentalité n'appartient pas au vocabulaire de Devereux et que le terme de personnalité est préférentiellement utilisé, nous savons maintenant que la manière dont Devereux entend la notion de personnalité ethnique théorisée par l'école anthropologique américaine de la première moitié du XXème siècle s'accorde avec celle de mentalité primitive décrite par la Lévy-Bruhl. L'hypothèse d'une personnalité ethnique constitue en effet une sorte de « cheval de Troie » de la mentalité des Indiens des Plaines au sein de l'individu. Comme nous l'avons montré plus haut avec l'exemple de la carpe, Picard serait ainsi soumis à son inconscient et à sa personnalité ethnique, sorte de marionnette d'une force culturelle à laquelle il lui serait impossible de résister. Dans sa critique de la notion de mentalité, Geoffrey E.R. Lloyd s'appuie sur la distinction faite par l'historien Peter Burke de trois grandes caractéristiques de la démarche faisant appel à la notion de mentalité: 1) l'insistance sur les idées ou les croyances de collectivités, plutôt que sur celle d'individus; 2) la prise en compte, en tant que données importantes, des hypothèses conscientes et inconscientes; et 3) la focalisation sur la structure des croyances et sur leurs rapports mutuels, par opposition aux croyances individuelles prises isolément[357]. Dan Sperber écrit quant à lui que « les sociétés humaines sont moins homogènes et plus ouvertes les unes aux autres, plus capables de survivre aux intrusions qu'on ne l'imagine »[358].

Tout d'abord, Devereux s'attache à ramener Picard à sa condition première d'Indien des plaines et à rapporter l'ensemble de ses traits de personnalité ou particularités biographiques à

[357] LLOYD G.E.R. (1993), *op. cit.*
[358] SPERBER D. (1982), *op.cit.,* p. 5.

cette appartenance culturelle, sans particulièrement chercher à en discuter les aspérités, les contradictions, la complexité ou les rapports avec d'autres déterminants psychologiques ou sociaux de sa personnalité. Le fait que Picard porte un nom français[359] n'est par exemple jamais discuté, qu'il s'agisse de potentiels effets dans la construction d'une « identité ethnique » complexe ou de son rapport « transculturel » à Devereux, ou encore de sa place au sein de sa tribu. Devereux n'interroge en effet jamais la question, pourtant cruciale, de l'intégration de Picard au sein de son propre groupe d'appartenance et si le fait de porter un nom français lui confrère une place particulière ou non, que cette place sociale puisse être positive ou négative. Dès lors, l'intérêt que Devereux peut porter à Jimmy Picard ne semble pas être pour l'individu, mais plutôt pour le membre de la communauté wolf, supposément représentatif d'un mode de vie et de pensée propre à l'ensemble d'une tribu et d'une « aire culturelle ». C'est ainsi à ce que Marc Augé appelle une « individualité de synthèse », pensée comme « l'expression d'une culture elle-même considérée comme un tout »[360] que l'on se trouve confrontés à la lecture de *Reality and Dream*. La personnalité de Picard dépend en effet pour Devereux principalement de son origine culturelle, plutôt que de tout autre élément biographique, socioéconomique ou politique de son histoire. Ses identités d'orphelin, de vétéran de la Seconde Guerre mondiale, d'ouvrier agricole au chômage, de membre d'une secte protestante, de mari trompé, de père ayant dû abandonner sa fille ou encore de patient hospitalisé dans un pavillon fermé sont ainsi minimisées, voire occultées, à la faveur de ce qui serait censé constituer le cœur de sa personnalité, à savoir son appartenance culturelle, dont les contours historiques et socio-politiques se trouvent effacés. De même, ses traumatismes répétés de chutes, de tentative de noyade par d'autres enfants ou le décès d'une petite fille sous ses yeux sont occultés à la faveur

[359] Picard est un nom d'emprunt pour l'anonymisation du cas, mais Devereux précise bien que le nom de famille de son patient est « un nom français probablement hérité de quelque ancien trappeur ou chasseur français qui épousa une femme de la tribu wolf » (DEVEREUX G., *PIP*, p. 79).

[360] BENSA A., *LFE*, p. 48.

d'autres évènements présentant une valence culturelle prétendument plus importante. Les clivages internes propres à la société wolf, les variations d'échelles sociales, le contexte socio-politique assimilationniste se trouvent ainsi effacés au profit d'une assimilation de la partie au tout, de l'individuel au collectif, du circonstanciel au permanent, du singulier au général. Les contours complexes de la notion d'identité se trouvent ici aplatis et abrasés à la faveur d'une identité culturelle monolithique.

De nombreux auteurs ont formulé au cours des dernières années une critique des approches exotiques de l'anthropologie, dans sa manière notamment de s'attacher à objectiver des invariants culturels entre les individus d'une même culture, au sein d'un même espace géographique, mais également au fil du temps et des générations. La méthode de l'observation de terrain, loin de constituer un moyen empirique de faire ressortir les caractéristiques individuelles et la complexité d'un fonctionnement social, semble davantage chercher à faire correspondre les attendus théoriques avec l'observation et à offrir le cadre conceptuel validant les savoir théorisés sur autrui. Bensa écrit ainsi que « l'anthropologie préfère toutefois généraliser plutôt que singulariser, faire comme si le tout méthodique reconstitué commandait des éléments empiriquement séparés, résorber les faits particuliers dans une logique globale qui les contiendrait tous »[361]. Ce phénomène de généralisation, « résolument métonymique » selon les termes de Bensa, s'intéresse non point à souligner le singulier et le particulier, mais bel et bien à dénicher ce qui ressort de la loi supposée générale, et volontiers immuable, des comportements d'autrui. Dan Sperber souligne que « la généralisation est trop vague pour être sujette à une corroboration ou une réfutation »[362]. De plus, comme le théorise Edward Saïd au sujet de l'orientalisme, ce savoir porté sur autrui s'inscrit dans une volonté de dialectiser ce qui chez l'autre ressort du non-soi, au prix d'une exagération des différences et d'une tendance à

[361] *Ibid*, p. 50.
[362] SPERBER D. (1982), *op.cit*., p. 23.

dichotomiser de manière symétrique (rationnel/irrationnel, temporel/atemporel,…) ce qui serait censé être lié à des spécificités culturelles. Saïd écrit ainsi que « l'orientalisme est, et non seulement représente, une dimension considérable de la culture politique et intellectuelle moderne et que, comme tel, il a moins de rapports avec l'Orient qu'avec « notre monde » [363].

[363] SAÏD E. (2015), *op. cit*., p. 46.

3.3. EFFACEMENT DU CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE

3.3.1. L'ATEMPORALITE DE L'INCONSCIENT

Nous avons montré que Devereux occulte le contexte socio-économique et politique dans lequel évolue Picard. Les références faites en début d'ouvrage aux conditions de pauvreté et de discrimination auxquelles sont soumis les Américains natifs ne donne jamais lieu chez Devereux à un cadre d'interprétation et de compréhension des propos ou des rêves de son patient. Bien qu'il écrive dans le chapitre théorique que l'histoire de Picard se doit d'être lue « en gardant constamment présente à l'esprit la nature du cadre social dans lequel les divers incidents qu'on rapporte ont eu lieu »[364] ou encore que « l'Indien des Plaines actuel doit essentiellement être considéré comme un Indien des Plaines qui se trouve être pauvre »[365] il n'est plus jamais fait mention par Devereux dans la suite de l'ouvrage de ces questions. Située en arrière-fond de l'ouvrage, la situation socio-économique de Picard ne constitue en effet jamais une voie d'interprétation pour Devereux, tant le familialisme, le sexualisme et le culturalisme déterminent la construction de l'objet ethnopsychiatrique par l'auteur.

Le rapport théorique et méthodologique qu'entretient Devereux avec la notion d'inconscient freudien constitue sans doute un point central dans cette négation du contexte socioéconomique. Alban Bensa écrit en ce sens, au sujet de l'anthropologie structurale, qu'en « qualifiant d'emblée d'inconsciente la prégnance du déjà-là sur l'ici-bas, (elle) décrète sans nous convaincre qu'en toutes circonstances l'emprise de l'inconscient sociologique (au statut pourtant incertain) est toujours la plus forte; et cela revient - tout en creusant le fossé entre anthropologie et histoire - à faire jouer aux parties conscientes et à la dynamique des

[364] DEVEREUX G., *PIP*, p. 78.
[365] *Ibid*, p. 118.

conjonctures historiques un rôle tout au plus résiduel »[366]. De même, en s'intéressant aux motifs inconscients qui seraient supposément à l'œuvre dans la personnalité de Picard, Devereux construit un cadre analytique ancré dans une atemporalité qui permet d'autant plus facilement d'évacuer ce que Bensa appelle les « conditions politiques de la connaissance de 'l'autre' »[367]. Freud écrit à ce titre dans *Métapsychologie* (1915) que « les processus du système inconscient sont intemporels, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas ordonnés dans le temps, ne sont pas modifiés par l'écoulement du temps, n'ont absolument aucune relation avec le temps »[368].

En réalité, l'utilisation de la psychanalyse ne suffit pas à expliquer ce manque d'intérêt porté à la question sociale ou politique. A ce titre, la voix du psychiatre et psychanalyste Frantz Fanon a constitué en 1952, quelques mois après la parution de *Reality and Dream,* un exemple d'approche psychanalytique prenant en compte le contexte socio-politique, à savoir celui de la colonisation. Ce dernier s'est en effet attaché à démontrer dans son ouvrage *Peaux noires, masques blancs*[369] combien la manière qu'avait le psychanalyste Octave Mannoni d'interpréter les rêves des Malgaches soumis à la colonisation française au travers du seul prisme sexuel et œdipien tendait à occulter les problématiques sociales et politiques à l'œuvre dans leur fonctionnement psychique[370]. Fanon écrit ainsi que « le taureau noir furieux, ce n'est pas le phallus », que « le fusil du tirailleur sénégalais n'est pas un pénis, mais véritablement un fusil Lebel 1916 » puis que « le bœuf noir et le brigand, ce ne sont pas les lotos, « âmes substantielles », mais véritablement l'irruption, pendant le sommeil, de fantasmes réels »[371].

Un second exemple permet de montrer que le référentiel psychanalytique convoqué par Devereux ne suffit pas expliquer sa tendance à occulter les facteurs sociaux dans son

366 BENSA A., *LFE,* p. 89.
367 *Ibid*, p. 15.
368 FREUD S. (2019). *Métapsychologie*. Flammarion.
369 FANON Frantz (2015). *Peau noire masques blancs*. Éditions Points.
370 MANNONI O. (1984). *Prospero et caliban : psychologie de la colonisation*. Ed. Universitaires.
371 FANON F. (2015), *op.cit.,* p. 104.

interprétation de la situation de Picard. L'ouvrage des psychanalystes Abram Kardiner et Lionel Ovesey, intitulé *The Mark of Oppression*[372] et publié en 1951, constitue un exemple d'analyse des effets des conditions sociales et politiques, à savoir la discrimination sociale et raciale vécue par les Afro-Américains dans le quartier de Harlem, sur le fonctionnement psychique des individus. Ainsi, tout comme celui de Fanon, l'ouvrage de Kardiner et Ovesey permet de souligner que l'approche psychanalytique n'amène pas nécessairement à occulter le rôle des conditions socioéconomiques sur le psychisme individuel. La problématique du fonctionnement familial instable dans les populations ethniques minoritaires est décrite par Devereux chez les familles amérindiennes et par Kardiner et Ovesey dans familles afro-américaines à Harlem. Les deux ouvrages soulignent en effet la forte tendance à une instabilité marquée des familles issues des minorités ethniques aux États-Unis, notamment en ce qui concerne les séparations parentales et l'absence du père. Pour autant, les auteurs divergent grandement sur les explications données à cette observation de terrain. Devereux souligne de son côté que cette fréquence de l'instabilité familiale constitue de fait une particularité culturelle des Indiens des plaines. Pour Devereux, il convient d'ailleurs de prendre en compte cette particularité culturelle dans la prise en charge d'Indiens des plaines, puisque les évènements liés à cette instabilité familiale vont s'avérer nettement moins traumatiques pour les Indiens que pour des Américains. De leur côté, Kardiner et Ovesey rejettent complètement toute explication culturelle, expliquant que l'instabilité familiale des familles minorisées s'explique avant tout par leur condition sociale, écrivant que « la structure familiale actuelle des Noirs en Amérique, loin de provenir de leurs racines africaines, résulte de l'adaptation sociale »[373]. Le déclassement social auquel sont confrontés les pères, du fait du fort taux de chômage chez les Afro-Américains, lié à la discrimination raciale à l'encontre des populations afro-américaines,

[372] KARDINER A. & OVESEY L. (2018), *op.cit.*
[373] *Ibid*, p. 38.

expliquerait leur tendance à quitter le domicile familial. Kardiner et Ovesey soulignent en effet que les femmes parvenaient plus facilement à trouver un emploi (dans le domaine du soin ou de l'hygiène), ce qui leur conférait un statut social légèrement supérieur à celui de leurs compagnons. Kardiner et Ovesey font remonter à la période de l'esclavage cette empreinte de la domination sociale sur le fonctionnement familial des familles afro-américaines, les femmes noires ayant notamment pu conserver un statut social supérieur aux hommes du fait qu'elles pouvaient être utilisées par les maitres blancs comme nourrices, ce qui les protégeait en partie des relégations sociales encore plus marquées auxquelles faisaient face les hommes. De son coté, Devereux voit dans ces constellations familiales la trace d'un fonctionnement ancestral, soutenu notamment par le fort caractère des femmes indiennes. Pour Kardiner et Ovesey, en revanche, écrire que « c'est comme ça parce que ça a toujours été comme ça » relève « de la simple pétition de principe inspirée par l'ignorance »[374].

3.3.2. L'ESPACE DU REVE

La voix du rêve, considérée par Freud comme « la voie royale qui mène à l'inconscient »[375], constitue également une voie royale pour contraindre au silence la voix historique et politique du rêveur. En inscrivant Picard dans le temps du rêve, Devereux le condamne à se trouver en permanence dans des interstices situés entre la réalité et l'onirisme, limitant de fait la possibilité de le considérer sous l'angle de la raison et de la vérité factuelle. Au contraire, cette voix du rêve et de l'inconscient constitue un double mouvement d'altérisation et d'exotisation, qui permet de le situer dans un cadre discursif qui n'est pas le même que celui de Devereux et qui s'affranchit des réalités sociales. Parce qu'il est un langage qui ne répond pas à la logique temporelle et spatiale du réel, le langage du rêve permet

[374] *Ibid,* p. 39.
[375] FREUD S. (1985), *op.cit.*

davantage qu'aucun autre d'asseoir l'hypothèse de l'irrationalité des supposés Autres. Circonscrire les minorités dans l'atemporalité et l'irréalité du rêve et de l'inconscient leur interdit toute possibilité de plaider pour leurs droits sociaux et politiques dans l'ici et le maintenant. Ainsi, pour Bensa, « si comme le dit Hugo, « rêver est permis aux vaincus », c'est bien parce que le marquage administratif, militaire et scientifique des dominés les prive de leur capacité à dire et à faire leur propre histoire. »[376]. L'herméneutique du rêve que déploie Devereux tout au long de *Reality and Dream,* au-delà de sa fragilité méthodologique et théorique, constitue un enjeu épistémologique important car en embrassant l'hypothèse de l'attachement particulier des Indiens des Plaines à l'onirisme, Devereux se situe d'autant plus facilement au dehors de la réalité sociale et politique de Picard.

Pour autant, le rêve ne contient pas en soi le renoncement à la prise en compte des problématiques sociales et politiques. Bernard Lahire écrit en ce sens que « si nos représentations mentales, consciences ou inconscientes, sont structurées par des rapports de pouvoir, le rêve doit pouvoir témoigner de l'existence de tels rapports »[377]. Il ajoute que « le monde social, qui est tramé par des rapports de domination et des luttes pour le pouvoir de natures variées, pénètre nécessairement le monde onirique »[378]. Le rêve peut en effet constituer une manière de faire ressortir la voix des opprimés, comme ont pu le faire par exemple Charlotte Beradt avec les rêves de citoyens allemands sous le troisième Reich ou Franz Fanon à partir des rêves des Malgaches. Ainsi, l'utilisation du rêve comme matériel psychique de compréhension du vécu d'un ou plusieurs individus ne confronte pas nécessairement à l'effacement des problématiques sociales, politiques ou économiques. Le rêve de l'orange que relate Picard lors de la vingt-et-unième séance démontre que l'univers du rêve peut constituer un espace d'expression d'expériences sociales et politiques significatives. Nous pouvons alors faire

[376] BENSA A., *LFE*, p. 14.
[377] LAHIRE B. (2018), *op.cit.,* p. 135.
[378] *Ibid*, p. 135.

l'hypothèse que le choix fait par Devereux d'une utilisation complémentaire de la psychanalyse et de l'anthropologie culturaliste constitue la principale explication à ce silence sur les questions socio-politiques et leurs retentissements.

3.3.3. LES LIMITES DU COMPLEMENTARISME

L'occultation faite par Devereux des questions socio-politiques et économiques semble pouvoir s'expliquer par la référence concomitante aux outils de la psychanalyse et de l'anthropologie. Le complémentarisme méthodologique, tel qu'il le théorisera quelques années plus tard dans *De l'angoisse à la méthode*, plutôt qu'offrir une réflexion féconde et complexe pourrait bien mener à une vision rigide et sclérosante, simplificatrice et rendue aveugle à la complexité des situations individuelles et de leurs contextes. Alors que Devereux écrivait que « le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable, il les coordonne »[379], force est de constater que *Reality and Dream* ne permet pas de faire rentrer dans le champ de la réflexion un certain nombre de données pertinentes, qui auraient sans doute été analysées par d'autres disciplines, telles que la sociologie ou l'économie, au profit de généralisations assez peu étayées, quand elles ne contredisent pas les observations empiriques. Bensa écrit en ce sens qu'« avec la psychologie, l'anthropologie est la science sociale la plus encline à tenir des propos généraux et totalisants qui auraient valeur de lois, soit à propos de larges ensembles, (tel peuple, telle culture, etc.), soit à propos de la société, voire de l'Humanité »[380]. Si Bensa ne dit rien des effets de l'approche couplée de l'anthropologie et de la psychanalyse, l'analyse de l'ouvrage de Devereux tend plutôt à en démontrer les limites. En articulant l'anthropologie kroeberienne et la psychanalyse freudienne, Devereux déploie une grille d'analyse préférant la généralisation à l'individualisation, la simplification à la complexité, le culturel à l'historique, le

[379] DEVEREUX G., *DAM*, p. 27.
[380] BENSA A., *LFE,* p. 8.

psychologique au sociologique. La manière dont Devereux use de généralités à la fois anthropologiques et psychologiques sur les Indiens des Plaines constitue en effet une limite importante aux hypothèses qu'il peut formuler sur la personnalité de Picard. Rappelons à ce titre que la catégorie ethnique « d'Indien des Plaines » correspondait en 1951 à plusieurs centaines de milliers d'individus, répartisen centaines de tribus différentes, disséminées sur plusieurs milliers de kilomètres carrés correspondant à près de deux-tiers du territoire des États-Unis.

Dan Sperber décrit dans son ouvrage *Le savoir des anthropologues*[381] l'existence de deux types de relativisme culturel, à savoir un relativisme moral et un relativisme cognitif. Sperber écrit notamment que « le relativisme doit, pour être pertinent, soutenir que sont culturellement déterminés les opinions, les intérêts et les techniques intellectuelles, mais aussi les concepts, les significations, voire les postulats fondamentaux mis en œuvre dans l'acquisition humaine des connaissances »[382]. Ainsi, le relativisme moral considère qu'il « n'existe pas de valeurs morales communes à tous les humains, tandis que le relativisme cognitif stipule l'absence de « réalité commune à tous les humains »[383]. Alors que Sperber s'étonne des « distances prises par les psychologues et les anthropologues »[384] les uns vis-à-vis des autres, Devereux apporte justement par le complémentarisme entre psychologie psychanalytique et anthropologie culturaliste une combinaison des deux types de relativisme culturel au profit d'une approche culturaliste aveugle aux réalités sociales.

[381] SPERBER D. (1982), *op.cit.*
[382] *Ibid*, p. 57.
[383] *Ibid*, p. 10.
[384] *Ibid,* p. 4.

3.3.4. L'ETHNOPSYCHIATRIE POSE-T-ELLE LES BONNES QUESTIONS ?

Les philosophes Bruno Latour et Isabelle Stengers ont ouvertement soutenu dans les années 1990 les thèses ethnopsychiatriques portées alors par Tobie Nathan. En janvier 1997, ils écrivaient ainsi dans une tribune du journal *Libération*, au sujet des controverses concernant le Centre Georges Devereux, que la haine suscitée par Nathan s'expliquait notamment par le fait qu'il ouvrait « trois chantiers […] décisifs pour l'avenir »[385]. Ils énumèrent alors trois questions que poserait, selon eux, l'ethnopsychiatrie, à savoir 1) « comment concevoir l'intégration des migrants en Occident ? », 2) « comment trouver la bonne méthode pour soigner, sans rendre archaïques toutes les autres méthodes ? » et 3) « comment, sans recourir à de grandes ruptures, concevoir ce que nous appelons la modernité ? ». Ainsi, l'ethnopsychiatrie situerait sa pratique dans une réflexion approfondie sur les questions politiques ou épistémologiques qu'elle soulève en apportant les clés d'une compréhension renouvelée à leur sujet. Latour et Stenglers écrivent que « Nathan n'est pas culturaliste » et qu'il « prouve que l'on peut produire d'autres dispositifs, exactement aussi ingénieux, artificiels, féconds que la psychanalyse ou la psychologie ». Il s'agit même de considérer que critiquer l'ethnopsychiatrie reviendrait à « perdre la chance de profiter des migrants pour redéfinir la République ». Dès lors, au-delà d'une simple pratique de soins, l'ethnopsychiatrie constituerait un enjeu épistémologique et politique qu'il convient d'analyser plus en détail. Comme l'écrivait Didier Fassin en 1999, nous faisons plutôt l'hypothèse « qu'à propos d'un indéniable problème des sociétés contemporaines », l'ethnopsychiatrie « formule de mauvaises questions et produit de mauvaises réponses »[386].

[385] LATOUR B. & STENGERS I. (1997), *op.cit.*
[386] FASSIN D. (1999), *op.cit*, p. 167.

Pour Latour et Stenglers, il s'agit de considérer que l'ethnopsychiatrie offre une nouvelle forme de connaissance qui cherche à « apprendre des migrants » en refusant de hiérarchiser les savoirs. Mais s'il s'avérait que l'ethnopsychiatrie promeut le savoir *de* l'autre, elle n'en demeure pas moins, et en première intention, une forme de savoir *sur* l'autre. L'ouvrage de Devereux pourrait constituer, davantage sans doute que ce que Devereux lui-même ne s'autoriserait (et ne nous autoriserait) à le penser, un objet politique fort inscrivant la parole pleine et entière d'un Américain natif dans le corpus scientifique américain, en pleine période de recul des droits des minorités amérindiennes au prix d'une politique assimilationniste aveugle aux particularités culturelles, historiques et sociales de milliers de citoyens. Pourtant, l'entreprise apparaît insuffisante justement parce que Devereux ne se contente pas de faire émerger une parole native au moment même où elle est tue et minorisée. Loin de s'inscrire dans un projet militant de reprise de pouvoir culturel et social des natifs, Devereux se situe dans le mouvement de l'anthropologie américaine et du savoir qu'elle a produit en plusieurs décennies sur ces derniers, rendant la frontière entre savoir *de* l'autre et savoir *sur* l'autre bien plus rigide et hermétique que certains de ses disciples ne voudraient le faire croire. La volonté de Devereux est avant tout scientifique, objective, issue d'un corpus et d'un réseau scientifique et universitaire établi qui n'a eu de cesse, depuis les travaux de Franz Boas à la fin du XIXème siècle, de produire un savoir anthropologique sur les natifs, sans qu'il s'interroge réellement sur la manière dont cette production savante s'inscrivait dans un réseau de pouvoir et de domination d'une minorité dominée sur le plan culturel et social. La rédaction d'un ouvrage sur la psychologie de l'opprimé, quand bien même elle se voudrait la plus objective et respectueuse possible, s'inscrit avant tout dans la lignée historique et scientifique de la production de savoirs anthropologiques sur un peuple dominé. Plutôt que précurseur d'un mouvement de contestation comme le fut le *Red Power,* théorisé entre autres par Vine Deloria Jr, Georges Devereux est l'héritier du mouvement anthropologique américain dont il constitue

l'un des derniers théoriciens. La fin de la politique assimilationniste américaine et les décès de Robert Harry Lowie en 1957 et d'Alfred Louis Kroeber en 1960, les deux directeurs de Devereux, marquèrent en effet le déclin des études anthropologiques américaines sur les natifs. On peut en effet considérer que l'ouvrage *Reality and Dream* pose la question de la reconnaissance des minorités ethniques dans les contextes de domination sociale au travers du rapport des minorités à l'institution hospitalière ou du rôle de la discrimination raciale. Pourtant, Devereux passe justement à côté de ces questions centrales dans l'expérience de Picard au profit d'une approche culturaliste et s'éloigne des réflexions politiques que Latour et Stenglers voudraient prêter à l'ethnopsychiatrie. Fassin écrivait à ce titre en 1999 que l'ethnopsychiatrie n'est pas seulement une institution qui néglige la réalité sociale des personnes migrantes, mais qu'elle était « surtout celle autour de laquelle s'organise le silence, celle qui permet aux autres institutions de se détourner en pensant bien faire, celle qui légitime leur désengagement au profit d'une approche culturaliste individualisée »[387].

En revenant sur la notion proposée par Bensa de « conditions politiques de connaissance de l'autre » il est par exemple intéressant de souligner que Devereux ne fait jamais référence à l'*Indian termination policy,* ou politique indienne d'assimilation, qui fut menée par les États-Unis à partir du milieu des années 1940 jusqu'au milieu des années 1960. Initié en 1945 sous la présidence d'Henry S. Truman, ce programme a été façonné par une série de lois et de programmes ayant pour objectif l'assimilation des Amérindiens dans la société américaine. L'idéal patriotique d'une nation unie au sortir de la Seconde Guerre mondiale a amené Truman à envisager l'assimilation des tribus indiennes comme le meilleur moyen de favoriser leur entière participation à la société américaine et d'améliorer leurs conditions de vie. La démarche thérapeutique entreprise par Devereux se situe ainsi en plein cœur d'un moment politique assimilationniste dont il ne fait jamais mention et que, pourtant, Picard évoque fréquemment

[387] *Ibid*, p. 169.

lorsqu'il s'arrête sur la situation sociale dégradée des natifs. Il est d'ailleurs intéressant de souligner que l'état du Kansas, où se trouve la *Menninger Foundation* à Topeka, compta parmi les plus répressifs à l'égard des natifs dans les suites de la loi Kansas de 1940 qui marquait l'octroi à l'État d'un pouvoir juridictionnel majoré sur les natifs, obligeant les tribus vivant sur le territoire du Kansas à se soumettre aux lois de l'État contrairement à la politique fédérale antérieure[388].

Au-delà de la critique des processus de fabrication de l'objet ethnopsychiatrique par Devereux, il convient ainsi de s'intéresser aux conditions concrètes de naissance et de diffusion de ce savoir sur l'Autre. Suivant les historiens Alice Bullard[389] et Emmanuel Delille[390], nous proposons de considérer l'ethnopsychiatrie comme un « savoir de transition » avec la psychiatrie coloniale de la première partie du XXème siècle. Plus précisément, nous faisons l'hypothèse que ce caractère transitionnel de l'ethnopsychiatrie fondée par Devereux au début des années 1950 constitue le point d'ancrage de son émergence dans la France des années 80 et 90. Comme le rappelle Fassin, la psychiatrie coloniale européenne a fourni de nombreux écrits racistes, cherchant à capturer la mentalité des peuples colonisés et à en démontrer toute la faiblesse morale et intellectuelle. Antoine Porot, médecin chef de l'hôpital de Blida à Alger a dédié sa carrière à la caractérisation de la « personnalité musulmane » qu'il décrit en termes de « primitivisme » constitutif et ayant comme principales caractéristiques « l'absence d'émotivité », le caractère « crédule et suggestible à l'extrême », « l'entêtement tenace », le « puérilisme mental, moins l'esprit curieux de l'enfant occidental ». John Colin Carothers, médecin colonial britannique, écrit quant à lui en 1954 que l'Africain est un « Européen

[388] WALD P. (1992). Terms of assimilation: legislating subjectivity in the Emerging Nation. *Boundary 2*, *19*(3), 77–104.

[389] BULLARD A. (2007). *Imperial networks and postcolonial independence: the transition from colonial to transcultural psychiatry*. In: MAHONE S. & VAUGHAN M. (eds) Psychiatry and Empire. Cambridge Imperial and Post-Colonial Studies Series. Palgrave Macmillan, London.

[390] DELILLE E. (2017), *op.cit.*

leucotomisé » (*i.e.,* lobotomisé) et voit dans la révolte du peuple Kikuyu à l'encontre du colonisateur britannique[391] le signe de « leur 'mentalité de la forêt' caractérisée notamment par un sentiment d'insécurité, tant vis-à-vis des groupes ethniques voisins qu'à l'égard des esprits maléfiques » entraînant « une tendance au secret et à la suspicion mais également une propension à la violence qui devaient marquer leur rébellion »[392]. La psychiatrie coloniale a ainsi cherché à offrir un cadre scientifique et objectif à la notion de mentalité prélogique des peuples colonisés globalement partagée dans les représentations des colonisateurs. Fassin écrit au sujet de la psychiatrie coloniale que « l'association d'un psychologisme sommaire et d'un culturalisme fruste permet de dédouaner le colonisateur tout en évitant une stigmatisation trop brutale des colonisés : la colonisation, loin d'être une réalité historique comportant des enjeux économiques et politiques, devient l'expérience psychique douloureuse d'une acculturation avortée »[393].

Comme nous l'avons vu, Devereux convoque également des savoirs issus de systèmes de domination culturelle et politique, qu'il s'agisse des savoirs de l'anthropologie américaine sur les Amérindiens ou de la notion de mentalité primitive construite par les récits de missionnaires dans les différentes colonies françaises. Si Devereux n'a jamais publié la moindre ligne sur son expérience auprès du peuple Sedang dans les années 1930 en Indochine dans l'actuel Vietnam, ce pan oublié de la biographie de l'auteur nous rappelle que le parcours de Devereux s'inscrit pourtant fortement dans l'histoire coloniale et du savoir construit sur l'Autre. On peut d'ailleurs envisager que des écrits sur la mentalité colérique, passive et insensible des

[391] « En 1954, le gouvernement britannique nomma un commissaire spécial pour enquêter sur la révolte Mau Mau qui, depuis le début des années 50, agitait le pays kikuyu, conduisant en 1952 à l'instauration d'un état d'urgence, durant lequel trente-deux colons européens, soixante-trois membres des forces de sécurité et onze mille cinq cents rebelles périrent : il s'agissait, selon les termes de la lettre de mission, de donner aux autorités coloniales, alors en train de réprimer le mouvement Mau Mau, les moyens d'en comprendre les fondements pour en gérer les suites politiques » (FASSIN D. (2000). Les politiques de l'ethnopsychiatrie, *L'Homme*, *153,* 231-250, p. 233).

[392] CAROTHERS J.C. (1954). *The Psychology of Mau Mau*. Government Printer.

[393] *Ibid*, p. 239.

Sedang, telle que Guerreiro les a récemment exhumés des archives non publiées de Devereux[394], auraient sérieusement entaché le traitement mémoriel dont il bénéficie. Son exil aux États-Unis a sans doute permis d'atténuer la perception de la dimension coloniale de ses écrits. On peut ainsi faire l'hypothèse que si son ouvrage avait porté sur un tirailleur sénégalais ou algérien, rencontré dans un hôpital français de Dakar ou d'Alger, les travaux de Devereux se trouveraient aujourd'hui davantage décriés. La figure du « tirailleur Amérindien » semble avoir ainsi davantage éveillé chez les lecteurs français l'idée d'un exotisme fécond que celle d'une forme de domination politique et scientifique telle qu'elle avait pu être déployée par la médecine coloniale européenne. L'ethnopsychiatrie proposée par Devereux pose pourtant de manière aiguë la problématique d'une éthique de la construction d'un savoir sur l'autre, nous rappelant comme le dit Fabian qu'« il n'y a pas de connaissance de l'autre qui ne soit aussi un acte temporel, historique et politique »[395]. Ainsi, la politique coloniale de territoire menée par les États-Unis à l'encontre des Américains natifs constitue, au même titre que le colonialisme européen, un contexte d'émergence de l'ethnopsychiatrie marqué par la domination politique et culturelle d'un peuple sur un autre.

Ainsi, envisager que l'ethnopsychiatrie puisse poser de bonnes questions, en y apportant de bonnes réponses, nécessiterait qu'elle interroge en profondeur les conditions historiques et politiques de son émergence, les rapports de pouvoir qu'elle institue et le contexte épistémologique dans lequel elle se situe. Les conditions coloniales et postcoloniales de son émergence ainsi que son appui sur le concept de mentalité prélogique théorisée par Lévy-Bruhl sont notamment à interroger. Nous verrons cependant dans le chapitre suivant que l'actualité de l'ethnopsychiatrie française ne s'inscrit nullement dans une quelconque remise en cause des concepts et de l'histoire de la discipline, au profit d'une auto-confirmation de son intérêt, au

[394] GUERREIRO A. (2007), *op.cit.*
[395] FABIAN J., *op.cit.,* p. 18.

détriment des évidences empiriques et des critiques apportées. A titre d'exemple, l'ouvrage collectif *Psychiatrie et migrations*, dirigé par Thierry Baubet et Marie-Rose Moro, contient un chapitre dans lequel l'auteur, Yoram Mouchenik, psychologue clinicien, critique la psychiatrie coloniale en soulignant son rapprochement avec les thèses de Lévy-Bruhl[396]. Or, la suite de l'ouvrage décrit le complémentarisme de Devereux comme le concept central de la « nouvelle psychiatrie transculturelle », sans interroger la filiation intellectuelle de ce dernier avec Lévy-Bruhl.

[396] BAUBET T. & MORO M.R. & Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. (2003). *Psychiatrie et migrations*. Masson, pp. 13-19.

3.4. CONCLUSION

Outres ses limites empiriques, nous avons démontré dans ce chapitre que l'analyse opérée par Devereux du cas de Picard s'inscrit dans une filiation intellectuelle avec les travaux du philosophe Lucien Lévy-Bruhl sur la mentalité prélogique. On retrouve dans l'hypothèse d'une supposée confusion entre rêves et réalité chez les Indiens des Plaines la trace explicite des écrits du philosophe français sur la prélogicité des dits primitifs. L'analyse de Devereux contrevient ainsi aux principes de l'anthropologie critique et de la philosophie du langage, notamment du principe de charité, par l'inflation interprétative et la réification que génère le complémentarisme entre psychanalyse et anthropologie. Devereux rapporte en effet les propos de Picard à des entités inobservables plutôt qu'aux réalités empiriques observables dans son expérience et postule une différence de mentalité, de logique et d'ontologie, par la confusion entre rêve et réalité supposément caractéristique de la personnalité ethnique typique des Indiens des Plaines.

Menée dans un contexte colonial particulier qu'est le colonialisme de territoire, la psychothérapie de Jimmy Picard s'inscrit également dans un rapport de domination culturelle et politique auquel Devereux demeure largement aveugle. En effaçant le contexte socio-politique d'énonciation des propos de Picard, au profit de l'atemporalité du rêve, de l'inconscient et de la culture, Devereux propose un savoir de transition, plutôt que de rupture, avec la psychiatrie coloniale européenne. A la frontière entre pensée de l'autre et pensée sur l'autre, Devereux occulte les « conditions politiques de la connaissance de 'l'autre' », selon les termes de l'anthropologue Alban Bensa.

Il convient de souligner que les intentions affichées par Georges Devereux dans *Psychothérapie d'un Indien des Plaines,* à l'instar de celle des ethnopsychiatres contemporains, sont ouvertement favorables aux populations autochtones ou aux personnes migrantes, dénuées

de préjugés racistes tels qu'ils étaient retrouvés dans la psychiatrie coloniale. Cependant, force est de constater que Devereux ne s'interroge pas en profondeur sur les conditions politiques et historique d'énonciation de sa théorie et de son action thérapeutique et que ce défaut semble perdurer dans les formes contemporaines de l'ethnopsychiatrie française.

CHAPITRE 4

QUELLE ACTUALITE POUR L'APPROCHE CRITIQUE DE L'ETHNOPSYCHIATRIE ?

Comme nous l'avons souligné précédemment dans ce travail, il pourrait apparaître anachronique de s'intéresser en 2023 à la critique d'un ouvrage rédigé il y a plus de 70 ans, dans un contexte scientifique et socio-politique bien différent de l'époque actuelle. En effet, reprocher à Devereux son manque de connaissance de théories qui lui seraient ultérieures ou encore son attachement aux idées scientifiques répandues à son époque pourrait rapidement s'avérer stérile et peu pertinent pour comprendre l'actualité d'une discipline se décrivant en perpétuel mouvement et se voulant être, comme l'ont écrit Bruno Latour et Isabelle Stengers, au plus près des enjeux culturels et socio-politiques modernes. Il convient cependant dans ce dernier chapitre de s'intéresser à la manière dont les héritiers de Georges Devereux utilisent aujourd'hui ses théories et d'envisager une des applications des critiques faites à *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* à des travaux ethnopsychiatriques plus récents. Créée en 2000, la revue *L'autre* constitue depuis vingt-trois ans la principale source de documentation et de production du mouvement ethnopsychiatrique français, sous la forme de numéros thématiques quadrimestriels. Les principaux tenants du courant y rédigent de manière régulière, le plus souvent en collaboration, des articles portant sur les thématiques électives de l'ethnopsychiatrie. La référence à Georges Devereux et au complémentarisme y est fréquente et se vérifie dès le premier éditorial de la revue, en 2000. Marie-Rose Moro écrit en effet sous le titre *Eloge de l'altérité* vouloir « sortir de la dichotomie désuète, l'universel contre le particulier, l'universel contre le culturel ». Il s'agit en effet pour Moro d'aller vers « une pensée et une méthode qui n'évitent pas la complexité du singulier et du collectif, de l'inconscient et

des appartenances, du même et de l'autre ». La méthode envisagée demeure celle du « complémentarisme, c'est-à-dire, comme le préconisait Devereux, être capables d'utiliser plusieurs référents de manière obligatoire mais non simultanée et donc pour cela reconnaître la spécificité de l'approche de l'autre »[397]. Comme nous l'avions évoqué précédemment, les travaux de Devereux ont trouvé en France un écho remarquable qui s'inscrit aujourd'hui dans un courant dont Didier Fassin a souligné les enjeux politiques et la force du réseau intellectuel[398]. Les questions de relativisme culturel, d'universalisme, d'altérité, d'approche psychanalytique des troubles sont ainsi positionnées au cœur d'une discipline se voulant résolument moderne et ancrée dans le présent des sociétés actuelles et de la mondialisation. La figure de l'autre, mise en avant dans le titre même de la revue, souligne cet attachement à l'identification et la compréhension des figures de l'altérité, de l'étranger et du non-familier.

Le modèle des consultations ethnopsychiatriques, développé par Tobie Nathan au sein du Centre Georges Devereux, repose sur l'accueil par plusieurs thérapeutes (psychologues, psychiatres, psychanalystes, interprètes) de personnes, le plus souvent migrantes, bénéficiant déjà d'un suivi dans le champ de la santé mentale ou du travail social et pour lesquelles la question du rôle de leur culture dans les troubles présentés se pose. Qu'il s'agisse de l'expression des troubles, des représentations de la maladie ou de la place des thérapies traditionnelles, les thérapeutes vont recevoir la personne ou la famille à plusieurs, afin de proposer une compréhension culturelle du problème rencontré. Le modèle est celui de l'association libre, permettant à chacun des thérapeutes de faire part au groupe, de manière libre et spontanée, des idées qui leur viennent concernant la situation exposée, en reposant le plus souvent sur les rêves des patients. Le documentaire *J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau*[399], réalisé en 2003, filme ainsi des séances de psychiatrie transculturelle menées par Marie-Rose

[397] MORO M.R. (2000), *op.cit*.
[398] FASSIN D. (1999), *op.cit.*
[399] PETIT-JOUVET L. (2002). *J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau*. Abacaris Film.

Moro au sein de l'hôpital Avicenne de Bobigny et débutant par la question suivante « Avez-vous rêvé ? »[400]. La réponse d'une des patientes, « j'ai rêvé d'une grande étendue d'eau », a donné son titre au film, alors qu'elle consulte pour son fils, Siaka, qui présente des troubles du comportement majeur et un retard de développement. Ainsi, le fait qu'il ne parvienne pas à s'asseoir lors de la séance donne lieu à un échange entre les « cothérapeutes » d'horizons culturels différents, l'un d'entre eux exprimant que dans son pays, à savoir l'Algérie, on dit que « si tu es perdu il faut t'asseoir » mais qu'il « est difficile de s'asseoir justement lorsque l'on est perdu »[401].

Les articles publiés depuis l'année 2000 dans la revue *L'autre* constituent un matériel de choix pour notre travail car ils permettent d'analyser la place que prend aujourd'hui le modèle établi par Devereux dans les pratiques de la discipline. Nous proposons ainsi de nous intéresser à trois articles publiés dans la revue au cours des dix dernières années, portant sur trois problématiques différentes (trouble psychiatrique de l'enfant, expérience des enfants des rues et situation d'adoption internationale) dans trois contextes géopolitiques et socioéconomiques différents (famille chinoise immigrée en France, mission humanitaire au Gabon et adoption en Belgique d'une jeune fille originaire du Maroc). Le choix des articles s'est ainsi fait dans l'optique d'analyser la manière dont les concepts et pratiques ethnopsychiatriques fondés par Georges Devereux s'étendent dans des situations différentes et sont mobilisés pour expliquer des réalités psychologiques ou sociales diverses, sans aucune remise en cause de la discipline ni évocation d'une quelconque limite à son utilisation. Nous avons choisi de nous consacrer à des articles publiés au cours des dix dernières années, afin de pouvoir démontrer l'actualité des théories de Devereux sans nous situer dans une temporalité trop éloignée. Les articles choisis datent ainsi respectivement de 2012, 2016 et 2018. De plus,

[400] ALEXANDRE S. (2009). J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau. *Hommes & Migrations*, *1282*, 196-197.
[401] *Ibid.*

nous ne rentrerons pas dans l'analyse de chacun des articles de manière aussi poussée que pour l'ouvrage de Devereux, l'objectif de ce dernier chapitre étant de démontrer la persistance de concepts et de pratiques culturalistes dans la psychiatre transculturelle française contemporaine. Enfin, au vu des critiques déjà formulées par Didier Fassin et Richard Rechtman à l'égard des travaux de Tobie Nathan, nous avons fait le choix de ne pas utiliser le matériel issu de ses ouvrages pour discuter l'actualité de l'ethnopsychiatrie. Tobie Nathan se situe en effet actuellement plutôt en marge de la psychiatrie transculturelle contemporaine, bien que ses travaux soient encore fréquemment cités comme nous le verrons.

4.1. REVES « TRADITIONNELS » DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE JEUNE FILLE D'ORIGINE MAROCAINE ADOPTEE

En 2012, la revue *L'autre* consacre son trente-huitième numéro à la question de l'adoption internationale. L'ethnopsychiatre belge Danièle Pierre y publie un article intitulé *Rêves et pensées traditionnelles : apaiser les orages d'une relation mère-fille*[402], dans lequel elle relate une psychothérapie menée auprès d'une jeune fille adoptée en Belgique, et de sa mère adoptive. Danièle Pierre s'appuie dans cet article sur la théorie freudienne des rêves et sur le complémentarisme de Devereux pour proposer une grille de lecture ethnopsychiatrique du cas de Soukaïna, « adolescente d'origine marocaine ». L'auteure écrit ainsi que « cette histoire illustre parfaitement la remarquable efficacité du discours culturel marocain pour élaborer la problématique personnelle de la mère comme de la fille adoptives ». Partant du postulat, étayé par des références anthropologiques datant de la seconde moitié du XXème siècle que « le rêve est très important dans la culture marocaine »[403] et est considéré « comme un voyage dans l'autre monde ou comme un message de l'au-delà », Danièle Pierre construit, à l'instar de Georges Devereux, son argumentaire sur l'interprétation de plusieurs rêves réalisés par la mère et la fille. Selon l'auteur, ces rêves permettent d'accéder à « 'une vision du monde' différente de la nôtre », constituant un « berceau culturel » partagé par la mère et la fille. Le rêve serait ainsi la voie d'accès privilégiée à cette « vision du monde traditionnelle » autant qu'un outil thérapeutique puissant permettant de retrouver « toute la cohérence de l'univers traditionnel

[402] PIERRE D. (2012). Rêves et pensées traditionnelles : apaiser les orages d'une relation mère - fille. *L'autre*, *13,* 171-180.

[403] L'importance du rêve dans un culture donnée constitue une sorte d'invariant de l'ethnopsychiatrie, puisqu'on peut lire dans d'autres articles de la revue *L'autre* que « dans la culture Kanak, les rêves tiennent une place considérable » (HMANA O., Guerraoui Z., Mouchenik Y. & Denoux P. (2018). La culture comme levier thérapeutique en milieu carcéral néo-calédonien. *L'autre*, 19, 71-80) ou qu'au Cambodge « les morts communiquent par l'intermédiaire des rêves » (GUILLOU A. (2018). Structuration rituelle de la relation défunts-vivants au Cambodge dans les morts individuelles et collectives. *L'autre*, 19, 267-275).

marocain » et de « donner un sens à la pathologie, qui s'organise tout à coup selon la logique traditionnelle »[404]. Tout comme Devereux souhaitait ramener Picard à la réserve, il s'agit à nouveau de ramener la mère et la fille à leur univers traditionnel pour redonner du sens à leurs expériences vécues et aux troubles de la jeune fille.

Ainis, Soukaïna est une jeune fille d'origine marocaine, adoptée par un couple belgo-marocain sans enfants, la mère adoptive étant elle-même marocaine, mariée à un belge. Le père est décrit comme plutôt absent et effacé, si bien que son rôle n'est jamais évoqué dans l'article une fois souligné le fait qu'il ne soit pas partie prenante de la thérapie engagée par la mère et la fille adoptives. La mère, née au Maroc, a perdu sa propre mère lorsqu'elle avait « treize ou quatorze ans », avant d'être exclue du domicile par la nouvelle femme de sa mère, ce qui aurait entraîné la migration vers la Belgique. Avant son départ, la jeune femme a été violée par un de ses frères, ce qui lui a laissé « un profond dégoût pour la sexualité, mais aussi pour elle-même ». Ne parvenant pas à avoir d'enfant, du fait notamment d'une quasi-absence de sexualité, le couple se lance dans une procédure d'adoption internationale, menant à l'adoption de Soukaïna[405]. Toute petite, Soukaïna a failli mourir de mort subite et « était déjà toute bleue » quand il a fallu « l'emmener d'urgence à l'hôpital et la réanimer ». Il est à noter que le couple décidera de ne pas annoncer à Soukaïna qu'elle est adoptée et que cette dernière l'apprendra « par hasard » à l'école primaire vers l'âge de « sept ou huit ans ». Soukaïna présente depuis ses quatorze ans un tableau clinique marqué par des troubles du comportements majeurs, à savoir « consommation de drogues et d'alcool, comportement sexuel débridé, automutilations […], fugues et tentatives de suicide »[406] pour lesquels elle bénéficie de soins psychiatriques jusqu'à ses dix-huit ans. Ces troubles ont débuté par un épisode de crise que Danièle Pierre décrit comme « une grande crise de possession par les djinns », puisqu'entre « deux crises

[404] PIERRE D. (2012), *op.cit,* pp. 177-178.
[405] L'âge auquel Soukaïna est adoptée et les conditions d'adoption ne sont pas mentionnés dans l'article.
[406] *Ibid*, p. 172.

convulsives », la jeune fille voyait des « ombres noires, des petits hommes noirs qui essayent de l'attraper »[407]. Alors qu'elle est placée dans un centre pour adolescents qu'elle devra quitter à ses dix-huit qui approchent[408], Soukaïna et sa mère sont adressées à la consultation ethnopsychiatrique de Danièle Pierre.

L'article est articulé autour de quatre rêves relatés par Soukaïna ou sa mère, survenus au cours de la thérapie ou antérieurement. Le première rêve, remémoré par Soukaïna lors de la première séance, est un cauchemar au cours duquel elle se voyait morte dans son lit et, lorsqu'elle essayait d'appeler sa mère adoptive pour qu'elle l'aide, s'apercevait que cette dernière aussi était décédée. Danièle Pierre demande à la jeune fille quand elle a déjà eu peur que sa mère ne meure, amenant Soukaïna à lui décrire une scène de dispute au cours de laquelle sa mère s'est mise en colère, l'a giflée, puis « est tombée à terre » dans la salle de bain. L'auteure interprète ce rêve sous un angle freudien comme « une forme de répétition, de remémoration de scènes éventuellement traumatiques » et sous un angle ethnopsychiatrique en exprimant à Soukaïna le fait qu'elle a le don de « 'voir des choses' dans ses rêves »[409]. Le second rêve est un rêve d'enfance de Soukaïna au cours duquel « une femme blanche avec un foulard blanc », présente dans « le rideau de la fenêtre », lui dit de sauter par la fenêtre pour la rejoindre. Ce rêve a eu lieu au moment où Soukaïna a appris par hasard son adoption, plongeant alors dans le chagrin et s'isolant dans sa chambre, si bien que la jeune fille pense que cette femme était sa mère biologique.

[407] *Ibid*, p. 172.

[408] L'auteure est ici particulièrement imprécise sur la réalité de ce « séjour prolongé » dont on ne sait pas s'il s'agit d'un placement social ou d'une hospitalisation en psychiatrie. Le fait que l'adolescente soit accompagnée par une psychologue lors de la première consultation ne permet pas d'en savoir davantage.

[409] On retrouve ici le mécanisme interprétatif utilisé par Devereux après le rêve initial de la chasse au renard qui lui fait dire que Picard le considère comme son « animal gardien ». L'explication culturelle est en effet avancée par le thérapeute et amorce une lecture culturaliste des rêves et des expériences vécues par le ou la patient(e).

Le troisième rêve est raconté par la mère lors d'une séance qui se déroule quelques semaines plus tard. Il s'agit d'un cauchemar au cours duquel elle se voit morte dans son lit, « poignardée en plein ventre pendant son sommeil ». L'ethnopsychiatre traduit ce rêve comme un « sacrifice » qui ferait écho à des sacrifices que réalisait la grand-mère dans « une sorte de sanctuaire pour protéger sa famille »[410]. Ce rêve a en réalité eu lieu quelques temps après un fait divers tragique qui a ébranlé la Belgique en 2007 et qui a vu une mère de famille, Geneviève Lhermitte, égorger ses cinq enfants avec un couteau avant de tenter de se suicider[411]. Craignant un risque de passage à l'acte de la mère sur la fille, Danièle Pierre considère qu'il y a urgence à faire quelques chose », quitte « à sortir de nos modèles d'interventions habituels », et remet une main de Fatima à Soukaïna et une à sa mère afin que ces objets thérapeutiques « appartenant au monde traditionnel marocain présentifient et matérialisent […] toute la vision du monde, tout l'univers du sens traditionnel », à savoir « l'interdit du meurtre et la protection divine contre ce qui échappe à la volonté humaine »[412]. Dès la séance suivante, il est décrit par l'auteur que la mère et la fille se sentent protégées par un ange et commencent à aller mieux. Mère et fille partent alors au Maroc pour suivre une thérapie traditionnelle auprès d'un fqih qui fait « prendre du miel et de l'huile d'olive, tout en récitant des prières » à la jeune fille. Elle finit par se tordre de douleur, car elle a « très mal au ventre » et le djinn est finalement « sorti dans les WC »[413]. Quelques temps plus tard, revenue en Belgique, Soukaïna se sent mieux, entreprend une formation professionnelle et sort régulièrement avec des amies.

Efficacité de l'approche ethnopsychiatrique, complémentarisme entre psychanalyse et anthropologie, place centrale donnée à l'interprétation des rêves. Il apparaît rapidement que le

---

410 *Ibid*, p. 174.

411 https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_Lhermitte.

412 Danièle Pierre s'appuie ici sur la notion développée par Tobie Nathan « d'objets actifs » qui sont utilisés dans les thérapies traditionnelles et « transfèrent leur poids de réalité aux éléments psychiques » (NATHAN T. (1990), De sable, de plomb, de cola. Ethnopsychanalyse des objets actifs. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, *15*, 21-38).

413 PIERRE D., *op.cit.,* p. 175.

« retour à Devereux » se déploie de manière très précise dans cet article rédigé trente ans après la publication en français de *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*, dont l'ensemble des ingrédients sont ici présents. Le fait que cet article soit publié par une ethnopsychiatre belge démontre que la psychiatre transculturelle française s'inscrit dans une communauté francophone internationale qui ne constitue en rien une école de pensée marginalisée, mais bien une pratique autorisée et partagée dont l'influence qu'observait Fassin à la fin des années 1990 apparaît plus que jamais d'actualité.

L'absence d'intérêt pour les facteurs sociaux ou économiques est ici particulièrement marquante, le niveau socio-économique de la famille ou les professions du père et de la mère n'étant jamais évoqués, et sans doute, jamais pris en compte par l'auteure, au profit d'une psychologisation de l'ensemble des évènements de vie. Par exemple, la migration de la mère est décrite comme une conséquence du remariage du père, sans que les conditions socio-économiques de cette émigration ne soient évoquées par l'auteure. On peut ainsi faire l'hypothèse que la mère adoptive de Soukaïna a bénéficié de l'accord bilatéral d'échange de main-d'œuvre entre la Belgique et la Maroc, signé par les deux pays en février 1964. Cet accord s'inscrivait dans une pénurie de main d'œuvre dans différents secteurs industriels et visait à permettre l'immigration de travailleurs marocains pour pallier ce manque. Cependant, cette question n'est pas du tout abordée puisque la profession de la mère n'est jamais évoquée, si bien qu'il s'avère impossible de savoir si elle travaille ou non et, si oui, quelle profession elle exerce.

La question du relativisme culturel est également très présente puisque Danièle Pierre tend à remettre en cause la pertinence du suivi psychiatrique réalisé pendant près de quatre ans auprès de Soukaïna, dont la crise initiale est décrite par l'auteure comme un épisode de possession par des djinns. S'il s'agit bien d'une crise convulsive, tel qu'écrit dans l'article, il s'avère que la période postcritique est marquée par des phénomènes hallucinatoires fréquents

auxquels il s'avère possible de donner tout type d'interprétation. S'il s'agit davantage d'une crise d'ordre psychiatrique, l'évolution des troubles sous forme de tentatives de suicide et d'automutilations, souligne l'existence d'une souffrance psychologique intense et d'un trouble manifeste. Le tableau présenté pourrait ainsi s'intégrer dans différents diagnostics psychiatriques de l'adolescent tels qu'un trouble oppositionnel avec provocation, un trouble des conduites ou un trouble de personnalité borderline[414]. Au-delà de la question diagnostique, que nous ne pourrons trancher au vu du trop faible nombre d'informations cliniques données par l'auteure, les études internationales rapportent une prévalence très importante de troubles du comportement chez les adolescents adoptés, d'autant plus marquée s'ils présentaient des troubles préalables à l'adoption[415].

Enfin, on retrouve, tout comme chez Devereux, un choix des évènements traumatiques jugés probants dans l'histoire des deux patientes, avec cette idée implicite que ceux ayant une forte valeur culturelle supposée seraient plus significatifs. Il est ainsi particulièrement marquant que la découverte pour Soukaïna du fait qu'elle est adoptée à l'âge de six ou sept ans, dont on peut aisément imaginer l'impact développemental majeur chez une petite fille qui perd soudainement tout repère, l'épisode de mort subite à son plus jeune âge, ou encore le viol de la mère par un de ses frères ne semblent pas intéresser outre mesure l'ethnopsychiatre. L'abondance de rêves évoquant la mort se comprend ainsi aisément au vu des différentes épisodes de confrontation directe ou indirecte à la survie et la mort pour la jeune fille et sa mère.

Il est à noter que le rôle donné aux thérapies et objets traditionnels s'inscrit davantage dans la filiation de Nathan que celle de Devereux, ce dernier s'étant toujours montré critique à l'égard

[414] Ces trois diagnostics, relativement fréquents chez l'adolescent, sont tous marqués par des troubles du comportement importants, pouvant prendre la forme d'auto- ou d'hétéro-agressivité, dont l'intensité et les modalités vont varier en fonction du diagnostic précis. Il est à noter également que ces diagnostics peuvent être retrouvés concomitamment chez un même adolescent.

[415] JUFFER F., & van IJZENDOORMI M.H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. *JAMA*, *293*(20), 2501–2515.

de l'utilisation d'objets traditionnels dans la psychothérapie ethnopsychiatrique[416]. Ce syncrétisme entre les approches de Devereux et de Nathan démontre que l'influence de ce dernier, cible des critiques de Fassin et Rechtman, demeure prégnante dans l'ethnopsychiatrie contemporaine. A ce titre, le potentiel rôle favorable du retour au Maroc, plutôt qu'un effet supposé des thérapies traditionnelles, pourrait s'inscrire dans le cadre du phénomène dit du bais du saumon (*salmon bias*) qui veut que les personnes malades retournent dans leur pays d'origine pour bénéficier d'un soutien social par les membres de la famille et de la communauté[417]. Dans le cas de Soukaïna, Daniel Pierre souligne notamment que la mère et la fille ont passé du temps au sein de la famille de madame pendant ce séjour au Maroc, ce qui a permis de renouer avec certains membres de la famille perdus de vue.

[416] Dans la préface de la réédition de *Reality and Dream* en 1968, Devereux écrit ainsi que ses travaux ne peuvent pas laisser de doutes sur son attitude « face à la pratique courante qui consiste à employer des sorciers guérisseurs comme personnel traitant dans certains hôpitaux des pays dits »sous-développés » et de les appeler des « psychiatres traditionnels » et des « collègues ». (DEVEREUX G., *PIP*, p. 46).

[417] DI NAPOLI A., Rossi A., Alicandro G., Ventura M., Frova L. & Petrelli A. (2021). Salmon bias effect as hypothesis of the lower mortality rates among immigrants in Italy. *Scientific Reports*, *11*(1), 8033.

4.2. L'ACCUEIL DES FAMILLES CHINOISES

Publié en 2018 dans le numéro intitulé *Cliniques transculturelles 4*, et signé par deux psychologues et un psychiatre, l'article *Accueil des familles chinoises en consultation transculturelle*[418] s'intéresse au cas d'une famille chinoise reçue pendant quatre ans en consultation transculturelle au sein de l'Hôpital Avicenne de Bobigny. Un total de seize séances a ainsi été réalisé pendant quatre ans, à raison d'une consultation tous les deux à trois mois. Le dispositif transculturel utilisé est celui habituellement proposé à l'hôpital Avicenne, prenant la forme de séances familiales menées par un groupe de plusieurs thérapeutes. Ici, le groupe de thérapeutes était composé « d'un thérapeute principal, d'une co-thérapeute psychologue, d'une interprète stagiaire parlant le mandarin et de cinq stagiaires étudiants en psychologie de diverses origines culturelles, chinoise, kabyle, marocaine, camerounaise, srilankaise, française », soit un total de huit personnes. La famille Hui a ainsi été reçue par deux des auteurs de l'article dans le contexte de mutisme extrafamilial[419] des deux enfants aînés, âgés de sept et quatre ans, qui ne parlaient pas dès qu'ils étaient en dehors de la maison. Les parents sont arrivés en France au début des années 2000 et le mariage a été arrangé entre les deux familles depuis la Chine. De leur union sont nés quatre enfants, de sept, quatre, trois ans et deux mois au début des consultations. Cet article vise ainsi à décrire le dispositif transculturel d'accompagnement des familles chinoises proposé à l'hôpital Avicenne et son ancrage historique dans l'ethnopsychiatrie française et la psychanalyse. Tout comme chez Devereux, on retrouve ici aussi la volonté de ramener les individus à leur supposés croyances culturelles ancestrales, malgré le peu d'importance que peuvent leur donner les premiers concernés. Les auteurs de

[418] PHILIPPE FONG E., Simon-Radinez A. & Delanoë D. (2018). Accueil des familles chinoises en consultation transculturelle. *L'autre*, *19*, 53-61.

[419] Le mutisme extrafamilial ou mutisme sélectif est une pathologie de l'enfant s'exprimant par un mutisme de l'enfant dès lors qu'il se trouve en dehors du cercle familial. Fréquent chez les enfants migrants, ce trouble est plutôt de bon pronostic et répond bien à une prise en charge psychothérapeutique (HUA A., & MAJOR N. (2016). Selective mutism. *Current opinion in pediatrics*, *28*(1), 114–120).

l'article écrivent ainsi qu'ils n'ont « pas pu amener la famille à évoquer les étiologies 'traditionnelles', faisant intervenir le monde animiste, les âmes des ancêtres et les entités invisibles qui existent pourtant dans la culture chinoise comme dans d'autres cultures »[420]. L'utilisation du rêve comme matériel interprétatif et heuristique est également à nouveau présente et se confronte aux mêmes limites que chez Picard, à savoir que « Madame quant à elle ne se rappelle plus ses rêves ou ne souhaite pas en parler ».

Cet article permet également de démontrer la tendance à insister sur les supposés particularismes culturels, à partir de signaux faibles et d'une vision stéréotypée de la culture. On peut ainsi lire que « dans la culture chinoise, le groupe familial est uni, soudé et loyal » que « chaque individu du groupe familial doit honorer une hiérarchie et respecter un mode de communication particulier », que « les proverbes représentent la sagesse culturelle de l'autorité » ou encore que « sur le plan subjectif, les affects sont donc peu exprimés », ce qui « correspond de fait à un ethos de la culture chinoise ». La description de la personnalité chinoise comme celle d'une personne montrant peu ou pas ses émotions, baignée dans les proverbes ancestraux et se pliant au primat de la hiérarchie familiale se trouve ainsi dépeinte en quelques pages, sans aucune remise en cause réflexive de cette approche caricaturale. L'innocuité de l'approche culturaliste n'amène pas non plus les auteurs à s'interroger sur les réelles limites de leur pratique, que ce soit lorsque la mère de famille ne souhaite pas évoquer ses rêves ou que le constat est fait que la famille n'évoque pas les « étiologies traditionnelles » comme cause des maux de ses enfants. Les auteurs écrivent même « les thérapeutes se sentent déçus, car ils espéraient une expérience enrichissante pour les enfants, en établissant un lien entre ici et là-bas »[421].

[420] PHILIPPE FONG E. *et al.* (2018)*, op.cit.,* p. 56.
[421] *Ibid*, p. 56.

Plus marquant encore, l'absence de référence à des modèles culturels ancestraux constitue un point d'inquiétude pour les auteurs qui écrivent « comme si les modèles traditionnels, populaires ou savants, étaient inexistants ou plutôt comme si avaient disparu ces éléments de la culture animiste et populaire que sont les esprits, génies, âmes, démons, guérisseurs, devins et autres sorciers pouvant figurer les interactions et projections familiales conscientes et surtout inconscientes comme l'enfant ancêtre des cultures animistes africaines ou l'enfant possédé par un djinn des cultures du Maghreb »[422]. Les auteurs s'inquiètent du fait que les représentations de la famille au sujet de leur enfant se situaient « dans un registre que nous pourrions décrire avec des mots de notre culture professionnelle comme très physiologique, voire 'neurologique', et très peu affectif et encore moins 'psychique' »[423], ce qu'ils pensent pouvoir être dû « à l'origine sociale de la famille ou encore à l'Histoire de la Chine »[424].

Les travaux récents sont pourtant nombreux sur le mutisme extrafamilial, ses causes et son traitement. Les auteurs s'étonnent notamment du fait que « la famille n'avait aucune idée du sens réel des consultations transculturelles » et que lorsque, après trois ans de séances, « le thérapeute principal prend alors le temps d'expliquer sur un mode très pédagogique ce qu'est le mutisme extra-familial : définition, hypothèses étiologiques et thérapeutiques, en insistant sur le rôle de la consultation groupale »[425], « prendre le temps d'expliquer les manières de faire « ici », avait permis à la famille « de se faire une idée de notre propre représentation professionnelle de l'enfant, de son psychisme » et que cela « ouvrait un dialogue »[426]. Ainsi, il

[422] *Ibid*, p. 56.
[423] *Ibid*, p. 56.
[424] *Ibid*, p. 58.
[425] *Ibid*, p. 55.
[426] *Ibid*, p. 58.

est décrit qu'à partir de cette séance une meilleure entente s'est installée avec la famille, après qu'aient été explicités « la nature du mutisme extra-familial et le sens des consultations ».

Ne doutant pas de l'efficacité de leur prise en charge, les auteurs écrivent ainsi que « le dispositif a offert aux enfants un étayage et une enveloppe groupale multiculturelle et multi-ethnique légitimant l'altérité, où ils ont pu symboliser, penser, créer des liens avec les membres du groupe en présence de leurs parents dans un espace où ceux-ci étaient reconnus et entendus »[427]. Nullement inquiets des limites de leur approches, ils peuvent ainsi écrire qu'« avec trois autres familles chinoises, dont deux provenaient de la même région, nous avons affronté des difficultés et des contre-transferts semblables »[428]. A chaque fois le constat est le même, les représentations culturelles traditionnelles sont « absentes », et les émotions restent « contrôlées ou refoulées » sans que les auteurs ne s'interrogent sur la pertinence de s'attacher aussi fortement à des représentations culturelles. Le cadre même des consultations transculturelles, au cours desquelles jusqu'à huit thérapeutes sont présents est discuté, mais jamais réellement remis en cause. Ainsi, si « les Chinois vivent comme une humiliation le fait de se retrouver dans une position qui révèle leur part d'impuissance ou leur ignorance »[429] et qu'« un grand groupe peut également impressionner et être intimidant surtout dans les premières séances », les auteurs expliquent avoir tout au plus « veillé à ce que le groupe ne soit pas trop nombreux dans les premiers temps puis[qu'] au fur et à mesure des consultations, certaines familles acceptaient le grand groupe »[430].

Hypostase et réification de la culture et effacement des conditions socio-économiques se retrouvent de manière tout aussi caricaturale que chez Georges Devereux ou Danièle Pierre, ce malgré les travaux plus récents de l'anthropologique critique et de la philosophie, ou les

[427] *Ibid*, p. 56.
[428] *Ibid*, p. 57.
[429] *Ibid*, p. 59.
[430] *Ibid*, p. 60.

connaissances actuelles dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie. L'auto-justification de l'efficacité du dispositif apparaît d'ici encore plus discutable que chez Devereux car elle ne fait jamais appel à des références actualisées sur la compréhension des troubles mentaux, du développement de l'enfant et des enjeux culturels et interculturels en santé mentale. Les difficultés systématiquement rencontrées avec les familles chinoises n'amènent ainsi à aucune remise en cause du modèle, mais viennent le renforcer davantage. L'absence d'évocation par les familles de représentations culturelles apparaît comme un symptôme à traiter, preuve d'une souffrance ou d'un traumatisme majeur dont il faudrait les guérir pour leur permettre de retrouver leur univers de sens et leur vision du monde. Le constat que les thérapeutes n'ont pu amener la famille à évoquer le monde des esprits et les entités invisibles tout comme le fait que la mère de famille, à la manière de Picard, ne se rappelle pas ses rêves, ni ne souhaite les remémorer, signent pour les auteurs un échec décevant qui n'amène cependant pas à une remise en cause des procédés de l'ethnopsychiatrie. Le fait de recevoir à plusieurs adultes des enfants souffrant de mutisme extra-familial n'est jamais réellement interrogé non plus, sinon pour y voir le signe d'une forme de timidité supposément typique de la personnalité chinoise.

4.3. LES ENFANTS DES RUES AU GABON

Un troisième article, rédigé par une psychologue et intitulé *Famille entre cultures : la rue, une solution pour l'enfant des rues au Gabon ?*[431] *est* publié en 2016 dans le numéro *Enfants dans les rues du Monde*. En s'appuyant sur l'histoire d'Obiang, un jeune adolescent des rues, et de sa mère, madame Mba, désemparée face à la situation, l'auteure soutient la thèse d'une explication culturelle à la problématique des enfants des rues au Gabon. Ignumba écrit ainsi que « c'est le télescopage culturel entre deux modèles culturels complètements opposés qui expliquerait la fragilité familiale au Gabon » et donc l'augmentation des problématiques de vie à la rue d'enfants qui se trouveraient perdus face cette perte de référence culturelle stable.

L'auteure décrit l'augmentation du nombre d'enfants vivant dans la rue au Gabon depuis la fin du XXème siècle. Tout comme le fait Devereux pour la situation socio-politique des Indiens des Plaines, l'auteure décrit ici aussi le contexte socio-économique en écrivant que « la problématique des enfants des rues au Gabon est à situer dans les années 80, car, entre 1973 et 1985, le Gabon va connaître une grande prospérité économique puis une période de crise économique »[432]. Cette description de la situation économique et politique du pays constitue cependant la seule incursion dans une recherche d'explications non-culturelles à la problématique des enfants des rues au Gabon, et ne fera plus l'objet dans l'article d'aucune mention ou analyse.

Obiang est éduqué par sa mère et son beau-père, n'ayant plus de contact avec son père. Fugueur et mythomane, il vit dans la rue, expliquant, selon sa mère, à qui veut l'entendre qu'elle l'a abandonné pour partir vivre dans un autre pays avec son mari. Les tentatives de lui venir en aide se sont révélés infructueuses au fil des années et madame Mba ne sait plus comment faire

[431] IGNOUMBA S. (2016). Famille entre cultures : la rue, une solution pour l'enfant des rues au Gabon ?. *L'autre*, 17, 283-288.

[432] *Ibid*, p. 283.

avec ce fils délinquant. Le père d'Obiang n'est d'aucun secours et se désintéresse totalement de la situation de son fils. La situation de monoparentalité de madame Mba la confronte à la difficulté de proposer un cadre éducatif stable pour son fils et le modèle familial gabonais lui rend la tâche encore plus difficile, car son rôle auprès de son fils est mis à mal par le fait qu'elle ne soit pas dotée, c'est-à-dire qu'elle ne soit pas officiellement reconnue par la famille du père biologique de l'enfant. Elle manque dès lors de soutiens vers qui se tourner pour ramener son fils à la maison et à des comportements plus apaisés.

Le familialisme cher à la psychanalyse et à l'ethnopsychiatrie s'associe ici à une vision caricaturale de la famille traditionnelle gabonaise, qui reposerait sur le « modèle organisationnel de la société gabonaise qui prône le communautarisme »[433] au sein duquel « l'enfant est vu comme un héritier du clan, car sa venue permet de pérenniser la lignée et d'immortaliser les ancêtres »[434]. Or, cette architecture familiale se trouverait confrontée au « modèle capitaliste occidental, s'inscrivant ainsi dans le modèle individualiste »[435]. Pour l'auteure, « la rue serait l'issue par défaut pour échapper à cette désintégration » familiale et « l'enfant de rue serait l'une des conséquences de ce « mariage raté » entre les deux cultures »[436]. « L'incohérence entre deux registres culturels » signerait ainsi l'incommensurabilité entre ces deux cultures, au risque d'un péril psychique majeur pour les familles et leurs membres.

L'effacement du contexte socio-économique et les biais familialistes et culturalistes sont ici particulièrement présents pour soutenir une hypothèse culturaliste qui apparaît excessivement simpliste en vue d'expliquer la situation complexe d'un adolescent dans un contexte socio-économique et politique particulier. Cette hypothèse proposée par l'auteure d'une

[433] *Ibid*, p. 283.
[434] *Ibid*, p. 284.
[435] *Ibid*, p. 285.
[436] *Ibid*, p. 286.

incommensurabilité supposée entre une culture traditionnelle et une culture moderne semble en effet bien fragile pour constituer une explicitation satisfaisante et réellement pertinente. Le problème des enfants des rues constitue en effet une problématique complexe sur laquelle les ONG se penchent avec acuité depuis de nombreuses années[437]. Le rapport de l'ONG UCGL Africa souligne notamment le rôle de facteurs tels que « la maltraitance parentale et domestique, [...] l'inceste et de la pauvreté », ainsi que « l'urbanisation, […] (l)es catastrophes naturelles, (la sécheresse, les ouragans...) » ou encore « les […] guerres et (les) conflits » dans le phénomène des enfants des rues en Afrique.

Cet article repose les conditions du débat sur la capacité de l'ethnopsychiatrie à poser les bonnes questions sociales et politiques et à y répondre adéquatement. En exportant son cadre interprétatif dans un autre contexte, l'ethnopsychiatre s'essaie ici à proposer une analyse du phénomène complexe des enfants des rues dans le monde. Elle parvient à déployer son cadre culturaliste et familialiste en maintenant son aveuglement au sujet des causes sociales et géopolitiques d'une expérience dramatique vécue par de nombreux enfants. Loin de poser les bonnes questions, l'ethnopsychiatrie éloigne dans ce cas le débat d'une réflexion approfondie sur les causes multiples et complexes qui mènent au phénomène des enfants des rues au profit d'une explication simpliste d'une problématique sociale et géopolitique majeure.

[437] UCLG Africa, Rapport d'analyse de la situation des enfants de la rue en Afrique, Octobre 2018 : https://knowledge.uclga.org/IMG/pdf/rapport_analyse_situation_enfants_des_rues-campagne_refela-cglu_afrique_1_.pdf.

4.4. CONCLUSION

Ces trois cas cliniques démontrent que les préceptes de Devereux perdurent dans l'univers ethnopsychiatrique français actuel. Les biais culturalistes et familialistes, ainsi que l'effacement de la condition socio-économique, demeurent ainsi très présents dans la méthodologie proposée par la psychiatrie transculturelle telle qu'elle est déployée dans la revue *L'autre*. Plus marquant encore, l'idée d'une mentalité prélogique semble trouver une inquiétante résurgence lorsqu'il s'agit de décrire l'importance supposée des rêves chez les populations marocaines ou chinoises ou l'incommensurabilité des cultures pour analyser des phénomènes sociaux complexes. Si ces positions apparaissent plus nuancées chez certains auteurs de la psychiatrie transculturelle, il n'est pas anodin de voir se déployer sous les atours de la scientificité d'une revue professionnelle des considérations qui devraient se trouver cantonnées à l'histoire de l'anthropologie et de la psychologie.

CONCLUSION

Nous avons montré dans cette première partie que les biais interprétatifs de la méthode ethnopsychiatrique développée par Georges Devereux à partir de son ouvrage *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*, publié en 1951, sont à la fois trop nombreux et trop conséquents pour que le complémentarisme puisse constituer une piste viable pour la prise en charge psychothérapeutique des populations migrantes. Contrevenant aux principes de l'anthropologie critique et de la philosophie du langage, notamment du principe de charité, l'analyse que développe Devereux à partir du cas de Picard ne résiste pas à une analyse empirique et théorique approfondie. Les deux hypothèses centrales de la confusion entre rêve et réalité et de l'importance donnée aux rêves par Picard sont en effet contredites par la lecture des *verbatim* disponibles dans l'ouvrage et peuvent être réfutées à la lumière des travaux critiques de l'anthropologie et de la philosophie au sujet des concepts de culture et de mentalité.

Il convient de souligner que la prise en compte des problématiques culturelles auxquelles font face les populations migrantes constitue l'un des enjeux majeurs d'interprétation et de compréhension de l'adversité à laquelle elles sont soumises. Il ne s'agit ainsi pas d'évacuer la question de la prise en charge psychiatrique ou psychologique des personnes migrantes ni de nier l'existence de différences culturelles, mais bien de reposer les termes du problème au travers d'autres approches théoriques et pratiques plus pertinentes pour y répondre. Nous avons en effet démontré dans cette première partie les limites empiriques et théoriques importantes du modèle établi par Devereux en vue d'ouvrir la voie à une lecture philosophique renouvelée de la santé mentale des populations migrantes.

De plus, l'exotisme psychologique et anthropologique de Devereux, imprégné de la théorie de Lucien Lévy-Bruhl sur la supposée mentalité prélogique des primitifs et de l'inflation

interprétative offerte par le complémentarisme entre psychanalyse et anthropologie, aurait pu rester cantonné à l'histoire des sciences si l'ethnopsychiatrie française s'était attelée à proposer une réflexion critique sur les travaux de Devereux. Ce travail de reprise aurait pu permettre de dégager d'autres pistes de compréhension qui sont amorcées par celui qui est considéré comme le fondateur de l'ethnopsychiatrie. La mention faite par Devereux de la problématique de la discrimination raciale aurait notamment dû mener dans les suites de ses travaux à une réflexion plus poussée sur le rôle des facteurs sociaux dans l'altération de la santé mentale des personnes migrantes. En effet, sans nier totalement le rôle du contexte social, Devereux propose cependant une approche culturelle déconnectée des aspects politiques et sociaux. Il convient dès lors de fonder un cadre renouvelé de compréhension des questions de santé mentale prenant en compte à la fois les problématiques sociales et culturelles.

Afin de dégager d'autres pistes de travail centrées sur l'impact des déterminants socio-culturels sur la santé mentale des personnes migrantes, nous déploierons dans la seconde partie de cette thèse une réflexion autour des connaissances scientifiques actuelles issues des travaux en épidémiologie, en psychiatrie ou en psychologie pour proposer une approche des inégalités sociales de santé mentale auxquelles sont soumises les populations migrantes sous l'angle de la justice sociale. Alors que la reconnaissance des identités minorisées constitue en effet aujourd'hui une thématique élective de la philosophie, qu'il s'agisse de s'intéresser aux questions de genre, de race ou d'orientation sexuelle, il conviendra notamment d'interroger la pertinence des théories philosophiques de la reconnaissance pour fonder une approche philosophique de la santé mentale des personnes migrantes. En posant les termes du débat autour de la seule reconnaissance des différences culturelles, le risque apparaît en effet majeur,

comme l'écrit Magali Bessone, de « conduire à une simple reformulation en termes culturels des inégalités et dominations mises en place et justifiées en termes raciaux »[438].

[438] BESSONE Magali (2013). *Réaliser la justice raciale : multiculturalisme ou théorie critique des races ?* In : GUERARD DE LATOUR S. (Eds.). Le multiculturalisme a-t-il un avenir ? Hermann.

PARTIE II

LA SANTE MENTALE DES PERSONNES MIGRANTES AU PRISME DE LA JUSTICE SOCIALE

La déconstruction de l'approche ethnopsychiatrique que nous avons opérée dans la première partie de la thèse nous engage à envisager d'autres modèles de compréhension et de prise en charge des personnes migrantes dans le cadre spécifique de la santé mentale. Les nombreuses limites du modèle ethnopsychiatrique développé par Georges Devereux et ses élèves nécessitent en effet de reconstruire un ou des modèles qui soient davantage adaptés à cette problématique, en portant un intérêt conjoint aux enjeux culturels et sociaux. Si l'effacement des conditions sociales et la disjonction entre approche culturelle et approche sociale apparaît comme l'un des principaux écueils de l'approche ethnopsychiatrique française, il convient alors de proposer une explication qui repose sur l'identification et la compréhension du rôle des facteurs sociaux ainsi que des facteurs culturels dans le cadre de la santé mentale des personnes migrantes. Nous faisons l'hypothèse qu'une approche compréhensive de la santé mentale des personnes migrantes sous l'angle des déterminants sociaux de santé permettrait notamment de refonder en profondeur les théories et pratiques orientées vers la santé mentale des personnes migrantes.

Cette seconde partie s'attachera ainsi à dégager les enjeux de justice sociale soulevés par la problématique de la santé mentale des personnes migrantes, en s'appuyant sur les notions d'inégalités sociales et de déterminants sociaux de la santé. Dans le premier chapitre de cette seconde partie, les données épidémiologiques disponibles nous amèneront ainsi à envisager le rôle délétère des conditions d'accueil et de la discrimination raciale, ainsi que d'autres facteurs sociaux et culturels, sur la santé mentale des personnes migrantes. Nous discuterons ensuite de la pertinence de proposer une approche philosophique des déterminants sociaux de la santé des personnes migrantes sous l'angle de la justice sociale, en comparant l'intérêt respectif d'approches philosophiques centrées sur les problématiques de reconnaissance et de redistribution. Le second chapitre discutera ainsi les approches centrées sur la reconnaissance développées par Emmanuel Renault dans le champ de la psychiatrie et de Charles Taylor au

sujet du multiculturalisme. Les limites importantes de ces approches nous amèneront à nous intéresser dans un troisième chapitre aux théories distributives de la justice sociale en santé établies par Norman Daniels, à partir des théories rawlsiennes de la justice, et par Sridhar Venkatapuram qui s'appuie sur l'approche par les capabilités fondée par Amartya Sen et Martha Nussbaum. Nous discuterons notamment leurs implications et limites respectives dans le débat sur la justice sociale en santé, en nous focalisant sur la problématique de la santé mentale. A ce titre, nous proposerons dans le chapitre conclusif de fonder une approche philosophique de la santé mentale des personnes migrantes articulant l'approche rawlsienne de la justice sociale en santé développée par Norman Daniels avec la définition du trouble mental établie par Jerome Wakefield. Nous montrerons notamment que la complémentarité théorique et pratique de leurs approches permet d'envisager une philosophie normative orientée vers la responsabilité sociale en santé et la délibération politique, prenant en compte les enjeux de justice sociale en termes de redistribution et de reconnaissance tout en offrant une définition du normal et du pathologique dans le champ de la santé mentale. Nous tâcherons de démontrer que la primauté donnée aux déterminants sociaux de la santé, et notamment à la discrimination raciale, constitue un paradigme renouvelé de la santé mentale des personnes migrantes.

CHAPITRE 5

LA SANTE MENTALE DES POPULATIONS MIGRANTES ET DES MINORITES ETHNIQUES : ETAT DE L'ART

La santé mentale des personnes migrantes a constitué, à compter du début du XXème siècle, une thématique importante dans les politiques de santé publique des pays accueillant d'importants contingents de populations immigrées. A ce titre, le centre de réception d'Ellis Island, ouvert à New-York de 1892 à 1954, au sein duquel les primo-arrivants aux États-Unis se voyaient soumis à un examen administratif et sanitaire, a amené les médecins menant les examens à décrire avec précision la manière de détecter tout signe d'anomalie physique ou mentale chez les nouveaux arrivants. Ainsi, les rapports du service de Santé Publique d'Ellis Island décrivent comment l'examen psychiatrique des nouveaux arrivants devait constituer un moment important du processus de l'examen médical. Observation du comportement, attention portée à la tenue vestimentaire ou analyse de la manière de s'exprimer constituaient ainsi des compétences attendues chez les médecins examinateurs. Le médecin américain Eugène Hagan Mullan écrit par exemple dans un article, publié en mai 1917 dans la revue *Public Health Reports*, que lors du passage à Ellis Island « tous les efforts sont faits pour détecter des signes et symptômes d'une altération mentale ou d'un trouble psychiatrique », la détection de la moindre « anomalie mentale » devant mener à un « examen plus poussé »[439]. La recherche de signes de « psychoses maniaques », de « dépression psychotique », d'alcoolisme, ou de démences devaient ainsi débuter dès l'arrivée des immigrés dans la ligne d'inspection

[439] MULLAN E.H. (1917). Mental examination of immigrants: administration and line inspection at Ellis Island. *Public Health Reports, 32*(20), 733–746.

(*inspection line*), en s'attachant à observer finement leur comportement. Mullan souligne à ce titre dans son article que les personnes se comporteraient différemment en fonction de leur origine, des réactions différant de celles habituellement observées dans un groupe racial donné devant selon lui faire suspecter un trouble psychiatrique. Par exemple, si un italien répondait aux questions « à la manière d'un russe finlandais », il s'avérait dès lors fort probable selon l'auteur « qu'il souffre d'une dépression psychotique ». La marque « X » ou « X encerclé » annotée sur le dossier signifiait que le premier examinateur avait observé une probable anomalie mentale nécessitant une orientation vers la salle d'examen mental (*the mental room*). Selon Mullan, environ 9% des personnes arrivant à Ellis Island étaient orientées vers la *mental room*, parmi lesquels 10 à 20% se voyaient soumis à une période d'observation d'une durée d'un jour à une semaine. Si ces données demeurent discutables sur le plan scientifique et clinique, au vu de leur objectif premier d'effectuer un tri des immigrés ne pouvant entrer sur le territoire américain, elles ont l'intérêt de souligner, dès le début du XXème siècle, l'importante prévalence des troubles mentaux chez les populations migrantes et la manière dont les services de l'immigration intègrent ces questions dans le tri des populations exilées.

Au fil du temps, l'identification et la compréhension des troubles psychiatriques présentées par les populations migrantes a constitué un enjeu de santé publique majeur, qu'il s'agisse de s'assurer de la bonne santé mentale des nouveaux arrivants en vue de leur intégration à la force de travail ou de vérifier la véracité de leur récit migratoire. Le titre d'étranger malade est aujourd'hui un enjeu de controverses et de débats en France, certaines administrations soupçonnant des médecins de certificats de complaisance[440]. Ainsi, la problématique de l'état de stress post-traumatique et sa gestion suspicieuse par l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (Ofpra) constitue un exemple plus contemporain de cette intrication

[440] MUSSO S. (2016). L'étranger malade : une cause devenue digne d'être défendue. *Plein droit*, *111*, 44-48.

importante entre migration et santé mentale opérée par les pouvoir publics[441]. La mise en doute fréquente par l'administration du droit d'asile des récits traumatiques des personnes demandeuses d'asiles est notamment critiquée par de nombreux professionnels et associations[442].

Plus récemment, les travaux scientifiques se sont multipliés dans le champ de l'épidémiologie clinique, de la santé publique, de la psychiatrie et de la psychologie sociale afin de mieux appréhender l'état de santé des populations migrantes, en proposant des approches croisées et interdisciplinaires s'intéressant à la complexité des phénomènes sociaux, psychologiques et psychiatriques observés. La compréhension des déterminants de la santé mentale de ces populations a notamment engendré de nombreux travaux dans des domaines de recherche différents. Nous nous attacherons dans ce chapitre à réaliser un état de l'art sur la santé mentale des populations demandeuses d'asile et réfugiées ainsi que des minorités ethno-raciales. Nous aborderons ainsi dans un premier temps les données épidémiologiques démontrant de hauts niveaux de troubles mentaux au sein de ces populations, puis les travaux s'intéressant aux facteurs explicatifs avant d'aborder plusieurs modèles théoriques permettant d'éclairer les liens entre santé mentale, migration et ethnicité. Nous appuierons notre réflexion principalement sur des données issues de la littérature scientifique internationale dans les champs de l'épidémiologie sociale, de la psychiatrie et de la psychologie sociale, en discutant les limites de ces travaux réalisés dans des contextes sociopolitiques particuliers.

[441] CHAMBON N. & PETROUCHINE R. (2020). « Faire cas » du traumatisme dans une consultation d'expertise médicale auprès de demandeurs d'asile. *Rhizome*, 75-76, 141-150.

[442] TRINQUART J. (2022). Comment les personnes demandant l'asile peuvent-elles 'prouver' la véracité des horreurs qu'elles ont subies ? *Le Monde.*

5.1. CADRE METHODOLOGIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ETAT DE L'ART

Avant de décrire en détail les résultats des travaux scientifiques existants, il convient de définir précisément les méthodes et concepts auxquels nous nous réfèrerons dans ce chapitre. Ces derniers sont issus des travaux scientifiques internationaux en épidémiologie, en psychiatrie et en psychologie sociale menés par des équipes de recherche situées dans différents pays du monde et usant d'une terminologie différente de celle habituellement utilisée dans le contexte français. Notre état de l'art repose en effet sur des données issues de la littérature scientifique internationale pour deux raisons principales. Tout d'abord, l'existence d'une littérature internationale conséquente sur la santé mentale des personnes migrantes et des minorités ethno-raciales nécessite de se pencher en détail sur ces travaux afin de bénéficier des données et réflexions issus de nombreuses équipes de recherche et de contextes diversifiés. Deuxièmement, il existe à l'inverse très peu, voire pas, de travaux français sur ce sujet. L'impossibilité en France de réaliser des statistiques ethniques et le manque de visibilité donnée par les sciences sociales françaises pendant de nombreuses années aux questions ethniques et raciales[443] expliquent en grande partie ce manque de données françaises. Cela nous invite également à nous pencher sur les travaux internationaux pour aborder notre réflexion à partir d'un ensemble de données pouvant être comparées et discutées concomitamment.

Nous discuterons les limites des travaux internationaux sur lesquels nous appuyons notre réflexion, et notamment la possibilité de les généraliser au contexte français. Tout d'abord, certains termes employés comme identité ethnique, ethnicité ou discrimination ethno-raciale, peu communs dans le langage des sciences sociales et de la littérature médicale françaises, peuvent porter à confusion, voire heurter certains lecteurs, ce qui nécessite un travail

[443] FASSIN Dider (2006). *7. Du déni à la dénégation. Psychologie politique de la représentation des discriminations.* In : Fassin D & Fassin E (Eds.). De la question sociale à la question raciale ?. La Découverte.

d'explicitation et de discussion de la terminologie utilisée. Pour autant, il convient de rappeler que le cas de Jimmy Picard se situe dans le contexte nord-américain de l'après Seconde Guerre mondiale, sans que les ethnopsychiatres français n'aient particulièrement discuté de la transposition des travaux de Devereux dans le contexte français[444]. Pour autant, la réalité de l'accueil des populations migrantes et des formes prises par le multiculturalisme varie selon les pays et les sociétés, en fonction notamment des contexte politiques et historiques locaux. Ainsi, il n'est en rien évident que des données issues de pays menant une politique multiculturelle active soient transposables au contexte de l'universalisme républicain à la française.

5.1.1. CADRE METHODOLOGIQUE

Les travaux cités dans ce chapitre seront principalement des revues systématiques de la littérature ou des méta-analyses, qui constituent des méthodes de recherche développées par les chercheurs au cours des vingt dernières années pour faciliter la synthèse et la compréhension des nombreux travaux de recherche existants. En effet, l'augmentation exponentielle des publications scientifiques internationales au cours des dernières décennies a rendu nécessaire le développement de méthodes standardisées et fiables de synthèse des données existantes afin de pouvoir faire émerger des consensus scientifiques permettant d'orienter les politiques de promotion de la santé et les thérapeutiques proposées dans le cadre de *l'evidence based-medicine.* Les résultats parfois contradictoires de recherches identiques ou la difficulté à répliquer les résultats d'une recherche, notamment dans le champ de la psychologie sociale, ont ainsi rendu nécessaire la synthèse des travaux réalisés pour répondre à la crise de la reproductibilité (*replication crisis*) observée depuis quelques années dans le monde

[444] On peut notamment supposer que le contexte de colonisation territoriale subi par les natifs aux États-Unis et le contexte colonial et postcolonial français, analysé notamment par Franz Fanon dans l'après-guerre, constituent des situations fort différentes sur le plan sociologique, anthropologique et psychologique.

scientifique. Décrite à partir du début des années 2000[445], la crise de la reproductibilité est une crise méthodologique dans le domaine des sciences qui veut que de nombreux résultats publiés dans des articles scientifiques sont difficiles, voire impossibles, à reproduire au cours d'études ultérieures. Ainsi, il est nécessaire de réaliser des synthèses objectives de la littérature permettant de diminuer l'effet de loupe porté sur des articles décrivant des résultats positifs, qui peuvent parfois faire l'objet d'un traitement médiatique conséquent, mais qui ne seront en réalité pas nécessairement validés par des études ultérieures. Les revues systématiques de la littérature reposent ainsi sur une méthodologie précise qui visent à assurer la validité du processus d'identification et de sélection des articles concernés par la question de recherche. L'utilisation d'un algorithme de recherche défini à l'avance, de plusieurs bases de données internationales, la réalisation indépendante de la recherche en ligne et de la sélection des articles par un minimum de deux chercheurs permettent d'assurer la qualité et la pertinence des études sélectionnées. Par ailleurs, les méta-analyses permettent d'effectuer une synthèse quantitative des résultats des études sélectionnées par le biais d'analyses statistiques compilant les résultats de l'ensemble des articles sélectionnés à l'issue du processus de sélection. Ainsi, ces méthodologies de synthèse systématique des travaux permettent d'apporter des résultats fiables sur le plan de l'épidémiologie, de la psychologie sociale ou de la psychiatrie concernant la santé mentale des personnes migrantes. Certains des travaux que nous citerons ont été réalisés par notre équipe de recherche, situé au sein du Centre Hospitalier le Vinatier et constitué de psychiatres, de psychologue, de chercheurs en santé publique, en neurosciences et en sciences sociales dans une optique pluridisciplinaire.

[445] IOANNIDIS J.P. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Medicine*, *2*(8), e124.

5.1.2. CADRE CONCEPTUEL

Les termes utilisés dans la littérature internationale, tels qu'ethnicité, densité ethnique ou migrant de première génération, peuvent porter à confusion pour les lecteurs francophones peu habitués à ces terminologies. Tout d'abord, concernant la question migratoire, il convient de préciser qu'il n'existe pas de définition internationale consensuelle de ce qu'est une personne « migrante »[446]. Les travaux scientifiques internationaux utilisent le terme de « migrant de première génération » pour désigner les personnes ayant quitté leur pays d'origine pour s'installer dans un pays d'accueil. Il correspond ainsi au terme plus usuel d'immigré dans la terminologie française. Les migrants de seconde ou troisième génération, qu'on appellerait volontiers « descendants d'immigrés » en France, constituent les générations suivantes, ayant au moins un parent, dans le cas des migrants de deuxième génération, ou un grand-parent, dans le cas des migrants de troisième génération, né à l'étranger. Un certain nombre de travaux font la distinction entre différents types de migration, beaucoup s'intéressant notamment de manière plus spécifique aux personnes demandeuses d'asile et réfugiées, les personnes réfugiées étant celles qui ont reçu un statut officiel leur permettant de vivre et de travailler de manière temporaire ou définitive dans le pays d'accueil.

Par ailleurs, un pan important de la littérature scientifique internationale porte sur la santé physique et mentale des minorités ethniques. Ces études reposent sur l'auto-identification par les participants à différentes catégories ethniques pertinentes en fonction de l'histoire coloniale, migratoire et politique du pays concerné et utilisent des concepts tels que l'ethnicité, l'identité ethnique et la densité ethnique. L'ethnicité est définie comme une forme d'identité commune

[446] « While there is no formal legal definition of an international migrant, most experts agree that an international migrant is someone who changes his or her country of usual residence, irrespective of the reason for migration or legal status. Generally, a distinction is made between short-term or temporary migration, covering movements with a duration between three and 12 months, and long-term or permanent migration, referring to a change of country of residence for a duration of one year or more. » https://refugeesmigrants.un.org/definitions.

reposant sur la référence collective à un héritage historique, culturel et/ou religieux partagé. La sociologue américaine Joane Nagel écrivait en 1994 dans un article intitulé *Constructing ethnicity*[447] que les concepts d'identité et de culture sont centraux dans la notion d'ethnicité, car ils permettent respectivement d'établir des frontières (*boundaries*) quant au fait d'appartenir et d'être reconnu comme appartenant ou non à un groupe ethnique et de donner un sens (*meaning*) à cette appartenance partagée. L'identité ethnique se définit ainsi comme le sentiment subjectif, et variable en fonction des individus, d'appartenance à un groupe ethnique particulier. On distingue habituellement cinq dimensions dans l'identité ethnique, à savoir l'auto-identification comme membre d'un groupe ethnique particulier, l'appartenance et l'engagement vis-à-vis de ce groupe, les attitudes à l'égard du groupe, les approches et croyances partagées et les traditions et pratiques ethniques spécifiques[448]. Plusieurs méthodes de mesure de l'identité ethnique sont disponibles, allant de simples questions posées directement à la personne sur son sentiment d'appartenance à son groupe ethnique ou au pays d'accueil, à des échelles d'évaluation quantitatives définissant des formes différentes d'identification ethnique (assimilation, intégration, séparation ou marginalisation). En 2015, Epstein et Heizler ont démontré que l'identité ethnique dépend fortement de facteurs tels que l'âge, le genre, le niveau d'éducation, l'âge à l'arrivée dans le pays, la religion ou le nombre de personnes de la même ethnie dans le pays[449]. L'identité ethnique constitue ainsi un ressenti subjectif, dynamique et évolutif en fonction de ces différentes caractéristiques, modelée selon Joane Nagel autant par des phénomènes de réarrangements au sein du groupe ethnique que par d'autres phénomènes sociaux extérieurs aux groupes.

---

[447] NAGEL J. (1994). Constructing ethnicity: creating and recreating ethnic identity and culture. *Social Problems, 41*(1), 152–176.

[448] PHINNEY J.S. & ROTHERAM-BORUS M.J. (1987). *Children's ethnic socialization: pluralism and development*. Sage Publications.

[449] EPSTEIN G.S. & HEIZLER O. (2015). Ethnic identity: a theoretical framework. *IZA Journal of Development and Migration,* 4, (9).

Il convient de souligner que l'utilisation de notions liées à l'ethnicité fait l'objet de débats passionnés dans le contexte français au sein duquel elle remet en cause la manière de penser les formes de domination sociale à l'œuvre au sein de la société. Plus habitué à utiliser le langage des dominations de classes ou le vocable de l'immigration[450], le monde scientifique et politique français fait régulièrement état de ses craintes quant à l'utilisation de catégorisations reposant sur des critères ethniques. En 2011, le chercheur David Frantz écrivait par exemple que les expressions reposant sur la notion d'ethnie ou d'ethnicité sont des « acceptions étrangères à notre fond idéologique et culturel »[451], s'appuyant sur la position de Max Weber qui proposait en 1971 de « jeter par-dessus bord le concept général d''ethnie' parce que c'est un terme fourre-tout inutilisable pour une recherche véritablement exacte ». Didier Fassin écrit de son côté que parler d'ethnie est « à la fois un contresens et un faux semblant » menant davantage à une euphémisation de la réalité de la question raciale qu'à une réelle prise en compte des différences[452].

David Frantz distingue « l'ethnisation » qu'il définit comme « la production d'un cadre de pensée ethnique par la sphère idéologique, qui a pour but, volontaire ou involontaire, de faire passer la réalité comme ethnique » et « l'ethnicisation » qui comprend « les mécanismes historiques, politiques, juridiques, qui font passer ou produisent des rapports ethniques comme rapports dominants de domination »[453]. Illustrant la position généralement prônée par les chercheurs français sur le sujet, Frantz écrit que « le rapport social dominant au sein d'une formation sociale régentée par le mode de production capitaliste, est le rapport de classes, et

[450] Eric et Didier Fassin écrivaient ainsi en 2009 « qu'il n'est pas rare, encore aujourd'hui, d'utiliser le vocabulaire de l'immigration pour appréhender la réalité minoritaire » (FASSIN D. & FASSIN É. (2012). *De la question sociale à la question raciale ? : représenter la société française*. La Découverte).

[451] FRANTZ D. (2010). Ethnique ? Vous avez dit ethnique ? Comme c'est… bizarre. Critique de la référence ethnique. *Travaux et Documents, Espaces et Sociétés*, 55-66.

[452] FASSIN Didier (2006). *1. Nommer interpréter. Le sens commun de la question raciale* De la question sociale à la question raciale ? In : Fassin D & Fassin E (Eds.). De la question sociale à la question raciale ? La Découverte., p. 28.

[453] FRANTZ D. (2010), *op.cit*., pp. 60-61.

qu'il annexe, d'une façon ou d'une autre, les autres rapports »[454]. Ainsi, l'utilisation du vocabulaire de l'ethnicité, fréquente au sein des pays anglo-saxons, vient se confronter à l'approche française davantage orientée vers la question sociale. De plus, le républicanisme universaliste français se refuse à des catégorisations ethniques ou raciales, ce qui se matérialise notamment par l'absence de statistiques ethniques en France où elles sont considérées, selon Didier Fassin, comme « un tabou national »[455].

A l'aune de ces débats, se pose la question d'identifier une manière qui serait plus adaptée pour évoquer, dans le contexte français, la réalité de populations ayant un rapport plus lointain à la question de la migration (appelés migrants de seconde ou de troisième génération dans les travaux scientifiques internationaux ou descendants d'immigrés dans le contexte français). Frantz conseille par exemple de préférer des termes tels que « groupes », populations », « immigrés », « étrangers » ou « origine géographique » à ceux liés au vocabulaire ethnique, tandis que Fassin propose de se référer davantage au vocabulaire de la race pour évoquer les phénomènes de domination et de discrimination à l'œuvre pour ces populations. Pour autant, on perçoit rapidement le manque de précision qu'entraînerait l'utilisation de termes aussi peu spécifiques et généraux que ceux proposés par Frantz. Évoquer par exemple le « groupe des descendants d'immigrés originaires du Maghreb » ou les « populations étrangères provenant d'Afrique sub-saharienne » apparaît potentiellement aussi peu précis que la catégorisation ethnique qui peut être utilisée dans le monde anglo-saxon et constitue davantage un jeu de langage pour désigner de manière euphémisée une population minorisée et discriminée qu'une terminologie pertinente. La question raciale évoquée par Fassin apparaît effectivement pertinente, mais n'est pas nécessairement envisagée sous cet angle dans les travaux épidémiologiques internationaux. La terminologie ethnique est le plus souvent préférée, du fait

[454] *Ibid*, p. 62.
[455] FASSIN D. (2006), *op.cit.,* p. 28.

notamment des débats nécessaires sur la pertinence de l'utilisation du terme race dans le contexte scientifique.

Ainsi, l'utilisation dans notre thèse de la terminologie de l'ethnicisation ne sera pas aveugle aux débats qui entoure sa place spécifique dans le contexte français, en s'inscrivant dans la position d'universitaires français tel que Didier Fassin qui rappelle que l'absence d'énonciation d'un problème politique et d'une réalité sociale ne les fait pas disparaître. Si refuser d'utiliser les termes de race ne fait pas disparaître le racisme, de même refuser d'utiliser la notion d'ethnie ne gommera pas l'existence de minorités ethniques au sein des sociétés multiculturelles actuelles. Frantz lui-même, dans son article pourtant ouvertement critique à l'égard de la terminologie ethnique, concède la possibilité de s'y référer à condition de la mesurer et de la « resituer à l'aune de processus globaux et institutionnels » que constituent les rapports de domination capitalistes[456]. Le fait est que la question ethnique prend une place de plus en plus importante dans les sociétés modernes multiculturelles et dans le contexte de la mondialisation si bien que comprendre et analyser les enjeux qui lui sont liés constitue un objectif majeur pour les sciences sociales, mais aussi pour le champ de la santé.

Notre approche de la question ethnique intégrera ainsi sans ambiguïté les problématiques socioéconomiques et les rapports de pouvoir qui s'y réfèrent, en intégrant le constat indéniable que les minorités ethniques constituent avant tout les populations principales au sein des classes socialement et économiquement défavorisées. De plus l'approche sous l'angle ethnique ne saurait faire l'économie de la « question raciale », entendue non pas comme une réalité biologique ou phénotypique, mais comme une construction sociale et historique fondée sur l'expérience commune du racisme. Si, pour Didier Fassin, le terme de discrimination ethnique peut constituer une forme d'euphémisation de la discrimination raciale, notre approche se situe

[456] *Ibid*, p. 61.

en réalité à la frontière de la question ethnique et de la question raciale. C'est à partir de cette expérience commune de la discrimination que se construisent aujourd'hui des identités sociales individuelles et collectives et il nous apparaît au vu des travaux internationaux que la prise en compte de la dimension ethnique est tout aussi pertinente que celle de la question raciale.

5.2. SANTE MENTALE, MIGRATION ET MINORITES ETHNO-RACIALES

Les travaux internationaux s'accordent pour conclure que les populations migrantes et issues de minorités ethniques présentent dans les sociétés occidentales une forte prévalence de troubles mentaux sévères, notamment les états de stress post-traumatiques, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques[457]. Certains auteurs n'hésitent ainsi pas à désigner par les termes « d'épidémie » ou « de tragédie de santé publique » cette réalité épidémiologique[458], certaines minorités ethno-raciales pouvant par exemple présenter des taux de troubles mentaux jusqu'à dix fois supérieurs à la population générale. Les données épidémiologiques diffèrent en fonction des réalités sociales de ces populations à risque, les personnes demandeuses d'asile ou réfugiées étant par exemple soumises à des déterminants sociaux différents des migrants de seconde ou troisième génération. De la même manière, le fait d'appartenir à une minorité ethno-raciale plus conséquente dans le pays d'accueil (et possédant de fait des capacités d'entraide et de participation sociale ou politique plus importantes) diminue les risques de présenter une santé mentale dégradée[459]. Le stress social, prenant dans ce cas précis la forme de la discrimination et de l'acculturation, est envisagé comme principal déterminant de ce risque majoré. Pour autant, les premières hypothèses avancées pour expliquer le lien entre troubles mentaux et migration se sont initialement concentrées sur des explications relevant d'une exposition à des facteurs de risque survenant antérieurement à la migration. Des hypothèses comme celle de la migration sélective, du rôle

[457] BOURQUE F., van der Ven E., & Malla A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, *41*(5), 897–910 ; TURRINI G., Purgato M., Ballette F., Nosè M., Ostuzzi G., & Barbui C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, *11*, 51.

[458] MORGAN C. & HUTCHINSON G. (2010). The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: a public health tragedy. *Psychological Medicine*, *40*(5), 705–709.

[459] BAKER S.J., Jackson M., Jongsma H. & Saville C.W.N. (2021). The ethnic density effect in psychosis: a systematic review and multilevel meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *219*(6), 632–643.

de facteurs génétiques ou de virus neurotropes ont notamment été soulevées, sans apporter de résultats probants. Le rôle de facteurs d'adversité sociale survenant dans les pays d'accueil a ainsi été progressivement de plus en plus étudiée, permettant de décrire aujourd'hui des modèles complexes d'explication des liens entre migration, ethnicité et santé mentale.

5.2.1. L'EFFET DE « BONNE SANTE DES MIGRANTS » ET SA DETERIORATION

L'effet de bonne santé des migrants ou *healthy migrant effect* constitue une réalité épidémiologique et clinique aujourd'hui solidement établie concernant la santé physique et mentale des populations migrantes. Cette hypothèse du *healthy migrant effect* repose sur la constatation que les populations migrantes ont un meilleur état de santé, en moyenne, que la population de leur pays d'origine. De plus, les données épidémiologiques, réalisées notamment aux États-Unis et au Canada, soulignent également que les personnes récemment immigrées ont un état de santé globalement meilleur que la population générale du pays d'accueil[460]. Trois niveaux de sélection sont reconnus comme des facteurs explicatifs importants de cet effet de bonne santé des populations migrantes. Tout d'abord, un effet de sélection dans le pays d'origine des personnes qui vont être désignées pour migrer est à l'œuvre, les personnes en meilleure santé étant plus aptes à migrer et les opportunités de travail dans le pays d'accueil étant plus élevées pour les travailleurs migrants en bonne santé[461]. Ensuite, ces populations plutôt jeunes, en bonne santé physique et mentale, vont être confrontées à un second phénomène de sélection au cours du parcours migratoire, dont la durée, la difficulté et le caractère traumatique vont tendre à ne permettre qu'aux personnes les plus endurantes physiquement et psychologiquement d'arriver jusque dans le pays d'accueil. Enfin, un troisième phénomène de

[460] KENNEDY S., Kidd M.P., McDonald J.T. & Biddle N (2015). The Healthy Immigrant Effect: patterns and evidence from four countries. *Journal of International Migration & Integration, 16,* 317–332.

[461] RUBALCAVA L.N., Teruel G.M., Thomas D. & Goldman N. (2008). The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey. *American Journal of Public Health*, *98*(1), 78–84.

sélection peut également expliquer l'effet de meilleure santé des personnes immigrées. Connu sous le nom de *salmon bias* ou « biais du saumon », il repose sur le fait que des retours dans le pays d'origine ont fréquemment lieu en cas de survenue d'une maladie, voire dans un moment de fin de vie, motivés en particulier par le souhait de pouvoir bénéficier d'un soutien familial et communautaire ou d'une inhumation dans le pays d'origine[462].

Cet effet de bonne santé des migrants se vérifie ainsi principalement pour les populations migrantes nouvellement arrivées dans le pays d'accueil, du fait des effets positifs de phénomènes de sélection survenus dans les mois et semaines précédant l'arrivée dans le pays. Cependant, il convient de souligner que la santé physique et mentale des populations migrantes se détériore rapidement, en cinq à sept ans en moyenne, au point de devenir rapidement moins bonne que celle de la population générale du pays d'accueil[463]. Ainsi, des populations jeunes, en bonne santé, vont rapidement présenter des pathologies physiques et mentales sous l'effet des conditions délétères d'accueil, soulignant le rôle des déterminants sociaux de la santé dans cette dégradation de leur état de santé. La précarité sociale et économique, les difficultés d'accès au logement, l'absence d'emploi ou l'accès à des emplois à haut niveau de pénibilité et les difficultés administratives vont notamment constituer des facteurs délétères que nous décrirons plus en détail dans un paragraphe ultérieur.

[462] DI NAPOLI A., Rossi A., Alicandro G., Ventura M., Frova L. & Petrelli A. (2021). Salmon bias effect as hypothesis of the lower mortality rates among immigrants in Italy. *Scientific Reports*, *11*(1), 8033.

[463] JUSOT F., Silva J., Dourgnon P. & Sermet C. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration en France: Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ?. *Revue économique*, 60, 385-411.

5.2.2. LA SANTE MENTALE DES PERSONNES REFUGIEES ET DEMANDEUSES D'ASILE

Alors que le nombre de personnes demandeuses d'asile et réfugiées a fortement augmenté au cours des dernières décennies[464], les travaux épidémiologiques se sont multipliés en parallèle, particulièrement dans les pays d'Europe du Nord (Danemark, Suède, Norvège, Pays-Bas) et dans le monde anglo-saxon (États-Unis, Royaume-Uni, Australie, Canada) pour tenter d'évaluer au mieux l'état de santé de ces populations.

Une équipe de recherche de l'Université de Melbourne a ainsi recensé en 2020 dans une revue systématique de la littérature tous les travaux épidémiologiques évaluant la santé mentale des personnes en demande d'asile et réfugiées. Portant sur un total de vingt-six études épidémiologiques d'envergure réalisées dans seize pays différents, cette revue de la littérature retrouvait des taux élevés de pathologies mentales, de l'ordre de 31,5% pour l'état de stress post-traumatique et la dépression, de 11% pour les troubles anxieux et de 1,5% pour les troubles psychotiques dans les populations réfugiées et demandeuses d'asile. Il s'agit pour chacun de ces troubles de prévalence plus élevées que celles habituellement observées en population générale, notamment pour l'état de stress post-traumatique qui touche en moyenne près de 4% de la population[465] et la dépression qui touche 12% de la population[466].

---

[464] Selon le Haut Comité commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés des Nations unies (UNHCR), le nombre de personnes déplacées dans le monde a atteint le record de 82,4 millions dans le monde, contre 41,2 millions en 1990 (https://www.unhcr.org/fr/apercu-statistique.html).

[465] KOENEN K. C., Ratanatharathorn A., Ng L., McLaughlin K. A., Bromet E. J., Stein D. J., Karam E.G., Meron Ruscio A., Benjet C., Scott K., Atwoli L., Petukhova M., Lim C.C.W., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A., Alonso J., Bunting B., Ciutan M., de Girolamo G., Degenhardt L., … Kessler R.C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, *47*(13), 2260–2274.

[466] KESSLER R.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Chatterji S., Lee S., Ormel J., Ustün T.B., & Wang P.S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *18*(1), 23–33.

Il est intéressant de noter que la santé mentale des personnes en demande d'asile et réfugiées apparaît davantage dégradée que celle des autres populations migrantes. Ainsi, dans une méta-analyse publiée en 2019 et portant sur un total de neuf études incluant plus de cinq-cents milles personnes réfugiées au Danemark, au Canada, en Norvège et en Suède, Brandt et *al*.[467] retrouvaient un risque 1,43 fois plus élevé de présenter des troubles psychotiques chez les populations réfugiées en comparaison aux populations migrantes non-réfugiées. Ces données soulignent la vulnérabilité particulière des populations en demande d'asile ou réfugiées à l'égard des troubles mentaux, questionnant notamment le rôle respectif des facteurs pré-migratoires (effets psychologiques des persécutions, violences et traumatismes vécus dans le pays d'origine), et post-migratoires (effets du stress lié à la situation administrative précaire des personnes en demande d'asile).

A ce titre, il est démontré que l'attitude politique à l'égard des migrants influe de manière significative sur leur santé mentale, les pays les plus hostiles à l'accueil de migrants étant ceux où les taux de troubles mentaux observés sont le plus élevés pour cette population. Une étude portant sur dix-sept pays européens retrouvait ainsi des taux plus faibles de symptômes dépressifs chez les personnes migrantes dans les pays ayant adopté des mesures antidiscriminatoires et favorisant l'accès à la nationalité[468]. De même, il a été démontré que la santé mentale des demandeurs d'asile est meilleure dès lors qu'il existe une amélioration significative de leur condition sociale, notamment lorsqu'ils accèdent à des formes de protection sociale (emploi, logement, assurance maladie…). Une étude australienne a ainsi montré que les symptômes psychiatriques diminuaient chez les personnes demandeuses d'asile

[467] BRANDT L., Henssler J., Müller M., Wall S., Gabel D., & Heinz A. (2019). Risk of psychosis among refugees: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *76*(11), 1133–1140.

[468] MALMUSI D., Palència L., Ikram U., Kunst A. & Borrell C. (2015). Social and political determinants of inequalities in depression by immigrant status in Europe. *European Journal of Public Health*, 25, ckv167.056.

lorsqu'elles obtenaient le statut de réfugié ou un emploi pérenne[469]. Dans cette étude, l'impossibilité d'accéder à un emploi constituait le principal facteur de risque de présenter un état dépressif, tandis que le refus du statut de réfugié entrainait davantage de symptômes d'état de stress post-traumatique. Une revue de la littérature allemande a démontré le rôle délétère de l'incertitude administrative quant à l'obtention du statut de réfugié, du logement précaire ou insalubre et du défaut d'accès au travail chez les demandeurs d'asile et les réfugiés en Allemagne[470]. Il est intéressant de noter que l'obtention d'un statut de citoyenneté au long cours est plus protectrice en termes de santé mentale que l'obtention d'un statut temporaire, en permettant notamment un meilleur exercice des droits. De même, l'impact en termes de santé mentale du défaut d'accès à l'emploi est plus marqué chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, une revue de la littérature portant sur vingt-six articles a démontré que la détention administrative en centre de rétention des personnes demandeuses d'asile ou réfugiées entraîne des effets négatifs sur la santé mentale (symptômes dépressifs, états de stress post-traumatiques, troubles anxieux) qui sont d'autant plus sévères que la période de détention est longue[471]. Ainsi, les conditions d'accueil ont un impact majeur sur la santé mentale des personnes en demande d'asile et réfugiées, qu'il s'agisse des modalités matérielles d'accueil (logement, emploi, détention) ou de l'obtention d'un statut de citoyenneté au sein du pays d'accueil.

[469] HOCKING D.C., Kennedy G.A. & Sundram S. (2015). Mental disorders in asylum seekers: the role of the refugee determination process and employment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *203*(1), 28–32.

[470] HAJAK V.L., Sardana S., Verdeli H. & Grimm S. (2021). A systematic review of factors affecting mental health and well-being of asylum seekers and refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, *12,* 643704.

[471] von WERTHERN M., Robjant K., Chui Z., Schon R., Ottisova L., Mason C. & Katona C. (2018). The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 382.

5.2.3. LA SANTE MENTALE DES MINORITES ETHNIQUES ET RACIALES

Une des questions qui traverse la recherche sur la santé mentale des personnes migrantes est d'élucider le rôle de la migration *per se* (*i.e.* être une personne ayant quitté son pays d'origine pour un pays d'accueil ou avoir un parent né à l'étranger selon la définition établie dans les travaux scientifiques internationaux) par rapport au fait d'appartenir à une minorité ethnique, culturelle ou religieuse. A ce titre, l'existence d'un risque élevé de troubles mentaux chez les secondes, voire les troisièmes générations de migrants, qui n'ont pas elle-même migré, interroge sur le rôle des facteurs liés à l'ethnicité et à l'appartenance à une minorité ethno-raciale. Les travaux épidémiologiques se sont ainsi également intéressés à la santé mentale des personnes issues de minorités ethniques, notamment dans le contexte des sociétés multiculturelles anglo-saxonnes (États-Unis, Royaume-Uni et Canada). La vulnérabilité sur le plan de la santé mentale des personnes issues de minorités ethno-raciales est également particulièrement soulignée par les études existantes[472].

Deux méta-analyses menées par des équipes françaises[473] se sont intéressées aux rôles respectifs du statut de migrant et de l'appartenance à une minorité ethnique (*ethnic minority*

[472] Il est intéressant de noter que si l'ethnopsychiatrie française contemporaine s'intéresse principalement à la problématique de la santé mentale des populations migrantes, le cas de Jimmy Picard ne peut être abordé sous l'angle de la problématique migratoire puisque Picard est un américain natif. Le caractère transculturel de la psychothérapie proposée par Devereux considérait ainsi Picard sous l'angle de l'ethnicité. Cette approche, peu habituelle dans le contexte français, constitue une manière plus consensuelle d'aborder les questions identitaires dans d'autres pays, tels que les États-Unis ou le Royaume-Uni, depuis plusieurs décennies et se trouvait déjà bien développée à l'époque où Devereux menait ses recherches au sein de la Menninger Foundation. Devereux utilise ainsi dans *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* des termes tels qu'« aire ethnique », « identité ethnique « ou « personnalité ethnique », issus des travaux anthropologiques et sociologiques américains. Aborder la question de l'ethnicité dans le champ de la santé mentale apparaît ainsi nécessaire pour discuter au mieux la pertinence des hypothèses formulées par Devereux concernant Picard mais également de mieux comprendre les intrications complexes entre migration et ethnicité en matière de santé mentale.

[473] LEAUNE E., Dealberto M.J., Luck D., Grot S., Zeroug-Vial H., Poulet E. & Brunelin J. (2019). Ethnic minority position and migrant status as risk factors for psychotic symptoms in the general population: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, *49*(4), 545–558.; TORTELLI A., Nakamura A., Suprani F., Schürhoff F., Van der Waerden J., Szöke A., Tarricone I. & Pignon B. (2018). Subclinical psychosis in adult migrants and ethnic minorities: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, *4*(6), 510–518.

position) dans l'apparition de symptômes psychotiques. Les résultats démontraient une association significative pour les personnes issues de minorités ethniques mais non pour le statut de migrant. Notre équipe a notamment réalisé une méta-analyse portant sur un total de vingt-quatre études réalisées dans vingt-trois pays différents. Une seule étude française avait été identifiée et ne donnait des résultats que pour les personnes migrantes en l'absence de statistiques ethniques disponibles[474]. La majorité des études incluses avaient été réalisées au Royaume-Uni, aux États-Unis et aux Pays-Bas entre 2004 et 2017. Les résultats montraient que l'appartenance à une minorité ethnique, à l'exception des minorités blanches de peau, dans un pays donné constituait un risque de présenter des symptômes psychotiques plus important que le fait d'être migrant. Ce risque était particulièrement élevé pour les populations hispaniques et afro-américaines aux États-Unis et pour les populations maghrébines en Europe, soulignant le rôle potentiel de la discrimination ethnique comme facteur de risque.

La vulnérabilité des minorités ethno-raciales en termes de santé mentale a été largement documentée au cours des dernières années, notamment dans les pays anglo-saxons. Une équipe de recherche anglaise s'est ainsi intéressée aux données issues de vingt-huit études réalisées en Angleterre portant sur la santé mentale des minorités ethniques. Les résultats démontraient un risque plus important de troubles psychotiques chez les personnes noires africaines (*Black African*), noires caribéennes (*Black Caribbean*) et asiatiques. Le niveau de risque était particulièrement élevé (multiplié par cinq) pour les personnes noires de peau, soulignant une nouvelle fois le rôle probable de la discrimination ethno-raciale dans la détérioration de la santé mentale des populations y étant exposées.

Dès les années 1930, les travaux sociologiques de l'École de Chicago ont apporté les premières données sur la santé mentale des minorités ethniques. L'étude *Mental disorders in*

[474] PIGNON B., Schürhoff F., Baudin G., Ferchiou A., Richard J.R., Saba G., Leboyer M., Kirkbride J. B. & Szöke A. (2016). Spatial distribution of psychotic disorders in an urban area of France: an ecological study. *Scientific reports*, *6,* 26190.

urban areas : an ecological study of schizophrenia and other psychoses, publiée en 1939 aux Presses Universitaires de Chicago par Ellsworth Faris et Henry Warren Dunham, a constitué un premier pas important dans ce champ de recherches.[475]. Portant sur un total de 34,864 cas de personnes admises dans les hôpitaux de la ville de Chicago, cette étude a été la première à montrer des différences de prévalence des troubles mentaux en fonction des réalités socioéconomiques des quartiers de la ville, et notamment de leur composition ethnique. Il était ainsi retrouvé des taux plus élevés de troubles mentaux dans les quartiers décrits comme étant « les plus désorganisés » et présentant des taux de densité ethnique plus faibles (présence d'un nombre conséquent de communautés ethniques minoritaires différentes)[476]. Ce phénomène appelé « densité ethnique » postule que plus un groupe ethnique représente une part importante de la population d'une société donné, moins le risque de présenter un trouble mental est important pour les individus le constituant. Au fil des années, différentes études ont tenté d'appréhender et d'analyser ce phénomène, dans l'optique d'étudier le fait qu'il existe pour d'autres minorités ethniques que les afro-américains. Une méta-analyse publiée en 2021[477] a permis de synthétiser les résultats connus à ce sujet et de discuter la validité statistique de ce phénomène décrit depuis plus de soixante-dix ans. Portant sur un total de trente-deux études, cette synthèse systématique a permis de valider l'existence du phénomène de densité ethnique en retrouvant une augmentation de 20% du risque de présenter des troubles psychotiques pour chaque diminution de dix points dans la densité ethnique de la minorité ethno-raciale concernée. Ces études réalisées majoritairement au Royaume-Uni et aux Pays-Bas démontraient ainsi l'existence d'un effet de protection pour les communautés les moins minoritaires. Différentes raisons peuvent concourir à cet effet protecteur. La notion de capital social ou la modération

[475] FARIS R.E.L. & DUNHAM H.W. (1960). *Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychosis* (Repr. by arrangement). Hafner.
[476] *Ibid*.
[477] BAKER S.J. *et al.* (2021), *op.cit.*

des effets du racisme et de la discrimination par le support social sont des hypothèses de recherche actuellement investiguées. En effet, on peut imaginer que l'existence d'un réseau social communautaire fort puisse offrir la possibilité de partager ses expériences de discrimination et de les atténuer, de diminuer l'effet d'exclusion sociale, d'éviter un retard d'accès au soin par l'existence d'un système de recours et de conseils efficace ou encore de permettre de trouver un emploi ou un logement au sein de la communauté. De plus, l'exposition à la discrimination est probablement diminuée par le fait de vivre dans un environnement social immédiat avec moins confrontation à la population majoritaire.

Il convient également de discuter le rôle du sentiment personnel d'identification et d'appartenance culturelle et ethnique dans la détérioration ou la préservation de la santé mentale des minorités ethniques. Une revue récente de la littérature, portant sur un total de cent-dix études internationales concernant l'association entre identité ethnique et santé mentale[478], démontrait un effet positif d'une forte identité ethnique sur la santé mentale. Ainsi, le fort sentiment d'appartenance à un groupe ethnique tend favoriser le fait d'avoir une bonne estime de soi, à diminuer la survenue de symptômes dépressifs ou psychotiques et à apporter une meilleure qualité de vie. Une étude belge a également démontré que l'identité ethnique dans l'enfance pouvait dépendre d'un certain nombre de facteurs sociaux, et notamment des résultats scolaires ou du sentiment d'estime sociale de soi[479]. Ainsi, des enfants issus de quartiers très défavorisés présentaient une plus grande estime sociale d'eux-mêmes lorsque leur identité ethnique était forte. Le sentiment d'appartenance culturelle ou ethnique apparaît ainsi comme un facteur d'intégration au groupe de pairs, notamment pour des enfants appartenant à des minorités discriminées et défavorisées, et se renforce avec le temps. On voit alors toute la

[478] BALIDEMAJ A. & Small M. (2019). The effects of ethnic identity and acculturation in mental health of immigrants: A literature review. *The International Journal of Social Psychiatry*, *65*(7-8), 643–655.

[479] FELOUZIS G. & Fouquet-Chauprade B (2013). Le « savant » et l'ethnicité : essai de construction d'un objet sociologique. *International Journal of Violence and Schools*, *19,* 8-26.

complexité qui advient à appréhender une réalité aussi complexe que celle du sentiment d'appartenance ethnique et ses rapports avec la santé mentale des individus. Cette problématique pose notamment la question du rapport entre facteurs populationnels et individuels dans la genèse et l'expression des troubles psychiatriques. A première vue, les résultats sur la densité ethnique et l'appartenance culturelle pourraient finalement plaider en faveur de la position de Tobie Nathan sur les ghettos culturels. Soulignons cependant que ces travaux ont été réalisés dans des sociétés multiculturelles au sein desquelles la question de la diversité culturelle et de l'identité ethnique ou raciale se pose en d'autres termes qu'en France. De plus, l'accent mis par Nathan sur la reconnaissance de la diversité culturelle ne prend pas en compte la lutte contre les phénomènes de discrimination ethno-raciale. Or, comme l'écrit Magali Bessone, la lutte contre l'injustice raciale ne doit pas tant se penser en termes de différences culturelles qu'en termes d'égalité car les « groupes raciaux demandent à être reconnus et respectés comme égaux et pas (seulement) à être reconnus dans leur différence culturelle »[480].

5.2.4. LIMITES DE CES ETUDES

Il est important de souligner que les études citées dans ce chapitre présentent un certain nombre de limites qui sont à prendre en compte pour appréhender au mieux les liens entre migration, ethnicité et santé mentale. Tout d'abord, le nombre de pays dans lesquels ont pu être réalisés ces études est relativement faible. Le coût important des études épidémiologiques, nécessitant l'inclusion d'un nombre important de participants sur un temps relativement long ou l'accès à des bases de données conséquentes, limite en effet leur réalisation dans de nombreux pays du monde. A ce titre, le manque de données issues de pays à moyen ou faible revenu est particulièrement important à souligner, ce d'autant que la majorité des personnes

[480] BESSONE M. (2013), *op.cit*, pp. 112-113.

réfugiées sont accueillies dans les pays limitrophes de leur pays d'origine. Selon le Haut-Commissariat des Nations-Unies aux Réfugiés, la Turquie et le Pakistan étaient les pays accueillant le plus de personnes réfugiées en 2020, du fait de leur proximité respective avec la Syrie et l'Afghanistan d'où sont originaires la majorité des migrants actuels[481]. Ensuite, les différences administratives et politiques d'accueil des populations migrantes ou de reconnaissance des droits culturels sont difficiles à prendre en compte dans ces études le plus souvent réalisés à l'échelle d'un seul pays.

Une critique des données présentées, portée principalement par les travaux ethnopsychiatriques en France et en Europe, considère que l'association qui est faite dans les études internationales entre troubles mentaux et migration repose sur des biais diagnostiques trouvant leur origine dans le caractère transculturel de la consultation en situation migratoire[482]. La barrière de la langue et la méconnaissance des croyances culturelles du patient pourraient constituer autant de biais induisant une tendance au sur-diagnostic de psychose dans des contextes non-pathologiques (croyances culturelles) ou d'autres pathologies psychiatriques (expressions culturelles différentes de la dépression, du trauma ou de l'anxiété). Pour autant, cette hypothèse du biais diagnostique ne suffit pas à elle-seule à expliquer la réalité épidémiologique et clinique observée depuis plusieurs décennies et solidement prouvée par des études internationales de bonne qualité. En effet, des études ont montré que lorsque le diagnostic est effectué par des psychiatres issus de la même minorité ethno-raciale que les patients, les taux de troubles mentaux demeurent plus élevés pour les minorités ethno-raciales en comparaison de la population majoritaire, comme par exemple pour les minorités

[481] UNHCR (2021), *op.cit.*

[482] ZANDI T., Havenaar J. M., Smits M., Limburg-Okken A.G., van Es H., Cahn W., Algra A., Kahn R.S. & van den Brink W. (2010). First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: influence of diagnostic bias. *Schizophrenia Research*, *119*(1-3), 27–33.

caribéennes au Royaume-Uni[483]. Rappelons également que la découverte initiale du phénomène de risque majoré de troubles mentaux chez les personnes migrantes l'a été en contexte intraculturel, par un psychiatre norvégien lui-même émigré, ayant observé chez ses concitoyens une tendance augmentée à présenter des troubles psychotiques[484].

Comme nous l'avons abordé précédemment, une autre limite de ces travaux est le fait que la majorité d'entre eux ont été réalisés dans le cadre social et politique particulier des pays anglo-saxons, où la catégorisation à partir de termes liés à l'ethnicité constitue une manière habituelle d'évoquer l'identification sociale de groupes minorisés et dominés. Les critiques, nombreuses et répétées, des chercheurs et politiques français à l'égard de la terminologie ethnique pourraient venir souligner l'incompatibilité de ces travaux avec le modèle républicain et universaliste de la société française. Pour autant, nous rejoignons le postulat de Didier Fassin voulant que la tendance au déni ou la dénégation des réalités sociales ne signent pas leur inexistence, mais que l'embarras face auquel elle confronte le chercheur français « n'est pas un obstacle à la connaissance de ces réalités, il en est la condition »[485].

Notre première étape d'état de l'art nous permet de conclure que les populations migrantes présentent une détérioration significative et progressive de leur état de santé au fil des années passées dans les pays d'accueil. Les conditions de vie délétères dans le pays d'accueil jouent un rôle prépondérant dans la dégradation de la santé mentale de ces populations marginalisées et dominées. De plus, l'abord de la problématique de la santé des populations migrantes sous l'angle de l'ethnicité permet de mettre en lumière le rôle de facteurs sociaux complexes tels que la densité ethnique ou l'identité ethnique. Dès lors, il convient de discuter

[483] HICKLING F.W., McKenzie K., Mullen R. & Murray R. (1999). A Jamaican psychiatrist evaluates diagnoses at a London psychiatric hospital. *The British Journal of Psychiatry*, *175,* 283–285.

[484] ODEGAARD O. (1932) Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*. Supplementum, *4,* 1-206.

[485] FASSIN D., *Nommer, interpréter* (2006), *op.cit.,* p. 31.

plus précisément les facteurs impliqués dans la santé mentale de ces populations, en vue de distinguer notamment le rôle des déterminants sociaux de la santé.

5.3. FACTEURS ET MODELES EXPLICATIFS

Au fil des années et des avancées de la science, de nombreuses tentatives d'explication de ces prévalences importantes de troubles mentaux chez les populations migrantes et les minorités ethniques ont été proposées par des équipes de recherche. Les avancées de l'épidémiologie, de la génétique, des neurosciences ou de la psychologie ont ainsi accompagné la formulation d'hypothèses dont certaines ont été progressivement invalidées. Les travaux sur le rôle de facteurs génétiques, environnementaux ou encore psychologiques ont au fil du temps permis de faire émerger des hypothèses de plus en plus orientées vers la notion de déterminants sociaux de santé et d'adversité sociale. Classiquement, il est habituel de désigner trois grands types de facteurs de risque pour évoquer la santé des populations migrantes : les facteurs pré-migratoires antérieurs au départ, les facteurs migratoires survenant au cours du trajet d'exil et les facteurs post-migratoires correspondant aux conditions sociales, économiques et culturelles d'accueil dans le pays hôte. Nous verrons que les premières hypothèses se sont principalement orientées vers les facteurs pré-migratoires, ayant laissé émerger, depuis quelques années seulement, des hypothèses plus solides reposant sur les facteurs socio-économiques post-migratoires.

5.3.1. LES PREMIERES HYPOTHESES

La première hypothèse remonte à 1932, proposée par un psychiatre américain d'origine norvégienne, Ornulv Ødegaard à la suite de son étude sur l'augmentation du nombre de primo-hospitalisations en psychiatrie chez les migrants norvégiens aux États-Unis publié sous le titre *Emigration and Insanity*[486]. Ødegaard s'est en effet intéressé au début des années 1930 aux taux d'admissions et d'hospitalisations des immigrés norvégiens dans le Minnesota, démontrant un

[486] ODEGAARD O. (1932), *op.cit.*

taux plus important que pour la population générale. Il émettait alors l'hypothèse d'un phénomène de migration sélective, correspondant au fait que les personnes choisissant de quitter leur pays d'origine pour l'exil auraient une plus grande prédisposition aux troubles mentaux, notamment la schizophrénie, ce qui entraînerait une plus grande difficulté d'intégration dans la société d'origine (célibat, chômage…), favorisant des velléités de départ. L'hypothèse de la migration sélective postule en effet que les difficultés d'intégration sociale dans la société d'origine, liées aux troubles mentaux présentés par les personnes, seraient au cœur de la volonté de migrer, en vue d'atteindre une meilleure position sociale dans un autre pays. Les données issues des examens médicaux d'Ellis Island tendaient à valider cette hypothèse au vu des taux importants d'immigrés étant suspectés de présenter des troubles mentaux à leur arrivée sur le territoire américain[487].

Pour autant, les études plus récentes s'accordent pour invalider l'hypothèse de la migration sélective au profit de la notion précédemment évoquée de bonne santé des migrants (*healthy migrant effect*)[488]. Plusieurs études, comme celle de Lundberg et *al*.[489] menée en Ouganda, ont démontré l'absence d'incidence supérieure de symptômes psychiatriques chez les personnes s'apprêtant activement à migrer en comparaison du reste de la population. Une étude récente a tenté de mettre à l'épreuve l'hypothèse de la migration sélective et a définitivement invalidé l'idée qu'elle puisse expliquer le risque de schizophrénie chez les populations migrantes[490]. Portant sur une cohorte de 50.000 militaires suédois, l'étude ne retrouvait aucune différence de prévalence de troubles mentaux entre les deux groupes de militaires souhaitant émigrer ou non. Ainsi, la notion de migration sélective ne constitue aujourd'hui plus une

[487] MULLAN E.H. (1917), *op.cit.*

[488] FENNELLY K. (2007). The "healthy migrant" effect. *Minnesota Medicine*, *90*(3), 51–53.

[489] LUNDBERG P., Cantor-Graae E., Kahima M. & Ostergren P. O. (2007). Delusional ideation and manic symptoms in potential future emigrants in Uganda. *Psychological Medicine*, *37*(4), 505–512.

[490] van DER VEN E., Dalman C., Wicks S., Allebeck P., Magnusson C., van Os J., & Selten, J. P. (2015). Testing Ødegaard's selective migration hypothesis: a longitudinal cohort study of risk factors for non-affective psychotic disorders among prospective emigrants. *Psychological Medicine*, *45*(4), 727–734.

hypothèse retenue pour comprendre l'importante prévalence des troubles mentaux chez les populations migrantes. Elle est d'ailleurs invalidée par la connaissance des phénomènes de sélection des individus en meilleure santé au départ du pays et tout au long du parcours migratoire.

A la fin du XXème siècle, l'essor des avancées scientifiques sur l'analyse du génome et du rôle des facteurs génétiques dans les troubles mentaux a amené les scientifiques à s'orienter vers les causes génétiques pour expliquer les différences de prévalence de troubles mentaux en fonction des groupes ethniques ou raciaux. La possibilité d'une plus grande prédisposition chez certains groupes ethniques a notamment été proposée et examinée par plusieurs équipes de recherche. Cependant, les incidences de troubles mentaux dans les pays d'origine n'ont pas été retrouvées supérieures à celles des pays d'accueil (Hickling & Rodgers-Johnson, 1995 en Jamaïque, [491] Bhugra et al., 1996 à Trinidade et Tobago[492], Mahy et al., 1999 aux Barbades[493]). De même, deux études (Hutchinson et al., 1996[494]; Sugarman & Craufurd, 1994[495]) réalisées au Royaume-Uni chez les apparentés au premier degré (parents et jumeaux) de migrants caribéens blancs et noirs de peau atteints de schizophrénie n'ont retrouvé aucune différence de risque de survenue de la pathologie entre les deux populations. Si le rôle des facteurs génétiques dans les troubles mentaux est aujourd'hui bien connu, ces derniers ne peuvent expliquer cette majoration

[491] HICKLING F.W. & Rodgers-Johnson, P. (1995). The incidence of first contact schizophrenia in Jamaica. *The British Journal of Psychiatry*, *167*(2), 193–196.

[492] BHUGRA D., Hilwig M., Hossein B., Marceau H., Neehall J., Leff J., Mallett R., & Der G. (1996). First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(5), 587–592.

[493] MAHY G.E., Mallett R., Leff J. & Bhugra D. (1999). First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. *The British journal of psychiatry*, *175*, 28–33.

[494] HUTCHINSON G., Takei N., Fahy T.A., Bhugra D., Gilvarry C., Moran P., Mallett R., Sham P., Leff J. & Murray R.M. (1996). Morbid risk of schizophrenia in first-degree relatives of white and African-Caribbean patients with psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(6), 776–780.

[495] SUGARMAN P.A. & CRAUFURD D. (1994). Schizophrenia in the Afro-Caribbean community. *The British Journal of Psychiatry, 164*(4), 474–480.

du risque de troubles psychiatriques chez les personnes migrantes et les minorités ethno-raciales.

Plusieurs étiologies neuro-développementales ont également été proposées, en lien avec les recherches démontrant le rôle de facteurs neurotropes (virus, carences vitaminiques…) dans l'émergence des troubles mentaux. Le manque de vitamine, l'infection par des virus ayant un tropisme cérébral et neurologique, les complications obstétricales ou la consommation de cannabis sont des facteurs de risque reconnus de survenue de troubles mentaux. Il a été envisagé qu'ils puissent être plus fréquents chez les populations migrantes, notamment dans leur pays d'origine. L'abus de toxique, et notamment de cannabis, facteur de risque majeur pour la pathologie schizophrénique, a largement été étudié dans le cadre de la migration et il n'a encore une fois été retrouvé aucune preuve d'un rôle prépondérant pour expliquer le lien entre migration, ethnicité et schizophrénie. Ainsi deux études anglaises de McGuire *et al*.[496] et de Cantwell *et al*.[497], n'ont pas retrouvé de différence significative pour la consommation cannabique entre les populations de schizophrènes caribéens noirs et blancs de peau. De plus, il n'est pas retrouvé dans les études épidémiologiques de différence de risque entre hommes et femmes, ce alors que la consommation cannabique est connue comme étant significativement supérieure dans la population masculine[498].

L'incapacité de ces différentes hypothèses à expliquer le risque élevé de troubles mentaux chez les populations migrantes a amené les chercheurs à se pencher plus en détail sur le rôle des facteurs post-migratoires, notamment l'exposition à l'adversité sociale qu'expérimentent les populations migrantes et les minorités ethno-raciales.

---

[496] McGUIRE P.K., Jones P., Harvey I., Bebbington P., Toone B., Lewis S. & Murray R M. (1994). Cannabis and acute psychosis. *Schizophrenia research*, *13*(2), 161–167.

[497] CANTWELL R., Brewin J., Glazebrook C., Dalkin T., Fox R., Medley I. & Harrison G. (1999). Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *174*, 150–153.

[498] WETHERILL R.R., Jagannathan K., Hager N., Childress A.R. & Franklin T.R. (2015). Sex differences in associations between cannabis craving and neural responses to cannabis cues: Implications for treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *23*(4), 238–246.

5.3.2. LE ROLE DE L'ADVERSITE SOCIALE

Afin d'évoquer le rôle de l'adversité sociale dans la dégradation progressive de la santé mentale des personnes migrantes, nous aborderons dans un premier temps la notion d'inégalité sociale de santé et le rôle prépondérant des déterminants sociaux de la santé. Nous évoquerons dans un second temps les déterminants sociaux particulièrement impliqués dans la santé mentale des personnes migrantes et issues de minorités ethniques.

5.3.2.1. INEGALITES DE SANTE, DETERMINANTS SOCIAUX DE SANTE

Les années 1980 ont vu émerger la question des inégalités sociales dans le champ de la santé publique sous l'impulsion du Rapport Black[499], et leur importance a été depuis largement démontrée tant pour la santé physique que la santé mentale. Pour autant, leur importance demeure relativement peu connue chez les professionnels et décideurs de la santé mentale. Cette méconnaissance semble trouver son origine dans l'opposition évoluant depuis plusieurs années entre les démarches opposées de la psychiatrie biologique et de la psychiatrie que l'on pourrait définir comme psychologique. Toutes deux s'intéressent en priorité, quoique d'une manière tout à fait différente, à l'individu plutôt qu'aux populations, à l'approche individuelle plutôt que collective. La prise en compte des déterminants environnementaux et notamment sociaux, si elle n'est en rien absente de ces deux démarches singulières, demeure étudiée de manière très indirecte, par le prisme de l'individu. Ce sont l'essor parallèle de l'épidémiologie psychiatrique et des sciences sociales qui ont permis de faire émerger dans le champ de la psychiatrie cette problématique plus ancienne dans le champ de la médecine somatique. Un exemple frappant est l'idée longtemps véhiculée qu'une pathologie mentale comme la schizophrénie toucherait 1% de la population sans variation entre les pays du monde (à haut ou faible revenu), les groupes

[499] BLACK D. (1980). *Inequalities in health: report of the Working Group on inequalities in health*. Dept. of Health and Social Security.

ethniques (majoritaires ou minoritaires) et les cultures. Cette erreur grossière, invalidée par les travaux récents, pourtant volontiers partagée par les psychiatres et apprise pendant des années dans les facultés de médecine de par le monde, a fait dire au psychiatre australien John McGrath que « si l'idée que la schizophrénie puisse être respectueuse des droits de l'Homme possède une vague noblesse, elle s'avère surtout franchement bizarre »[500]. Nous nous attacherons dans ce chapitre à expliciter les notions d'inégalités sociales de santé et de déterminants sociaux de la santé, avant de décrire dans un second chapitre leurs implications dans le champ de la santé mentale des minorités ethno-raciales et des personnes migrantes.

Le rapport Black est commandé en 1977 par le Département de la Santé et des Affaires Sociales britanniques travailliste via le secrétaire d'État à la Santé David Ennals à Sir Douglas Black[501]. Publié en 1979, après le passage au pouvoir des conservateurs, ce rapport démontre l'existence d'inégalités sociales de santé au sein de la société britannique, ce malgré les politiques publiques mises en œuvre depuis l'après-guerre, en s'appuyant principalement sur l'espérance de vie en fonction des classes de travailleurs, mais également sur la mortalité infantile et sur le niveau d'utilisation du système de santé. Ainsi, le rapport retrouvait un taux de mortalité infantile plus élevé, une moindre utilisation des services de santé et une espérance de vie plus courte dans les classes ouvrières en comparaison de la classe des travailleurs les plus aisés. Le rapport démontrait également que ces inégalités tendaient à s'accroitre au fil du temps et reposaient principalement sur les inégalités socioéconomiques entre les différentes classes de travailleurs. Malgré la tentative du nouveau gouvernement conservateur de l'époque

[500] « Ce mythe, dans sa forme la plus marquée, suggère que la schizophrénie survient avec une égale incidence dans tous les pays du monde (riches et pauvres), dans tous les groupes ethniques et toutes les cultures, ainsi que chez les hommes et les femmes de manière égale. Si l'idée même que la schizophrénie puisse être respectueuse des droits de l'Homme possède une vague noblesse, elle s'avère surtout franchement bizarre. » (McGRATH J.J. (2006). Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophrenia bulletin*, *32*(1), 195–197).

[501] GRAY A.M. (1982). Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *International Journal of Health Services*, *12*(3), 349–380.

de minimiser la portée de ce rapport, ce dernier a marqué un tournant important dans les études portant sur les inégalités de santé. Par la suite, d'autres rapports comme celui de Sir Donald Acheson en 1998, reposant sur un panel d'experts anglais, ou de Sir Michael Marmot en 2010 ont en effet confirmé la persistance d'inégalités sociales de santé et l'inefficacité des politiques publiques jusqu'alors menées pour lutter contre ces inégalités. Le rapport Marmot, intitulé *Fair society, Healthy lives*[502], s'est appuyé sur un consortium de spécialistes en santé publique pour documenter la notion de gradient de santé voulant que l'état de santé et l'espérance de vie des populations évoluent graduellement selon le niveau socioéconomique des populations. Pour Marmot et son équipe, les inégalités sociales de santé constituent, de par leur nature profondément injuste, un enjeu de justice sociale (*a matter of social justice*) qui requiert des mesures politiques drastiques de lutte contre inégalités sociales[503].

L'inégalité la plus criante de santé repose sur les mesures d'espérance de vie en fonction du niveau socioéconomique, qui ont démontré des différences de l'ordre de plusieurs années entre les couches les plus favorisées et les plus défavorisées d'une société donnée. Au Canada par exemple, Hwang *et al*.[504] ont démontré que l'espérance de vie est en moyenne de 80,3 ans pour les hommes et de 85,7 ans pour les femmes de la population la plus riche, contre 73,4 ans et 81,4 ans pour les hommes et les femmes de la population la plus pauvre. Ce sont ainsi près de sept années de vie perdues pour les hommes à faible niveau socio-économique et quatre années pour les femmes les plus défavorisées. L'étude démontrait également une espérance de vie encore plus faible pour les personnes ayant connu une période de sans-abrisme au cours de leur vie. Ainsi, l'espérance de vie était de de 64,2 ans pour les hommes ayant vécu en foyer

[502] MARMOT M. G. (2010). *Fair society healthy lives: the Marmot review ; strategic review of health inequalities in England post-2010*. Marmot Review.

[503] Nous reviendrons dans un chapitre ultérieur sur la définition que donne Michael Marmot de la justice sociale dans le champ de la santé.

[504] HWANG S.W., Wilkins R., Tjepkema M., O'Campo P. J., & Dunn J. R. (2009). Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11-year follow-up study. *BMJ, 339,* b4036.

d'hébergement, soit plus de quinze années de vie perdues. Elle était de 75,6 ans pour les femmes ayant vécu en foyer d'hébergement, soit près de dix ans de vie perdue. Au Royaume-Uni, Singh et Siahpush[505] ont démontré une majoration des inégalités d'espérance de vie entre les populations les plus favorisées et les plus défavorisées entre 1980 et 2000. En effet, alors que l'espérance de vie moyenne a augmenté de quatre années et demie pour la population des dix pourcents les plus riches, elle n'a pas du tout augmenté pour la population des dix pourcents les plus pauvres. Singh et Siahpush retrouvait que l'augmentation moyenne de l'espérance de vie décroissait progressivement pour chaque décile allant des dix pourcents les plus favorisés aux dix pourcents les plus défavorisés. Elle était ainsi de 3,1 années pour le troisième décile contre 0,9 année pour le huitième décile. En France, les dernières mesures de l'Insee[506] retrouvent une stabilisation de la différence d'espérance de vie à 6 ans entre un cadre et un ouvrier pour les hommes. Pour les hommes inactifs non retraités, la différence d'espérance de vie est actuellement de 16 ans par rapport aux cadres. Chez les femmes, la différence est de 3,2 ans entre les cadres et les ouvrières et de 5,4 ans entre les cadres et les femmes inactives non retraitées.

Identifiés à partir du rapport Black, les déterminants sociaux de santé sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie »[507]. Cette définition prend en compte l'ensemble des facteurs socio-

[505] SINGH G.K. & SIAHPUSH M. (2016). Inequalities in US life expectancy by area unemployment level, 1990-2010. *Scientifica*, 8290435.

[506] https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893101.

[507] « Les déterminants sociaux de la santé se définissent comme les facteurs structurels et les conditions de vie quotidiennes qui sont à l'origine d'une grande partie des inégalités en santé entre pays et dans les pays. Ils englobent la répartition du pouvoir, des revenus, des biens et des services, les conditions de vie des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat et environnement). Le terme de « déterminants sociaux » regroupe donc les facteurs sociaux, politiques, économiques, environnementaux et culturels qui ont une forte influence sur l'état de santé. » https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/.

environnementaux qui ont un effet délétère sur la santé des populations, qu'il s'agisse des facteurs sociaux, politiques ou culturels. Ils représentent la principale cause des inégalités de santé en influant de manière complexe sur l'état de santé et les comportements de santé des individus. Le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, le développement de la petite enfance, les services de santé, le genre et la culture sont autant de déterminants sociaux qui vont influer sur l'état de santé des individus et des populations. La répartition inégale des ressources sociales et économiques va ainsi entraîner des disparités de santé portant sur la mortalité et la morbidité selon le concept central de gradient de santé. De nombreuses études ont démontré que les taux de pathologies cardio-vasculaires, de diabète, d'obésité ou de cancers sont plus élevés au sein des populations les plus défavorisées de la société. De plus, les populations les plus défavorisées semblent présenter des pronostics moins bons à niveau égal de sévérité de pathologie, ce qui tendrait à majorer les inégalités de santé[508].

Se pose la question de savoir comment les inégalités socioéconomiques influent sur l'état de santé des individus et peuvent entraîner de si grandes différences, ce même au sein de sociétés proposant une sécurité sociale et un système de santé publique efficace accessibles à tous ces citoyens, tel que le Royaume-Uni où ont été réalisés les rapports Black et Marmot. La notion de gradient de santé souligne combien les inégalités sociales de santé peuvent se situer à des échelles plus au moins grandes, allant du contexte mondial à celui d'une même institution au sein de laquelle les écarts de salaire et de niveau socioéconomique vont entraîner des différences significatives d'états de santé selon les classes de travailleurs. Le modèle de Elkeles

[508] AGABITI N., Cesaroni G., Picciotto S., Bisanti L., Caranci N., Costa G., Forastiere F., Marinacci C., Pandolfi P., Russo A., Perucci C. A. & Italian Study Group on Inequalities in Health Care (2008). The association of socioeconomic disadvantage with postoperative complications after major elective cardiovascular surgery. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *62*(10), 882–889.

et Mielck[509] considère quatre dimensions différentes sur lesquelles vont influer les déterminants sociaux et les inégalités sociales. Les inégalités d'exposition à des risques socio-environnementaux que sont les déterminants sociaux de la santé, s'inscrivent notamment dans les différences d'accès à des emplois pénibles ou dangereux et des logements décents. Les inégalités dans l'accès aux services de santé sont marquées par un accès limité à des programmes de prévention pour les populations les plus précaires, à l'éloignement géographique des lieux de soins, aux différences d'accessibilité financière mais également à une moindre demande de soins chez les personnes précaires, malgré des besoins de santé plus importants. Les inégalités dans les comportements liés à la santé se retrouvent par exemple dans la prévalence plus importante de tabagisme chez les personnes plus précaires ainsi que la moindre tendance à pratiquer une activité physique régulière ou à adopter des comportements alimentaires plus sains. Enfin, les inégalités dans les stratégies d'adaptation et de résilience face aux problèmes de santé sont associées à un accès mois fréquent à du soutien social par des pairs ou à des loisirs qui pourraient permettre une diminution du niveau de stress et de détresse psychologique. En cumulant l'ensemble de ces dimensions défavorables liées à la santé, les populations les plus défavorisées vont présenter une morbidité et, de fait, une mortalité plus importante que le reste de la population. De plus, la survenue des inégalités sociale de santé va favoriser les inégalités sociales, du fait des impacts directs de la santé sur la capacité de travailler et de participer socialement.

Portant principalement sur les taux de mortalité et l'espérance de vie, les recherches et rapports ayant mesuré les niveaux d'inégalités sociales et le rôle des déterminants sociaux de la santé se sont principalement intéressés à la santé physique et aux pathologiques somatiques connues pour leurs taux élevés de mortalité telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète

[509] ELKELES T. & MIELCK A. (1997). Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit [Development of a model for explaining health inequality]. *Gesundheitswesen*, *59*(3), 137–143.

ou les cancers. Le philosophe Daniel Weinstock souligne combien l'identification des déterminants sociaux de santé a constitué un tournant majeur dans les politiques publiques de promotion de la santé[510], autant que dans les approches normatives de la justice sociale en santé[511]. Pour autant, la moindre attention portée aux inégalités sociales dans le champ de la santé mentale et aux déterminants sociaux qui y sont associées a tendu à laisser de côté la psychiatrie et la santé mentale dans les discussions politiques ou philosophiques sur les inégalités sociales.

5.3.2.2. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE MENTALE

Les travaux récents s'accordent pour conclure que les inégalités sociales de santé identifiées pour les pathologies physiques sont retrouvées de la même manière pour les pathologies mentales. Tout comme il existe des disparités dramatiques d'espérance de vie en fonction des classes sociales, l'épidémiologie retrouve un gradient socio-économique de santé mentale, montrant que les populations les plus défavorisées présentent des taux plus élevés pour l'ensemble des pathologies mentales. Une étude danoise réalisée auprès de plus de 9000 personnes âgées de 35 à 56 ans a, par exemple, démontré l'existence d'un gradient social de prévalence de la dépression, plus fréquente chez les populations présentant un plus faible niveau d'éducation, les revenus les plus faibles et chez les personnes sans emploi[512]. Au cours des années 2000, une équipe de recherche de l'Université de Bristol a démontré l'existence d'une association entre le niveau socioéconomique à la naissance, mesuré selon le niveau socioéconomique du père et le lieu de naissance, et le risque de développer une schizophrénie

[510] WEINSTOCK D. (2019). Les déterminants sociaux de la santé : un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé. *Éthique Publique, 20(2).*

[511] Weinstock évoque notamment le cas du philosophe américain Norman Daniels qui a opéré entre son premier ouvrage sur la justice sociale en santé (*Just Health Care*) et son second ouvrage sur ce thème (*Just Health*) une refonte complète de sa théorie en l'appuyant non plus sur l'accès aux soins médicaux mais sur les déterminants sociaux de la santé.

[512] ANDERSEN I., Thielen K., Nygaard E., & Diderichsen F. (2009). Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *63*(7), 575–581.

à l'âge adulte[513]. Des facteurs sociaux tels que le niveau socio-économique, le niveau d'éducation ou le revenu du ménage apparaissent ainsi comme de puissants déterminants de la santé mentale des individus. En Suède, une étude portant sur plus de 42000 personnes adultes a par exemple démontré le rôle majeur de l'emploi précaire, de l'absence d'emploi et des difficultés financières dans la survenue de symptômes anxieux et dépressifs[514]. De même, une étude basée sur les données de neuf pays européens à démontré l'existence d'une prévalence plus importante du taux de suicide chez les personnes avec le plus faible niveau d'éducation que chez celles présentant un haut niveau d'éducation[515].

Le gradient socioéconomique de santé mentale souligne donc l'existence d'un risque plus élevé de présenter des troubles mentaux chez les populations les plus précarisées de la population. Ainsi, qu'il s'agisse des personnes sans-abris, des personnes en recherche d'emploi, des personnes vivant dans des zones urbaines défavorisées ou des personnes migrantes précaires, l'ensemble de ces populations se trouve confronté à une morbidité psychiatrique largement supérieure à la population générale. Les inégalités sociales elles-mêmes constituent un facteur influant sur la santé mentale, les taux de suicide ou de schizophrénie étant par exemple plus élevées dans les régions et les pays présentant les plus hauts taux d'inégalités sociales[516]. Une revue de la littérature portant sur un total de cent-dix études réalisées dans vingt-six pays différents a par exemple démontré que le taux de schizophrénie était d'autant

[513] HARRISON G., Gunnell D., Glazebrook C., Page K. & Kwiecinski R. (2001). Association between schizophrenia and social inequality at birth: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, *179*, 346–350.

[514] MOLARIUS A., Berglund K., Eriksson C., Eriksson H. G., Lindén-Boström M., Nordström E., Persson C., Sahlqvist L., Starrin B. & Ydreborg B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors--a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*, *9,* 302.

[515] LORANT V., Kunst A.E., Huisman M., Costa G., Mackenbach J. & EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health (2005). Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *The British Journal of Psychiatry*, *187,* 49–54.

[516] MACHADO D.B., RASELLA D. & DOS SANTOS D.N. (2015). Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. *PloS one*, *10*(4), e0124934.

plus élevé dans un pays donné que le taux d'inégalité sociale y est élevé[517]. L'épidémiologiste britannique Richard Wilkinson fait l'hypothèse que les inégalités sociales ont un impact négatif sur la cohésion sociale au sein des sociétés[518]. Or, le lien social étant reconnu comme un puissant déterminant de la santé mentale, les inégalités sociales pourraient altérer la santé mentale par cet effet de dégradation du lien social et du soutien social. Il apparaît ainsi que les phénomènes de déclassement, de disqualification, d'échec social constituent des facteurs de risque de développer des pathologies psychiatriques. Les travaux récents en géographie de la santé démontrent bien qu'il existe une répartition territoriale inégale de troubles mentaux, les zones les plus défavorisées étant les plus impactées par de fortes prévalences des troubles [519].

Dans le cadre spécifique de la santé mentale, la question est régulièrement posée de savoir si la précarité sociale des personnes atteintes de troubles mentaux n'est pas avant tout la conséquence directe des troubles mentaux eux-mêmes. Le débat concernant les causes de ce gradient socio-économique porte en effet sur deux théories explicatives distinctes du lien entre précarité sociale et troubles mentaux, à savoir la théorie de la causalité (*causation theory*) et la théorie de la dérive sociale (*social drift theory*)[520]. La première stipule que ce sont les conditions de vie marquées par l'adversité et l'exclusion sociales, notamment lorsqu'elles sont présentes depuis l'enfance, qui vont favoriser la survenue de troubles mentaux, du fait des effets délétères du stress social sur le fonctionnement cérébral et psychologique des individus exposés. La confrontation quotidienne et chronique à l'adversité sociale constituerait un facteur de stress psychologique et biologique qui favoriserait l'émergence des troubles chez des personnes

[517] BURNS J.K., Tomita A. & Kapadia A.S. (2014). Income inequality and schizophrenia: increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality. *The International Journal of Social Psychiatry*, *60*(2), 185–196.

[518] WILKINSON R.G. (2005). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality* (Repr). Routledge.

[519] KIRKBRIDE J.B., Jones P.B., Ullrich S. & Coid J.W. (2014). Social deprivation, inequality, and the neighborhood-level incidence of psychotic syndromes in East London. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(1), 169–180.

[520] LAPOUSE R., MONK M.A. & TERRIS M. (1956). The drift hypothesis and socioeconomic differentials in schizophrenia. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, *46*(8), 978–986.

présentant une vulnérabilité préalable. Les études portant sur l'association entre l'origine sociale défavorisée à la naissance et le risque de présenter une schizophrénie à l'âge adulte sont notamment en faveur de la théorie de la causalité. En ce sens, des études portant sur de larges cohortes d'enfants vivant au Royaume-Uni ont démontré que le niveau de détresse psychologique évalué à l'aide d'échelles standardisées chez des enfants d'origine irlandaise vivant dans des quartiers pauvres en Angleterre se dégradait de manière croissante au fil des années[521]. Ainsi, ente l'âge de 7 et 16 ans, les jeunes dont les parents avaient migré depuis l'Irlande présentaient un niveau de plus en plus élevé de détresse psychologique, favorisé notamment par le faible niveau de revenu des parents, le faible niveau d'éducation des parents ou la promiscuité dans des logements insalubres. De même, une étude a démontré que les populations d'origine turque vivant en Allemagne présentent un niveau de stress chronique plus élevé que la population générale et réagissent de manière plus intense sur le plan psychologique et neurobiologique à des situations de stress aigu[522].

La théorie de la dérive sociale stipule à l'inverse que la survenue d'une maladie mentale va entraîner le déclin social et économique de la personne du fait des difficultés que cette dernière va rencontrer pour accéder à un emploi stable ou un logement décent du fait des effets de sa pathologie mentale. Une étude anglaise a ainsi démontré que, dans les années suivant un premier épisode psychotique, il existait chez les personnes atteintes une tendance accrue à déménager en direction de zones socialement plus défavorisées du fait de la diminution de leurs revenus et de l'impossibilité de se loger dans les quartiers plus aisés[523]. De plus, il était retrouvé

[521] DAS-MUNSHI J., Clark C., Dewey M.E., Leavey G., Stansfeld S.A. & Prince M.J. (2014). Born into adversity: psychological distress in two birth cohorts of second-generation Irish children growing up in Britain. *Journal of Public Health*, *36*(1), 92–103.

[522] AKDENIZ C., Tost H., Streit F., Haddad L., Wüst S., Schäfer A., Schneider M., Rietschel M., Kirsch P., & Meyer-Lindenberg A. (2014). Neuroimaging evidence for a role of neural social stress processing in ethnic minority-associated environmental risk. *JAMA Psychiatry*, *71*(6), 672–680.

[523] KIRKBRIDE J.B. (2014). Hitting the floor: understanding migration patterns following the first episode of psychosis. *Health & Place*, *28*(100), 150–152.

une tendance à la mobilité plus importante après un épisode psychotique qu'après un premier épisode diabétique, ce qui pose la question du rôle particulier des troubles mentaux en termes de trajectoire socio-économique comparativement aux autres problématiques de santé, dans le sens d'un impact social et économique plus fort des troubles mentaux que des troubles physiques. Les phénomènes de forte stigmatisation des troubles mentaux sont notamment à prendre en compte dans l'approche de la santé mentale sous l'angle des inégalités sociales, tant les personnes souffrant de pathologies mentales se trouvent davantage empêchées dans leur possibilité d'obtenir un statut socioéconomique convenable du fait de leur difficulté d'accès à l'emploi et aux espaces de participation sociale[524]. Pour autant, le phénomène de « dérive sociale » ne peut à lui seul expliquer les phénomènes de dégradation de la santé mentale des personnes précaires[525]. Une autre étude anglaise menée à Londres a par exemple démontré que la prévalence d'états psychotiques pré-morbides, qui constituent des états d'altération de certaines fonctions cognitives, émotionnelles ou relationnelle survenant chez un individu avant la survenue d'une pathologie, était plus élevée chez les populations les plus défavorisées sur le plan socioéconomique, démontrant plutôt le poids de la théorie de la causalité que celle de la dérive sociale. Au total, les études soulignent que la synergie de ces deux phénomènes de causalité et de dérive sociale est à l'origine de ce gradient social de répartition des troubles mentaux.

Par ailleurs, le cas des populations sans-abris représente un exemple marquant de la problématique des inégalités sociales de santé mentale. En effet, tout comme leur espérance de vie est particulièrement diminuée en comparaison de la population générale, les taux de troubles mentaux sont particulièrement élevés dans ces populations. Ainsi, selon une revue de la

[524] CORRIGAN P.W., Watson A. C., Byrne P. & Davis K. E. (2005). Mental illness stigma: problem of public health or social justice? *Social Work*, *50*(4), 363–368.

[525] TUNSTALL H., Pearce J. R., Shortt N. K. & Mitchell R. J. (2015). Residential mobility and the association between physical environment disadvantage and general and mental health. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, *37*(4), 563–572.

littérature portant sur trente-neuf études réalisées dans douze pays à haut niveau de revenus, 76% des personnes sans-abris souffrent d'une addiction et/ou d'une pathologie mentale[526]. Les taux de troubles psychotiques et d'addictions sont ainsi particulièrement élevés dans cette population, respectivement de 36% et de 12%. De même, le taux de suicide est environ dix fois plus élevé dans les populations sans-abris qu'en population générale[527]. Le débat entre les théories de la causalité sociale et de la dérive sociale trouve ici un point de débat spécifique, puisqu'il s'avère difficile de savoir si les troubles mentaux ont précédé ou non le sans-abrisme. En effet, on pourrait considérer que la survenue de troubles mentaux sévères va altérer la capacité des personnes à conserver un logement stable et entraîner progressivement leur désocialisation et les mener progressivement au sans-abrisme. Cependant, le niveau d'adversité sociale auxquelles se trouvent confrontées les personnes sans-abris constitue un facteur majeur de détérioration de leur santé mentale.

5.3.3. APPLICATION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE AUX POPULATIONS MIGRANTES ET AUX MINORITES ETHNIQUES

Dans le cadre des populations migrantes et des minorités ethno-raciales, un certain nombre de facteurs de risque spécifiques ont été identifiés. Nous nous intéresserons notamment à trois types de déterminants sociaux que sont le stress acculturatif, la précarité sociale et la discrimination ethno-raciale.

[526] GUTWINSKI S., Schreiter S., Deutscher K., & Fazel S. (2021). The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, *18*(8), e1003750.

[527] JANNEL P. (2019). *Conduites suicidaires chez les personnes adultes sans-abris. Une revue de la littérature*. Thèse d'exercice. Université Claude Bernard Lyon 1.

5.3.3.1. LE STRESS ACCULTURATIF

La notion de « stress acculturatif » s'est développée au cours des dernières années pour décrire l'adversité spécifique à laquelle sont soumises les personnes migrantes et issues de minorités ethniques. Introduit en 1970 par John W. Berry[528], le terme de stress acculturatif visait initialement à trouver une alternative aux termes de « choc culturel » ou de « traumatisme migratoire » qui apparaissaient inadéquats pour rendre compte de l'adversité quotidienne vécue par les migrants et des possibilités de résilience propres à l'acculturation. La position culturelle minoritaire dans laquelle se trouve placées les minorités ethniques ou les populations migrantes au sein des sociétés d'accueil entraîne en effet des facteurs d'adversité quotidienne qui répondent davantage à la notion de stress, qu'à celle de choc ou de traumatisme. Le concept de stress s'associe en effet à la recherche de stratégies d'adaptation, ici appelées stratégies acculturatives, qui vont viser de manière plus ou moins efficientes à diminuer les effets délétères entraînés par l'adversité quotidienne à laquelle sont soumises les personnes. Les notions de choc culturel ou de traumatisme migratoire ont inversement amené certains auteurs, comme nous l'avons vu chez Tobie Nathan, à abandonner l'idée que les populations migrantes peuvent s'adapter au sein des pays d'accueil. De plus, les notions de stress et de stratégies acculturatives intègrent différentes formes d'adaptation au changement de culture ou aux dissensions culturelles pour les minorités, qu'il s'agisse de stratégies comportementales, d'adaptation des croyances, des valeurs ou des attitudes. Le stress acculturatif est ainsi défini comme le stress quotidien auquel sont soumises les personnes migrantes et issues de minorités ethniques, en lien avec le processus d'acculturation[529]. L'acculturation correspond aux stratégies mises en place par un individu ou un groupe d'individus pour naviguer entre une ou

[528] BERRY J.W. (1970). Marginality, stress and ethnic identification in an acculturated Aboriginal community. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *1*(3), 239–252

[529] BORREGO J.Jr., Ortiz-González E. & Gissandaner T.D. (2019). Ethnic and cultural considerations. In Compton SN, Villabø M.A. & Kristensen H. (Eds.), *Pediatric anxiety disorders*. Elsevier Academic Press.

plusieurs cultures. Le niveau d'acculturation d'un individu ou d'un groupe peut prendre différentes formes, allant de l'assimilation à la marginalisation, en passant par l'intégration ou la séparation. Il dépend de caractéristiques individuelles, telles que l'âge, le genre ou le niveau socioéconomique, mais également des caractéristiques liées au groupe d'appartenance et au rapport qu'entretien la société d'accueil avec ce groupe en question. Ainsi, les sociétés multiculturelles anglo-saxonnes vont tendre à favoriser la séparation entre les groupes ethniques tandis que le modèle français promeut davantage l'intégration.

De nombreux travaux ont démontré l'impact délétère du stress acculturatif sur la santé mentale des populations migrantes et des minorités ethno-raciales. Une revue récente de la littérature, portant sur un total de seize études réalisées aux États-Unis a par exemple démontré que le stress acculturatif est associé à des troubles du sommeil[530]. De même, une étude réalisée auprès de 219 femmes Irakiennes réfugiées aux Etats-Unis a démontré une association importante entre la survenue de symptômes anxieux et dépressifs et un haut niveau de stress acculturatif[531]. Dans une population de 138 réfugiés bosniens vivant en Australie et en Autriche, il a été démontré que le stress acculturatif favorisait la survenue d'états de stress post-traumatiques chez les individus ayant vécu une exposition traumatique à des scènes de guerre ou à des tortures[532].

[530] CHAPAGAI S. & MATRYN-NEMETH P. (2022). Sleep health, acculturation and acculturative stress in immigrants in the United States: a scoping review. *Journal of Transcultural Nursing*, *33*(3), 398–415.

[531] YUN S., Ahmed S.R., Hauson A.O. & Al-Delaimy W.K. (2021). The relationship between acculturative stress and postmigration mental health in Iraqi refugee women resettled in San Diego, California. *Community Mental Health Journal*, *57*(6), 1111–1120.

[532] KARTAL D., Alkemade N., Eisenbruch M. & Kissane D. (2018). Traumatic exposure, acculturative stress and cultural orientation: the influence on PTSD, depressive and anxiety symptoms among refugees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*(9), 931–941.

5.3.3.2. LA PRECARITE SOCIALE

Les études portant sur la santé mentale des populations migrantes et des minorités ethno-raciales font ressortir le rôle prépondérant des facteurs de précarité sociale auxquels sont confrontées de manière chronique ces populations. Les difficultés d'accès à l'emploi, au logement, à l'éducation sont ainsi des facteurs de risque délétères pour la santé mentale. L'étude de Das-Munchi et *al*. précédemment citée a ainsi démontré que la santé mentale des enfants et adolescents issus des minorités irlandaises en Angleterre se dégradait progressivement entre l'âge de 7 et de 16 ans et que les facteurs de précarité sociale (logement précaire ou insalubre, faible niveau d'éducation des parents) constituaient les principaux facteurs de l'augmentation des symptômes de détresse psychologique[533]. Les effets répétés de la précarité et des inégalités sociales sur la santé mentale sont en effet bien connus, entraînant des niveaux d'anxiété et de dépression chez les personnes à faible revenus supérieurs à ceux des personnes à plus haut revenus. Les populations migrantes et les minorités ethno-raciales sont davantage soumises à l'adversité sociale, le plus souvent dès l'enfance, et vont ainsi accumuler des désavantages sociaux au cours de l'existence. L'exposition plus fréquente à des facteurs d'adversité est en effet corrélée à des difficultés en termes d'éducation, de capacité à s'insérer et travailler qui vont elles-mêmes entraîner d'autres désavantages sociaux. Cet effet « boule de neige » d'accumulation des désavantages sociaux a notamment été démontré par notre équipe comme étant un facteur de risque de tentative de suicide en majorant le sentiment de prise au piège et en diminuant les capacités d'adaptation à la situation[534].

La confrontation aux inégalités sociales constitue de plus en elle-même un facteur de risque délétère pour la santé mentale. Alors que la conscience des inégalités sociales est le plus

[533] DAS-MUNSHI J. *et al.* (2014), *op.cit.*

[534] FAHMI M. (2021). ISVAra : Inégalités Sociales de Santé et Veille suicidaire en Auvergne-Rhône-Alpes. Université Jean Monnet Saint-Etienne.

souvent faible dans la population générale, l'augmentation des inégalités peut augmenter la prise de conscience les concernant, altérant significativement la santé mentale des individus qui y sont soumis. Les sentiments d'injustice et de déclassement social vont ainsi constituer des éléments de détérioration de la santé mentale en confrontant les individus à un fort sentiment d'échec, mais également aux effets quotidiens de la privation matérielle (insécurité alimentaire et dans l'habitat, stress permanent lié à l'incertitude économique…).

5.3.3.3. LA DISCRIMINATION ETHNO-RACIALE

Les travaux s'intéressant à la santé mentale des minorités ethno-raciales ont permis de mettre en avant des taux plus élevés de troubles mentaux chez les personnes noires de peau, soulignant l'existence probable de facteur de risques spécifiques chez ces populations. Le rôle du racisme, souligné dès 1951 par Kardiner et Ovesey, ne fait l'objet de travaux de recherche construits que depuis quelques années dans le champ de la santé mentale. Une méta-analyse réalisée par notre équipe[535] portant sur un total de neuf études a permis de démontrer une association significative entre le vécu de discrimination ethno-raciale et les symptômes psychotiques, le risque de présenter des symptômes psychotiques étant près de deux fois supérieur chez les personnes rapportant des expériences de discrimination ethno-raciales. Il n'était pas retrouvé de différence en fonction de l'ethnicité, mais un effet « dose-réponse »[536], soulignant l'effet cumulatif sur le risque de psychose de l'exposition répétée à la discrimination. Dans une seconde méta-analyse[537], nous avons également démontré l'impact négatif de la discrimination ethno-raciale sur les conduites suicidaires. En synthétisant les résultats issus de

[535] BARDOL O., Grot S., Oh H., Poulet E., Zeroug-Vial H., Brunelin J. & Leaune E. (2020). Perceived ethnic discrimination as a risk factor for psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *50*(7), 1077–1089.

[536] Un effet dose-réponse correspond à une augmentation linéaire entre l'exposition à un facteur donné et les effets de l'exposition à ce facteur.

[537] DELVIGNE-HAURAY Julien (2020). *La discrimination ethno-raciale perçue comme facteur de risque d'idées et conduites suicidaires dans les groupes minoritaires ethno-raciaux : une méta-analyse*. Thèse d'exercice. Université Claude Bernard Lyon 1.

vingt-six études, notre équipe de recherche retrouvait un risque augmenté de 46% de présenter des idées suicidaires et de 52% de faire une tentative de suicide en cas d'exposition à la discrimination ethno-raciale au quotidien. L'effet de la discrimination ethno-raciale apparaissait notamment plus significatif sur les hommes que sur les femmes.

Dans son ouvrage *Just Health*, le philosophe Norman Daniels catégorise les effets délétères du racisme sur la santé en trois dimensions distinctes : 1) une différence dans l'accès aux soins de santé, 2) les effets directs du racisme et 3) les effets cumulatifs du racisme systémique[538]. Daniels évoque tout d'abord les différences de traitement que subissent les personnes afro-américaines dans le système de santé américain. Deux études américaines ont ainsi montré, à la fin des années 1990, qu'à même niveau de pathologie et de besoin de prise en charge médicale, les personnes noires de peau se voient moins proposer de traitements adéquats (cathétérisation cardiaque[539], transplantation rénale[540]) que les personnes blanches de peau. Ces résultats démontrent l'existence de pratiques discriminatoires, conscientes ou non, au sein du système de santé à l'égard des personnes racialisées. Ces discriminations constituent pour Daniels un premier facteur explicatif des inégalités raciales et sociales de santé. Ensuite, les travaux scientifiques démontrent l'existence d'effets directs du racisme sur la santé mentale et physiques des personnes qui en sont victimes. Daniels évoque notamment l'association du racisme avec la détresse psychologique, la dépression et l'augmentation des marqueurs de stress telle que le niveau de pression artérielle comme facteurs de détérioration de la santé des individus racialisés. Enfin, l'exposition chronique à des facteurs de risque pour la santé

538 DANIELS N., *JH*, pp. 299-302.

539 SCHULMAN K.A., Berlin J.A., Harless W., Kerner J.F., Sistrunk S., Gersh B.J., Dubé R., Taleghani C.K., Burke J.E., Williams S., Eisenberg, J.M. & Escarce J.J. (1999). The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *The New England Journal of Medicine*, *340*(8), 618–626.

540 EPSTEIN A.M., Ayanian J.Z., Keogh J.H., Noonan S.J., Armistead N., Cleary P.D., Weissman J.S., David-Kasdan J.A., Carlson D., Fuller J., Marsh D. & Conti R.M. (2000). Racial disparities in access to renal transplantation--clinically appropriate or due to underuse or overuse?. *The New England Journal of Medicine*, *343*(21), 1537.

constitue une conséquence du racisme systématique qui relègue les personnes racialisées à des emplois peu qualifiés et des conditions de vie globalement plus délétères pour la santé que le reste de la population. A partir de ces données, Daniels plaide pour une prise en compte commune des inégalités raciales et des inégalités de classe dans la compréhension des inégalités sociales de santé.

La notion de micro-agression ethno-raciale souligne notamment le rôle délétère de formes subtiles et quotidiennes de discrimination sur la santé mentale des personnes migrantes ou issues de minorités ethniques. Décrite initialement par le psychologue Derald Wing Sue et son équipe, les micro-agressions raciales sont définies comme des « expériences brèves et quotidiennes d'humiliation verbales, comportementales ou sociales, intentionnelles ou non, qui véhiculent des messages négatifs, péjoratifs ou insultants aux personnes de couleur » [541]. Le caractère quotidien et subtil de ces micro-agressions, dont les auteurs peuvent le plus fréquemment ne pas se rendre compte qu'ils sont en train d'adopter une attitude raciste, entraîne un effet particulier sur la santé mentale qui n'est pas celui d'actes ouvertement racistes dont les effets peuvent davantage être de l'ordre du traumatisme psychologique. La confrontation quotidiennement répétée à des humiliations et assignations liés à son origine ethnique va s'associer à un sentiment d'exclusion sociale et favoriser le stress acculturatif. Le stress social lié à l'exclusion et la discrimination a notamment un effet neurobiologique direct sur la neurotransmission dopaminergique, un haut de niveau de stress augmentant généralement la neurotransmission dopaminergique, elle-même liée à un risque plus élevé de troubles mentaux, notamment de troubles psychotiques. Une étude a ainsi montré que les personnes migrantes présentent une élévation de la capacité de synthèse dopaminergique et de libération de

[541] SUE D.W., Capodilupo C.M., Torino G.C., Bucceri J.M., Holder A.M., Nadal K.L. & Esquilin M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *The American Psychologist*, *62*(4), 271–286.

dopamine induite par le stress par rapport aux sujets non-migrants, indépendamment de la présence ou non de troubles psychotiques[542].

Dans une étude récente, Henssler et *al*.[543] utilisent le cadre de l'inférence bayésienne, qui vise à calculer les probabilités de diverses causes hypothétiques à partir de l'observation d'évènements connus, en vue d'expliciter le risque élevé de troubles psychotiques chez les populations migrantes en rapport avec le stress social et l'acculturation. Henssler et *al*. théorisent ainsi que la discrimination et les incompréhensions linguistiques présentes en situation migratoire vont perturber chez les personnes migrantes la compréhension des évènements vécus, au profit d'une focalisation sur les inputs sensoriels, notamment auditifs. L'attention permanente portée à l'interprétation des interactions sociales, notamment le fait de devoir reconnaître s'il s'agit d'hostilité liée à la discrimination ethno-raciale ou simplement d'un style communicationnel inamical, constitue une situation de stress social répétée qui pourrait entraîner des modifications de l'encodage et de la transmission dopaminergique. De plus, la discrimination ethno-raciale va majorer la précarisation sociale en limitant l'accès à des ressources sociales telles que l'éducation secondaire, l'emploi, ou le logement. L'exposition chronique aux différents facteurs délétères que sont le stress acculturatif, la précarité économique et la discrimination ethno-raciale vont ainsi entraîner une dégradation de l'état de santé mentale des populations migrantes et issues de minorités ethniques.

[542] AKDENIZ C. *et al.* (2014), *op.cit.*

[543] HENSSLER J., Brandt L., Müller M., Liu S., Montag C., Sterzer P. & Heinz A. (2020). Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *270*(3), 325–335.

5.3.4. LES MODELES THEORIQUES

5.3.4.1. LE MODELE DE L'ECHEC SOCIAL

En s'appuyant sur le risque important de présenter des troubles mentaux chez les populations noires de peau, ainsi que sur l'existence d'autres facteurs de risque potentiellement liés à un impact social (urbanicité, déficience intellectuelle, trouble auditif handicapant, antécédents d'abus sexuel), les médecins Jean-Paul Selten et Elizabeth Cantor-Graae ont proposé en 2005 un modèle centré sur le rôle de l'échec social (*social defeat*)[544], terme issu de l'éthologie qui correspond au fait d'occuper une position d'individu ou de groupe dominé au sein d'une société donnée. L'expérience de la discrimination et de l'échec social (chômage, isolement, perte de reconnaissance…) serait ainsi l'explication causale de l'émergence des troubles mentaux, notamment de la schizophrénie, dans les populations les plus touchées par l'adversité socio-économique. Au-delà de l'adversité sociale directe (précarité, discrimination), ce modèle s'appuyant sur l'existence d'autres facteurs de risque de psychose tels que le fait de vivre en milieu urbain (urbanicité), la déficience intellectuelle ou les traumatismes infantiles. En effet, Selten et Cantor-Graae évoquent la compétitivité sociale existant en milieu urbain, le peu d'opportunités de carrière pour les personnes déficientes intellectuelles, l'exclusion sociale expérimentée par les migrants et les malentendants ou l'humiliation vécue dans les suites d'un abus sexuel comme autant de formes d'adversité sociale vécue par ces populations à risque. Les auteurs citent ainsi le cas des populations du Groenland au Danemark qui se trouvent confrontées à un taux d'exclusion beaucoup plus important que les migrants originaires d'autres pays du Nord[545] et qui présentent un risque de schizophrénie plus de dix fois supérieur à ces derniers. De même, les populations marocaines au Pays-Bas ou les migrants éthiopiens (les

[544] CANTOR-GRAAE E. & Selten J.P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(1), 12–24.

[545] CANTOR-GRAAE E., Pedersen C.B., McNeil T.F. & Mortensen P. B. (2003). Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, *182*, 117–122.

falashas) en Israël, confrontés à une discrimination sociale majeure, présentent un risque élevé au regard de la population autochtone. Les différences inter-ethniques dans le degré de risque relatif s'expliqueraient ainsi par les différences de trajectoires sociales dans les pays d'accueil pour les différents groupes ethniques, les groupes les plus exposés à la discrimination et l'exclusion présentant les risques les plus élevés. Le phénomène de densité ethnique, en soulignant le rôle protecteur que jouerait le lien social dans les communautés mieux organisées, car plus conséquentes, apporte également un argument en faveur de l'hypothèse de l'échec social selon les auteurs. La différence observée entre hommes et femmes dans certaines populations, dans le sens d'un moindre risque de schizophrénie chez les femmes migrantes[546] pourrait également s'expliquer selon les auteurs par l'amélioration du statut social de ces dernières avec la migration, les femmes parvenant davantage à trouver un emploi que les hommes dans le contexte migratoire. Le modèle de l'échec social est décrit dans la figure ci-dessous.

[546] VELING W., Selten J.P., Susser E., Laan W., Mackenbach J.P. & Hoek,H.W. (2007). Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, *36*(4), 761–768.

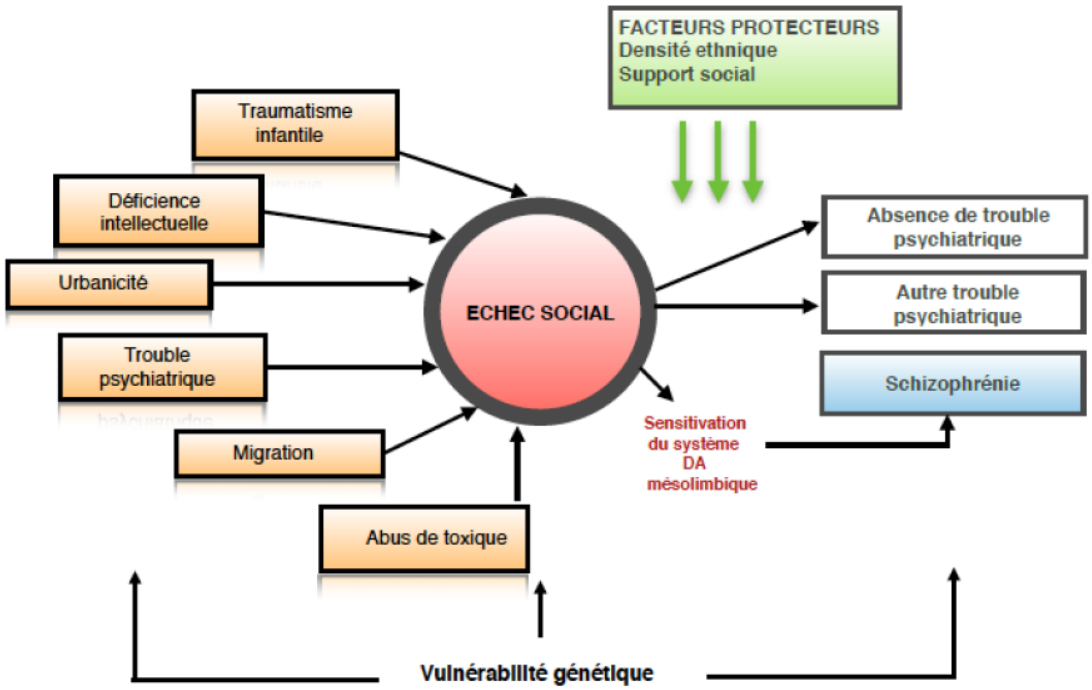

FIGURE 2. LE MODELE DE L'ECHEC SOCIAL (ADAPTE DE SELTEN *ET AL.*, 2013[547])

Si les arguments avancés dans l'hypothèse de l'échec social ne manquent pas de solidité scientifique dans leur ensemble, il convient de pointer certaines limites du modèle développé par Selten et Cantor-Graae, qu'elles soient internes au modèle lui-même ou davantage en lien avec des questionnements épistémologiques.

Tout d'abord, le modèle proposé par Selten et Cantor-Graae permet d'unifier un certain nombre de données sociales qui ont pu être mis en avant dans l'étiopathogénie des troubles mentaux, tels que l'isolement social, le célibat, le chômage et de les relier à une voie physiopathologique clairement reconnue comme prépondérante dans l'émergence de la pathologie. Ce modèle a également l'intérêt de mettre au cœur de l'étiopathogénie des troubles mentaux les causes environnementales et sociales, dont l'importance a été largement minimisée

[547] SELTEN J.P., van der Ven E., Rutten B.P. & Cantor-Graae E. (2013). The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Schizophrenia bulletin*, *39*(6), 1180–1186.

dans différents modèles antérieurs. En rapportant un certain nombre de facteurs de risques à leurs effets sociaux, Selten et Cantor-Graae insistent sur la part importante de l'environnement social dans l'émergence des troubles psychotiques.

Cependant, si l'intérêt d'unifier différents facteurs de risques autour d'une inférence causale unique est évident du point de vue de la modélisation, il paraît néanmoins en décalage avec les découvertes autour des liens entre troubles mentaux et migration qui mettent en avant des disparités importantes quant au degré de risque auquel sont exposées les différentes populations concernées. De plus, les différents facteurs de risque évoqués ne représentent pas les mêmes types de causalité, certains étant des facteurs de risque indirects (urbanicité, migration…), tandis que d'autres (cannabis notamment) possèdent des effets neurobiologiques directs aujourd'hui bien documentés. Il devient alors contestable de les mettre sur le même plan et de leur conférer une étiopathogénie identique. Enfin, certains facteurs de risque n'agissent pas au même moment de la trajectoire développementale, ce qui laisse imaginer que leur mode d'action causal est spécifique. De plus, il convient d'interroger la validité du fait de regrouper derrière une causalité commune différents facteurs de risques environnementaux, en laissant totalement de côté la question des interactions existantes entre ces différents facteurs du point de vue de l'évolution vers un risque de psychose. Ainsi, le modèle de l'échec social est un modèle de médiation causale, au sein duquel des facteurs de risque indirects sont médiés par une cause directe qu'est l'échec social. Pour autant, ce type de modélisation occulte totalement la possibilité de synergie entre les différents facteurs environnementaux et entre ces facteurs et l'échec social lui-même.

Derrière la notion d'échec social, il s'avère finalement assez difficile de cerner précisément ce que recoupe ce concept proposé par Cantor-Graae et Selten et tiré de modèles animaux de hiérarchie sociale. En effet, il est décrit par les auteurs comme un facteur de risque quantifiable du point de vue individuel, à l'aide d'échelles de mesure du niveau d'échec social

perçu. Cependant, il n'existe à l'heure actuelle aucune étude ayant démontré une quelconque corrélation entre les scores obtenus pour ces échelles et un risque de troubles mentaux chez des individus ou des groupes. De plus, Gantor-Graae et Selten expliquent que l'échec social est un vécu subjectif qui peut autant toucher des individus aisés confrontés à l'échec du fait de handicaps que des individus en situation d'exclusion du fait de leur condition sociale, si bien que l'échec social vécu intervient comme une donnée subjective, certes quantifiable, mais non nécessairement corrélée à la réalité d'une situation de précarité sociale. Au-delà d'une amplitude quantitativement mesurable, il semblerait davantage répondre à un vécu individuel, rendant alors difficile son extrapolation à des groupes d'individus. Enfin, le modèle ne permet pas d'expliquer pourquoi la majorité des personnes subissant un phénomène d'échec social n'expriment pas un trouble mental.

La dernière limite du modèle de l'échec social est son caractère excessivement statique, ne s'intégrant nullement dans une approche dynamique de la santé mentale. Se pose notamment la question de savoir quelle place peut prendre le concept d'échec social dans une trajectoire développementale. Il paraît peu évident qu'il puisse servir de voie causale commune à des facteurs de risques dont on sait qu'ils interviennent à des moments différents du développement. S'il intervient tout au long de la vie, il conviendrait de pouvoir définir s'il existe un effet dose-réponse entre le taux d'exposition et le risque individuel de développer un trouble mental. L'absence totale d'étude clinique sur l'ensemble de ces données ne permet pas de préciser les modalités d'exposition et d'expression du facteur de risque que serait l'échec social.

Au total, le concept de l'échec social est un modèle qui a le mérite de mettre au cœur des troubles mentaux le rôle prépondérant des facteurs environnementaux et sociaux. Pour autant, il possède comme principale limite son caractère trop statique et unificateur, qui ne lui permet pas de prendre en compte la complexité des voies causales qui mènent vers l'expression de troubles psychiatriques. En effet, l'articulation entre les différents facteurs de risque ainsi

qu'entre les facteurs environnementaux et génétiques n'y est pas prise en compte, ce qui lui confère un caractère nettement trop simpliste au regard d'une voie causale pressentie comme étant bien plus complexe.

5.4.3.2. LE MODELE SOCIO-DEVELOPPEMENTAL

Plus récemment, le psychiatre britannique Craig Morgan et ses collaborateurs ont proposé un modèle plus complexe, s'appuyant sur les découvertes récentes en matière de santé mentale en situation migratoire. Intitulé « modèle socio-développemental », il fait l'hypothèse d'une causalité complexe tout au long du développement de l'individu. La causalité temporelle, absente du modèle de l'échec social, se trouve ici déployée au travers des différentes modalités connues qui agissent au cœur du sur-risque de troubles mentaux chez les populations migrantes et issues de minorités ethno-raciales. Les bases épistémologiques de ce modèle se trouvent dans le modèle stress-vulnérabilité décrit depuis les années 1970 pour décrire la schizophrénie[548] ainsi que dans le modèle neuro-développemental[549]. Ces deux modèles s'appuient sur les interactions entre des facteurs de vulnérabilité génétique et des stress socio-environnementaux qui vont favoriser la survenue de symptômes psychiatriques évoluant au cours du développement de l'individu. Reprenant les travaux de Cantor-Graae et Selten, Morgan et ses collaborateurs proposent une modélisation plurifactorielle du lien entre troubles mentaux et migration, en mettant en avant le rôle central des facteurs sociaux[550]. Leurs conclusions se basent ainsi sur les données épidémiologiques concernant le retentissement pathogénique d'évènements sociaux, comme ceux d'une étude anglaise qui retrouvait que les migrants caribéens déclarant un premier épisode psychotique présentaient plus fréquemment des

[548] NUECHTERLEIN K.H. & Dawson M.E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, *10*(2), 300–312.

[549] WEINBERGER D.R. & HARRISON P.J. (2011). *Schizophrenia* (3rd ed.). Wiley-Blackwell.

[550] MORGAN C., KNOWLES G. & HUTCHINSON G. (2019). Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. *World Psychiatry*, *18*(3), 247–258.

situations de chômage, de célibat et une séparation avec l'un des parents pendant l'enfance que les sujets contrôles[551]. Une seconde étude a validé le rôle de ces facteurs dans la psychopathologie de la schizophrénie et démontré qu'ils étaient plus fréquemment retrouvés et cumulés au sein des populations migrantes[552]. De plus, une autre étude retrouvait une augmentation de la prévalence annuelle de la schizophrénie en cas d'antécédent d'attaque raciale, de racisme à l'emploi ou de harcèlement moral[553].

Ainsi, un certain nombre de facteurs sociaux ont été retrouvés dans la littérature comme des facteurs de risque de troubles mentaux dans les populations les plus défavorisées, sans que ne soient connues les interactions qu'ils peuvent entretenir entre eux. Là où le modèle de l'échec social propose une voie causale unique, la voie socio-développementale cherche à proposer une modélisation interactionniste de ces différents facteurs. Dans une étude publiée en 2014, Morgan et ses collaborateurs ont tenté de préciser l'interaction qui peut exister entre ces différents facteurs de risque[554]. En effet, trois types d'interaction sont envisageables :

- *la médiation :* un facteur de risque reconnu de trouble mental A (par exemple la séparation avec un parent dans l'enfance) favorise l'exposition à un autre facteur de risque B (par exemple la précarité sociale à l'âge adulte), qui lui-même entraîne un risque majoré de trouble mental
- *la synergie :* deux facteurs de risques reconnus A et B agissent de manière additive et se cumulent pour augmenter le risque de présenter un trouble mental

[551] MALLETT R., Leff J., Bhugra D., Pang D. & Zhao J.H. (2002). Social environment, ethnicity and schizophrenia. A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*(7), 329–335.

[552] MORGAN C., Kirkbride J., Hutchinson G., Craig T., Morgan K., Dazzan P., Boydell J., Doody G.A., Jones P.B., Murray R.M., Leff J. & Fearon P. (2008). Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: a case-control study. *Psychological Medicine*, *38*(12), 1701–1715.

[553] BHUI K., Stansfeld S., McKenzie K., Karlsen S., Nazroo J. & Weich S. (2005). Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom. *American Journal of Public Health*, *95*(3), 496–501.

[554] MORGAN C., Reininghaus U., Fearon P., Hutchinson G., Morgan K., Dazzan P., Boydell J., Kirkbride J. B., Doody G.A., Jones P.B., Murray R.M. & Craig T. (2014). Modelling the interplay between childhood and adult adversity in pathways to psychosis: initial evidence from the AESOP study. *Psychological Medicine*, *44*(2), 407–419.

- *la médiation synergique* : la relation entre deux facteurs de risque A et B peut prendre à la fois la forme de la médiation et de la synergie

Les résultats de l'étude de Morgan et *al.* sont en faveur du modèle de la médiation synergique. En effet, les auteurs ont étudié le type d'interaction qui pouvait relier les facteurs de risque suivants : séparation avec un parent dans l'enfance, mort d'un parent dans l'enfance, faible réussite scolaire, faible estime de soi et désavantages sociaux. Il était retrouvé un fort effet de médiation entre la séparation avec un parent dans l'enfance et la psychose via les désavantages sociaux et la faible réussite scolaire ainsi qu'un fort effet de synergie entre la séparation avec un parent dans l'enfance, la précarité sociale dans l'enfance et les désavantages sociaux à l'âge adulte. Ce double effet suggère que l'hypothèse de la médiation synergique est la plus à même de rendre compte de l'interaction entre les facteurs sociaux qui interviennent dans le risque de troubles mentaux. Cet effet de médiation synergique tend à apporter des arguments à l'encontre du modèle de l'échec social, qui n'intègre nullement la prise en compte des interactions existantes entre les facteurs sociaux.

Partant de l'impossibilité de retrouver une voie causale unique au risque élevé de troubles mentaux démontré chez les migrants et minorités ethniques et des conclusions données de la littérature retrouvant une hétérogénéité significative de prévalence de troubles mentaux en fonction des minorités ethno-raciales, Morgan et ses collaborateurs proposent une modélisation multifactorielle prenant en compte plusieurs facteurs de risque et leurs interactions au cours des différentes étapes du développement pour apporter une théorie explicative prenant en compte les facteurs génétiques, biologiques, cognitifs et sociaux. L'accent est notamment porté sur l'importance que revêtent les facteurs sociaux, par les biais des dysfonctionnements cognitifs et biologiques qu'ils entraînent.

L'hypothèse socio-développementale intrique un a) risque génétique présent à la naissance, plus ou moins élevé selon les individus à b) des facteurs environnementaux présents

à la fois pendant l'enfance (traumatismes infantiles) et l'âge adulte, eux-mêmes en lien avec un contexte donné au sein duquel le statut social prend toute son ampleur. L'association de ces différents facteurs de risque entraînerait une vulnérabilité plus grande aux troubles mentaux sous la forme de c) symptômes prodromiques (anxiété, dépression, expériences pré-psychotiques) et de dysfonctionnements cognitifs et neurobiologiques, terrain sur lequel d) la réitération de facteurs de stress sociaux entraînerait une entrée dans la pathologie mentale avérée. L'hypothèse principale sous-tendue par cette modélisation est donc que ce sont les expériences sociales délétères et le contexte de vie qui impactent significativement la survenue des troubles mentaux chez certains individus à risque.

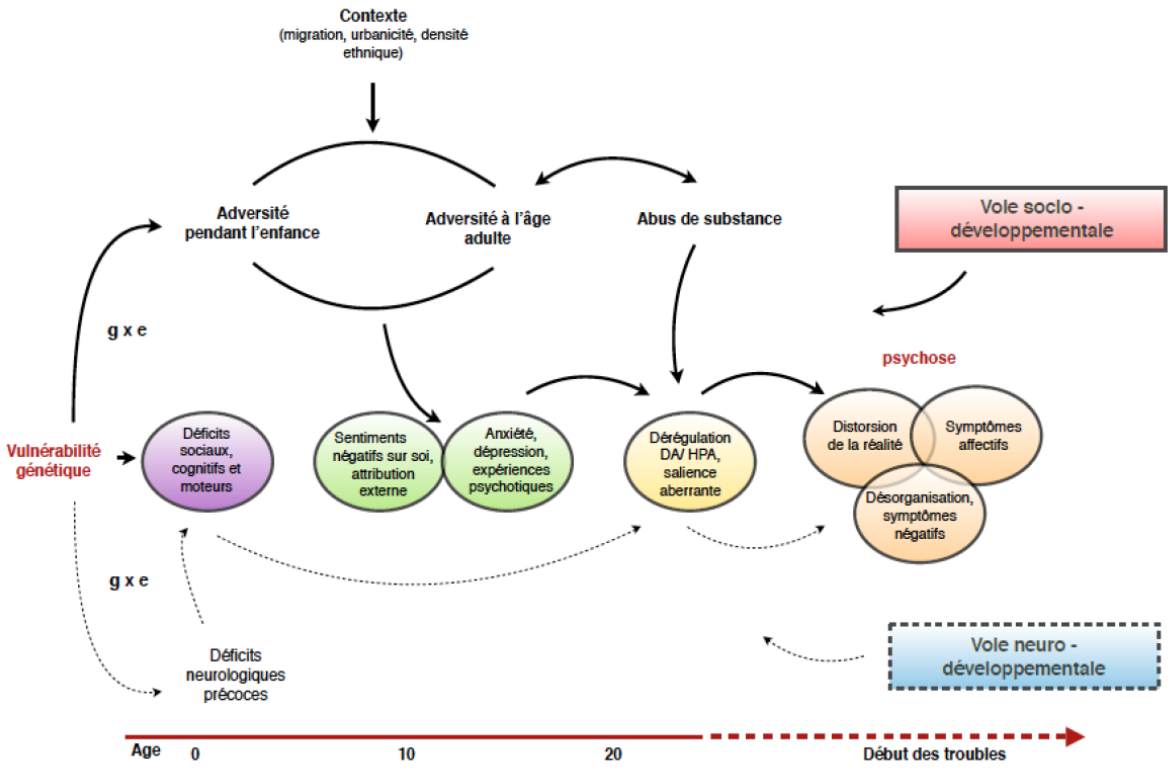

FIGURE 3. LE MODELE SOCIO-DEVELOPPEMENTAL (ADAPTE DE MORGAN *ET AL.*, 2019[555])

[555] MORGAN C. *et al.* (2019), *op.cit.*

Tout comme le modèle de l'échec social, celui proposé par Craig Morgan et ses collaborateurs a comme intérêt principal de mettre au cœur de l'étiopathogénie des troubles mentaux les déterminants sociaux de la santé. L'importance du contexte social est ainsi clairement soulignée par les auteurs et mise en exergue dans la modélisation proposée. La vulnérabilité aux troubles mentaux est ainsi décrite, non pas comme la conséquence d'une cause uniquement génétique, mais comme l'interaction d'une double vulnérabilité à la fois génétique et sociale, venant impacter le développement psychomoteur et cérébral de l'individu au cours de son développement. De plus, ce modèle a l'avantage de prendre en compte à la fois le caractère dynamique de la survenue des troubles mentaux et les interactions entre gènes et environnement social ainsi qu'entre les facteurs sociaux qui existent dans l'augmentation du risque au cours de l'enfance, de l'adolescence, puis de l'âge adulte.

La limite principale du modèle socio-développemental est son caractère pour l'heure heuristique, puisqu'il n'existe actuellement aucune étude ayant démontré la validité du modèle en suivant une méthodologie longitudinale, permettant de démontrer l'enchaînement causal des différents phénomènes psychopathologiques évoqués. Si la construction du modèle repose sur un certain nombre de données scientifiques solides, la validité de leur mise en corrélation demeure à prouver. L'effet précis des facteurs sociaux reste ainsi peu documenté, tant du point de vue de la période d'effet, que des conséquences précises qu'ils peuvent avoir sur l'individu. Le manque de données quantitatives sur l'ensemble des dimensions du modèle représente ainsi sa principale limite.

5.4. QUELS ROLES DES PROFESSIONNELS DE SANTE ?

5.4.1. ATTITUDES DES PROFESSIONNELS ET INEGALITES D'ACCES AUX SOINS

Dans sa description des effets du racisme sur la santé, Daniels souligne que les attitudes potentiellement discriminatoires des soignants constituent un facteur important de maintien des inégalités raciales et sociales de santé. Au cours des dernières années, la problématique des inégalités sociales de santé et de la santé des personnes migrantes ou issues de minorités ethniques ont amené un certain nombre de professionnels de la santé, soignants, enseignants en santé ou chercheurs, à envisager des approches qui permettent justement de favoriser l'accueil et la prise en charge de ces populations au sein des services de santé. Les études internationales démontrent en effet que les professionnels de santé et les étudiants en santé tendent à présenter des attitudes négatives, voire discriminatoires, à l'égard des personnes les plus défavorisées socialement[556], qu'il s'agisse des populations migrantes ou des personnes de faible niveau socioéconomique. D'après une revue de la littérature portant sur vingt études, face à des personnes présentant un faible niveau socioéconomique, les médecins vont par exemple tendre à donner moins d'informations, à présenter une attitude plus neutre et moins empathique et à moins impliquer les personnes dans les prises de décision[557]. En retour, ces dernières vont présenter un taux d'insatisfaction élevé vis-à-vis des soins, limitant leur souhait de consulter par la suite pour des problèmes de santé[558]. Cette altération de l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées en réaction aux attitudes négatives des professionnels s'ajoute aux mécanismes complexes impliqués dans les liens entre inégalités sociales et inégalités sociales

[556] LEAUNE E., Rey-Cadilhac V., Oufker S., Grot S., Strowd R., Rode G., & Crandall S. (2021). Medical students attitudes toward and intention to work with the underserved: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, *21*(1), 129.

[557] VERLINDE E., De Laender N., De Maesschalck S., Deveugele M. & Willems S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*, *11*, 12.

[558] *Ibid.*

de santé. Ainsi, améliorer les compétences des professionnels de santé à accueillir et prendre en charge des populations précaires, marginalisées ou d'origines culturelles diverses vise à limiter le défaut d'accès aux soins de ces populations et à favoriser leur prise en charge optimale au sein du service de santé. Les notions de responsabilité sociale en santé et d'humilité culturelle ont notamment été particulièrement développées au cours des dernières années. Ces approches ne sont pas spécifiques à la santé mentale et à la psychiatrie, mais ouvrent des pistes intéressantes pour envisager la lutte contre les inégalités sociales de santé mentale en impliquant les professionnels de santé.

5.4.2. LA RESPONSABILITE SOCIALE EN SANTE

Jusque récemment, la notion de responsabilité des soignants à l'égard des patients a principalement été envisagée dans le cadre du colloque singulier entre le médecin et son patient, lié aux convictions morales personnelles ou professionnelles du médecin, plutôt qu'au titre d'une responsabilité collective des institutions ou de la profession médicale[559]. Cet abord duel se reflète en partie dans la place importante donnée par la philosophie de la santé à la philosophie de la responsabilité développée par Emmanuel Levinas[560]. Philippe Svandra rappelle par exemple que « dans l'esprit de Levinas, avant la justice, la responsabilité pour autrui est première car : « On doit rappeler que la proximité n'est pas d'emblée jugement de justice, mais au préalable responsabilité pour autrui, qu'elle ne se mue en jugement qu'avec l'entrée du tiers »[561]. L'enjeu des inégalités sociales de santé, l'importance donnée aux droits et à la parole des patients ou encore les polémiques liées aux phénomènes de discrimination en

[559] RITZ S.A., BEATTY K. & ELLAWAY R.H. (2014). Accounting for social accountability: developing critiques of social accountability within medical education. *Education for Health*, *27*(2), 152–157.

[560] MAILLARD N. (2004). Emmanuel Lévinas et l'éthique médicale. De la relation à l'Autre au rapport de soin, *Éthique & Santé*, *1*(2), 100-106.

[561] SVANDRA P. (2018). Introduction à la pensée d'Emmanuel Levinas. Le soin ou l'irréductible inquiétude d'une responsabilité infinie. *Recherche en soins infirmiers*, *132*, 91-98.

santé amène depuis quelques années les professions de santé à davantage interroger leur rôle social et leur implication dans la persistance des inégalités sociales de santé. Inévitablement, les formateurs en santé et en médecine se sont également interrogés sur la manière dont l'enseignement de la pratique médicale et soignante se devait de répondre à ces besoins.

C'est dans ce contexte global que la notion de responsabilité sociale (*social accountability*) a été introduite dans le champ de la pédagogie médicale par Charles Boelen et Jeffery Heck en 1995[562], dans les suites d'une assemblée de l'Organisation Mondiale de la Santé. La responsabilité sociale est alors définie comme « l'obligation pour les facultés de médecine d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région/ou nation qu'elles ont comme mandat de servir »[563]. Comme l'écrivent Lefève et Gateau (2015), la notion de responsabilité sociale traduit ainsi « un dépassement de l'éthique du colloque singulier vers une philosophie du soin tant sociale qu'environnementale »[564]. Deux principes fondamentaux se trouvent au cœur de la notion de responsabilité sociale, à savoir celui d'altruisme, par l'intérêt prioritaire qui doit être porté au bien-être de la société, et d'altérité, au sens du souci d'intégration dans le contexte social[565]. Boelen, Grand'maison, Ladner et Pestiaux[566] évoquent le fait que la responsabilité sociale repose à la fois sur des principes humanistes et systémiques. Les principes humanistes évoqués sont les quatre suivants : la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficience. Le principe de qualité garantit à chacun l'accès à des meilleures ressources pour protéger, rétablir et promouvoir son état de bien-être physique, mental et social, notamment par

[562] BOELEN C., HECK J.E. & World Health Organization. Division of Development of Human Resources for Health. (1995). Defining and measuring the social accountability of medical. *World Health Organization.*

[563] *Ibid.*

[564] LEFEVE C., GATEAU V. (2015). Responsabilité sociale : un point de vue philosophique. *Pédagogie médicale*, *16*(3), 167–170.

[565] BOELEN C., Grand'Maison P., Ladner J. & Pestiaux D. (2008). Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. *Pédagogie Médicale, 9*(4), 235-244.

[566] *Ibid.*

un ensemble de services conformes au confort et à la dignité de la personne. Le principe d'équité tend à garantir pour chacun l'accès sans entrave aux services de santé, sans se trouver confronté à quelconque forme de discrimination. Le principe de pertinence appelle à répondre aux besoins de santé prioritaires et à porter une attention particulière aux populations les plus vulnérables de la société. Enfin, le principe d'efficience encourage le meilleur usage possible des ressources de santé, humaines et matérielles, en direction de l'intérêt général. Les principes systémiques se rapportent à la compréhension de la complexité du système de santé et à la capacité d'y trouver une place aussi utile que possible.

Comme le souligne, Ritz, Beatty & Ellaway[567], le terme de responsabilité sociale a gagné en imprécision autant qu'il a gagné en reconnaissance au fil des années. En effet, il semble être utilisé sous différentes acceptions et recouvrir des réalités différentes selon les acteurs par lesquels il est utilisé. Trois termes différents sont ainsi distingués en anglais, entre la responsabilité sociale, la responsabilité sociétale et la réponse sociale[568]. Si la responsabilité sociale constitue l'engagement en direction de la ou des communautés que les centres hospitalo-universitaires ont le mandat de servir, la responsabilité sociétale correspond plus précisément à l'obligation de répondre aux besoins de santé de ces communautés. La responsabilité sociétale s'intéresse ainsi plus particulièrement à la problématique des inégalités de santé et à la manière d'y répondre. La réponse sociale correspond à l'ensemble des actions mises en place pour répondre aux obligations de responsabilité sociale et sociétale.

La notion de responsabilité sociale peut notamment être corrélée à la compétence de plaidoyer en santé (*health advocacy*) qui constitue la capacité pour les professionnels de santé à assurer l'accès aux soins, mobiliser les ressources nécessaires, s'orienter dans le système de soin, lutter contre les inégalités de santé, influencer les politiques de santé et créer les conditions

[567] RITZ S.A. *et al.* (2014), *op.cit*.
[568] *Ibid*.

de changement au sein du système de soin, autant pour un patient donné que pour la communauté au sein de laquelle ils pratiquent[569]. Tout comme la responsabilité sociale, la notion de plaidoyer en santé repose ainsi principalement sur la connaissance et la compréhension de la notion de déterminants sociaux de santé. Cette compétence inscrit le médecin dans une philosophie sociale du soin et dans un rôle social complexe, pour lequel peu de facultés de médecine proposent aujourd'hui des enseignements dédiés[570]. En effet, la responsabilité sociale pourrait également être définie comme l'obligation de former des étudiants compétents dans le champ du plaidoyer en santé, afin de lutter contre les inégalités de santé et influer positivement sur la santé des communautés dont elles ont la responsabilité.

Dans un article récent Smitherman, Baker et Wilson[571] appellent ainsi à ce que la responsabilité sociale constitue un nouveau pilier des missions des facultés de médecine. Pour ces trois auteurs, le fait de considérer le rôle des centres hospitalo-universitaires sous l'habituel triptyque de l'enseignement, la recherche et de l'activité de soin ne rend plus suffisamment compte de la nécessité des facultés de répondre aux besoins de la société et à l'intrication forte de ces dernières avec la communauté qu'elles doivent servir. Smitherman, Baker & Wilson plaident ainsi pour une répartition quadripartite des missions des facultés de médecine, ajoutant au triptyque habituel la mission de responsabilité sociale[572]. En 2011, la conférence collective pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine retenait dix axes prioritaires pour la responsabilité sociale[573] :

---

[569] HUBINETTE M., Dobson S., Scott I. & Sherbino J. (2017). Health advocacy. *Medical Teacher*, *39*(2), 128–135.

[570] REEVE C., Woolley T., Ross S.J., Mohammadi L., Halili, S.B.Jr, Cristobal F., Siega-Sur J.L. & Neusy A.J. (2017). The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. *Medical Teacher*, *39*(1), 67–73.

[571] SMITHERMAN H.C.Jr, Baker R.S. & Wilson M.R. (2019). Socially accountable Academic Health Centers: pursuing a quadripartite mission. *Academic Medicine*, *94*(2), 176–181.

[572] *Ibid.*

[573] BOELEN C. (2011). Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Santé Publique*, *23*, 247-250.

1) L'anticipation des besoins en santé de la société

2) La création de partenariat avec le système de santé et les autres acteurs

3) L'adaptation aux rôles nouveaux des médecins et autres professionnels de la santé

4) L'éducation basée sur des résultats escomptés

5) L'instauration d'une gouvernance réactive et responsable

6) La redéfinition de normes pour l'éducation, la recherche et la prestation de services

7) L'amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de service

8) L'institutionnalisation de mécanismes d'accréditation

9) L'adhésion aux principes universels et l'adaptation au contexte local

10) La prise en compte du rôle de la société

Un projet de recherche-action international a porté entre 2012 et 2016 sur 26 facultés de médecine francophones, en vue de mesurer la perception de l'intérêt de la faculté, de ses membres et de ses partenaires pour l'applicabilité et la mise en œuvre des concepts de responsabilité sociale[574]. Cette recherche a mis en avant la relative méconnaissance par les différents répondants des concepts et principes de la responsabilité sociale. Les facultés se disaient intéressées par l'implémentation d'enseignements portés vers les principes de responsabilité sociale, mais craignaient que de nombreux freins (résistance au changement, manque de sensibilisation…) n'entravent la mise en place de tels projets. Les étudiants faisaient notamment part d'un intérêt important pour cette problématique. Cette étude soulignait ainsi la nécessité de poursuivre et de renforcer l'information et la sensibilisation autour de la responsabilité sociale au sein des facultés de médecine et leurs institutions partenaires.

[574] LADNER J., Maherzi A., Poitevien G., Pestiaux D., Grand'Maison P., Gomès J., Nawar T., Neuzy A.J., Roland M. & Boelen C. (2015). Responsabilité sociale des facultés de médecine francophone : organisation, résultats et leçons apprises du projet de recherche-action international des facultés de médecine francophones. *Pédagogie Médicale, 16*, 189-200.

5.4.3. L'HUMILITE CULTURELLE

L'existence d'une vulnérabilité particulière des populations migrantes, particulièrement celles en demande d'asile et réfugiées, et des minorités ethniques en termes de santé n'est pas sans implication sur la pratique clinique. Elle informe la nécessité d'adopter une position professionnelle amenant à prendre en compte la réalité transculturelle de la relation de soin, de s'intéresser aux croyances culturelles des patients mais aussi de prendre connaissance des facteurs influant sur la santé de ces populations (de la période pré-migratoire à la période actuelle). La compétence culturelle peut être définie comme « un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques qui se rejoignent dans un système et parmi les professionnels et permettre de travailler efficacement dans des situations interculturelles »[575]. Dans le champ médical, elle fait référence à la notion de compétence décrite par le référentiel canadien CanMEDS qui vise à « définir de façon détaillée les compétences requises dans tous les domaines de l'exercice de la médecine et d'établir ainsi des fondements solides pour la formation médicale »[576]. La compétence y est décrite comme une « aptitude observable chez un professionnel de la santé qui se développe par étapes d'expertise, du clinicien débutant au clinicien expert »[577]. Dès lors, la notion de compétence culturelle s'intéresse aux aptitudes propres à la relation de soin en situation transculturelle, en insistant sur les différentes perceptions culturelles de la maladie et des traitements en fonction des cultures et des individus. Les enjeux liés à la diversité culturelle sont ainsi mis au cœur de cette notion de compétence culturelle qui vise à guider les clinicien(ne)s dans la recherche, l'évaluation et la compréhension des facteurs culturels impliqués dans la relation de soin.

---

[575] National Center for Cultural Competence: Curricula Enhancement Module Series [Internet]. Georgetown University Center for Child and Human Development. Available at: https://nccc.georgetown.edu/curricula/culturalcompetence.html.

[576] Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Référentiel CanMEDS : https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-f.pdf

[577] *Ibid.*

En psychiatrie, le DSM-IV avait par exemple introduit la démarche de « formulation culturelle », qui est devenu de plus en plus opérationnalisé avec « l'entretien de formulation culturelle » dans le DSM-5[578]. L'entretien de formulation culturelle fournit aux clinicien(ne)s une approche systématique pour obtenir le modèle explicatif d'un patient, en prêtant attention à quatre principaux domaines d'évaluation : (1) les perceptions culturelles de la cause du trouble, (2) les perceptions culturelles du contexte et du soutien social, (3) les facteurs culturels influençant l'auto-adaptation et les antécédents de recherche d'aide, et (4) les facteurs culturels influençant la recherche d'aide actuelle. Ce questionnaire semi-structuré en 16 points examine directement l'influence des facteurs culturels sur l'évaluation diagnostique, sur les comportements de santé et sur les résultats attendus du traitement. Il permet de guider les clinicien(ne)s dans la relation de soin en évaluant de manière exhaustive le rôle des facteurs culturels dans les perceptions de la personne reçue ou de son entourage à l'égard de la maladie et des traitements.

Ainsi, la notion de compétence culturelle s'intéresse à la diversité culturelle et à son impact sur la compréhension mutuelle entre soigné(e)s et soignant(e)s, sur l'expression des symptômes, sur les facteurs causaux des troubles ou encore sur les croyances concernant les traitements et thérapeutiques. Cependant, l'absence de prise en compte des enjeux sociaux liés aux inégalités sociales de santé et aux facteurs d'adversité sociales constitue une limite forte du concept de compétence culturelle qui a fait l'objet de fortes critiques au cours des dernières décennies.

En 1998, Mélanie Tervalon et Jann Muray-Garcia ont introduit la notion « d'humilité culturelle » dans une approche critique de celle de compétence culturelle[579]. L'idée d'une forme

[578] Entretien de formation culturelle du DSM-5 : https://multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2019/11/2013_DSM5_CFI_Versioninformateur_FR_REV1.pdf

[579] TERVALON M. & MURRAY-GARCIA J. (1998), *op.cit.*

d'expertise culturelle, prenant principalement, voire uniquement, la forme de connaissances au sujet de personnes issues d'autres cultures, concernant notamment les facteurs de risque propres à leur culture, leurs croyances et comportements culturellement définis, s'avère en effet problématique pour assurer une réelle compréhension des besoins des personnes rencontrées. Les problématiques transculturelles dans le soin ne se résument pas uniquement à un manque de connaissance à l'égard des autres cultures, mais reposent également sur des attitudes négatives des soignant(e)s et plus globalement du système de santé à l'égard des personnes migrantes et issues de minorités ethniques. Selon Tervalon et Muray-Garcia, l'humilité culturelle « intègre un engagement tout au long de la carrière à la réflexivité critique pour redresser les déséquilibres de pouvoir dans la relation médecin-patient et développer des partenariats mutuellement bénéfiques et non paternalistes avec les communautés en faveur des individus et des populations »[580]. Elle se définit donc par l'adoption d'une position réflexive et autocritique, non-paternaliste, centrée sur le/la patient(e), ouverte à autrui et aux expériences de l'autre, mais également fondée sur une approche basée sur la santé publique, le plaidoyer en santé et la conscience des injustices sociales et des enjeux de pouvoir. Depuis la fin des années 1990, la notion d'humilité culturelle s'est ainsi progressivement inscrite comme modèle de la relation soignant(e)-soigné(e) en contexte interculturel. En 2016, Foronda *et al.*[581] ont effectué une revue systématique de la littérature en vue d'établir les principes fondamentaux de l'humilité culturelle. Tout d'abord, les auteurs identifient également deux concepts qui ont prévalu dans l'émergence du concept d'humilité culturelle, à savoir la diversité culturelle (*diversity*) et le déséquilibre de pouvoir (*power inbalance*). La diversité culturelle, ou multiculturalisme, fait référence à la coexistence de plusieurs cultures au sein des sociétés modernes et à la question des différences culturelles, mais également aux enjeux d'injustices

[580] *Ibid.*

[581] FORONDA C., Baptiste D.L., Reinholdt M.M. & Ousman K. (2016). Cultural humility: a concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, *27*(3), 210–217.

qui s'y trouvent reliés. Le déséquilibre de pouvoir souligne de manière plus large les injustices sociales qui s'inscrivent à la fois dans la société, au travers des phénomènes de discrimination, d'oppression ou de racisme, mais également dans la relation de soin. Ainsi, au contraire de la notion de compétence culturelle, l'humilité culturelle s'inscrit non seulement dans un enjeu de reconnaissance de la diversité culturelle mais également dans une prise de conscience par les soignant(e)s des enjeux de pouvoir et d'injustice qui traversent la société et la relation de soin. A l'issue de l'analyse de l'ensemble de la littérature sur l'humilité culturelle, une liste de cinq principes fondamentaux est retenue par les auteurs.

La notion d'ouverture (*openess*) représente l'ouverture d'esprit que doit avoir le/la professionnel(le) à l'égard de l'interaction avec une personne d'une autre culture et se définit comme le fait de présenter une attitude qui soit encline à explorer de nouvelles idées. Elle constitue une première étape de la démarche d'humilité culturelle.

La conscience de soi (*self-awareness)* s'entend comme la connaissance de ses propres qualités, limites, valeurs, croyances, comportements et apparence. Avoir conscience de ses valeurs et croyances est notamment fondamental pour permettre de limiter ses propres biais culturels dans la rencontre avec autrui.

L'absence d'égo (*egoless*) renvoie à la nécessaire humilité et modestie que requiert la prise en charge d'une personne culturellement différente. Ainsi, mettre de côté son propre égo est fondamental pour engager l'humilité culturelle dans une volonté de relation horizontale, mais plus fondamentalement encore pour limiter les enjeux de pouvoir entre soignant(e)s et personnes soignées et créer un climat d'égalité et d'équité.

L'interaction soutenante (*supportive interaction*) s'inscrit dans les différents types d'actions et d'engagements qui vont être opérés en faveur de l'humilité culturelle par le/la professionnel(le). Elle repose notamment sur l'objectif de permettre des échanges humains positifs et respectueux au travers de l'engagement et de la responsabilité du/de la soignant(e).

La réflexivité et la critique (*self-reflexion and critique*) reposent sur la capacité à mettre en œuvre un processus critique permanent à l'égard de ses propres pensées, émotions ou actions. Cette attitude de réflexivité et d'autocontrôle par introspection va permettre de favoriser un ajustement permanent aux situations rencontrées, mais également aux forces et limites de chaque soignant engagé dans un soin en situation interculturelle. Elle doit être mise en place par le/la professionnel(le) au cours de chaque échange, mais également tout au long de sa carrière.

Les auteurs identifient également dans leur revue de la littérature les différentes conséquences attendues de la mise en place de l'humilité culturelle. L'empowerment et le respect mutuel, le partenariat, des soins optimaux et un développement professionnel continu constituent ainsi les objectifs visés lors de l'engagement dans une démarche d'humilité culturelle. La mise en œuvre de soins optimaux doit reposer sur des prises de décisions partagées, discutées qui favoriseront l'engagement du soignant et du soigné au travers d'un climat de partenariat. Le respect mutuel entre soignant(e)s et soigné(e)s s'inscrit ainsi dans une démarche de communication horizontale qui favorise l'*empowerment* et limite les enjeux de pouvoir liés à la relation de soin et aux inégalités sociales de santé. L'efficience des soins s'en trouvera dès lors majorée, apportant un sentiment de satisfaction plus important à l'ensemble des acteurs impliqués dans les soins. L'apprentissage professionnel continu s'inscrit dans la réflexivité et l'autocritique continues tout au long de la carrière et des relations de soin qui vont amener le/la professionnel(le) à améliorer ses connaissances, ses aptitudes et ses attitudes. Des exemples d'antonymes de la notion d'humilité culturelle identifiés par Foronda *et al.* sont le préjudice, l'oppression, l'intolérance, la stigmatisation, la discrimination, l'exclusion, le stéréotype, la méfiance, le jugement ou encore la mésentente[582]. Ces termes permettent de souligner l'ensemble des écueils qui doivent être évités dans la relation de soin et au cœur des

[582] *Ibid.*

systèmes de santé. Les professionnel(le)s de santé doivent en effet s'attacher à prévenir ses écueils, tout en ayant conscience que le stress, le manque de temps ou l'épuisement professionnel risquent de favoriser des attitudes négatives de leur part et limiter leur capacité à engager une démarche d'humilité culturelle.

L'humilité culturelle se rapproche ainsi de la notion de responsabilité sociale en santé[583], qui invite également à prendre en compte le contexte social des personnes rencontrées en pratique clinique quotidienne et les besoins spécifiques des populations dont elles sont issues, en vue de développer des attitudes et des décisions thérapeutiques au plus près des besoins de santé des personnes et des populations. Si la différence culturelle constitue un biais possible nuisant à la compréhension entre les patients et les soignants en psychiatrie, la différence sociale peut également jouer un rôle important dans ces incompréhensions. La réalité quotidienne de précarité et d'incertitude auxquelles sont confrontées la plupart des populations migrantes – et notamment les populations en demande d'asile – constitue une adversité sociale impactant la santé mentale des individus et pouvant également entraver la communication entre soignants et patients. Une approche compréhensive, centrée sur le vécu d'acculturation et de stress social, est ainsi primordiale pour limiter l'adversité vécue et favoriser l'efficacité thérapeutique.

[583] BOELEN, C., DHARAMSI S. & GIBBS T. (2012). The social accountability of medical schools and its indicators. *Education for Health*, *25*(3), 180–194.

5.5. CONCLUSION

Notre état de l'art nous permet de conclure que l'existence d'inégalités sociales de santé mentale ouvre un enjeu de justice sociale pour lequel il convient de proposer une approche philosophique adéquate. Ce présent chapitre a permis de démontrer le rôle prépondérant des déterminants sociaux de la santé dans la dégradation progressive de la santé mentale des personnes migrantes, en distinguant notamment le rôle de la précarité sociale, de la discrimination ethno-raciale et du stress acculturatif. Cet état de l'art montre que notre travail de thèse ne constitue pas une simple répétition à quelques années d'intervalle des critiques déjà énoncées par Didier Fassin et Richard Rechtman. Didier Fassin appuie en effet principalement sa critique de l'ethnopsychiatrie sur « l'effacement de la condition sociale » des populations immigrées, soumises à l'insécurité financière et professionnelle, vivant dans des conditions d'insalubrité et de précarité[584]. Pour autant, notre état de l'art souligne combien la connaissance des déterminants sociaux de la santé mentale s'est développée au cours des vingt-dernières années, permettant d'analyser plus en détail les limites de l'approche ethnopsychiatrique. De plus, le développement de stratégies d'intervention dans le champ des inégalités sociales de santé, telle que la responsabilité sociale, ou des soins en situation transculturelle, à l'instar de l'humilité culturelle, permet de comparer l'ethnopsychiatrie avec d'autres approches actuelles. Dans le même temps, les réflexions portant sur le multiculturalisme et ses effets potentiels sur la santé mentale offrent également des pistes d'évaluation des formes différentes de reconnaissance des différences culturelles. Enfin, et le plus important sans doute, aucun auteur n'a jusqu'alors proposé de modèle théorique de la santé mentale des personnes migrantes sous l'angle de la justice sociale, que ce soit à partir du paradigme de la reconnaissance ou de la redistribution. Les travaux récents dans le champ de la justice sociale en santé offrent cependant

[584] FASSIN D. (1999), *op.cit*, p. 169.

aujourd'hui des pistes pertinentes pour proposer un autre regard sur la problématique de la santé mentale des personnes migrantes.

CHAPITRE 6

LES APPROCHES PAR LA RECONNAISSANCE

Lorsqu'elle emprunte la voie de la philosophie, la psychiatrie s'intègre le plus généralement dans les champs de la phénoménologie ou de l'épistémologie, autour de questions sur l'expérience des symptômes psychiatriques ou sur l'évolution des classifications et nomenclatures diagnostiques. Il est cependant une autre voie de réflexion philosophique dans laquelle la psychiatrie ne s'est que rarement engagée, à savoir celle de la philosophie de la justice. Cet état de fait repose sans nul doute sur un faisceau de facteurs complexes qu'il ne s'agira pas d'analyser dans ces pages, mêlant des causes historiques, épistémologiques et sociologiques qui n'ont jamais amené les psychiatres ou les philosophes à entamer une réflexion aboutie concernant les questions de santé mentale envisagées sous l'angle des théories de la justice. Le second constat est celui d'une relative absence de réflexions des spécialistes de la juste sociale en santé concernant la santé mentale. Comme le rappelle Norman Daniels[585], John Rawls élimine de fait les problématiques de santé dans son élaboration d'une théorie de la justice comme équité. En effet, Rawls énonce les principes de sa théorie à partir d'un postulat évinçant l'idée de maladie en imaginant une expérience de pensée incluant des personnes « en pleine possession de leurs moyens de fonctionnement normal tout au long de leur vie » et dont sont *a priori* exclues les personnes souffrant de maladies ou de handicaps. Si Normal Daniels a proposé une extension des théories de la justice à la santé en général, le manque de travaux

[585] DANIELS N. (2009). L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé. *Raisons politiques*, *34,* 9-29.

dédiés demeure d'actualité au sujet de la santé mentale. Dès lors, concilier santé mentale et justice sociale constitue un enjeu et un objectif théorique et pratique important.

Nous évoquerons en premier lieu dans ce chapitre les approches portant sur la reconnaissance, qui semblent *a priori* les plus à même de pouvoir répondre, dans le même temps, aux enjeux de santé mentale et de reconnaissance des différences culturelles posés par l'ethnopsychiatrie. En effet, les travaux d'Emmanuel Renault sur les effets de l'injustice sociale en termes de souffrance psychique et ceux de Charles Taylor sur le multiculturalisme offrent des perspectives intéressantes pour aborder la santé mentale des personnes migrantes. L'utilisation de théories psychologiques dans le développement des théories honnethiennes de la reconnaissance en fait par ailleurs des candidates sérieuses en vue d'élaborer une théorie de la justice sociale en santé mentale. Leur intérêt potentiel pour comprendre la situation de Jimmy Picard et les effets positifs de la prise en charge ethnopsychiatrique effectuée par Devereux auprès de Jimmy Picard sera ainsi discuté.

6.1. DE LA PSYCHANALYSE A LA RECONNAISSANCE ?

Le paradigme de la reconnaissance inscrit depuis plusieurs années dans le champ de la philosophie politique et des sciences sociales une grille de lecture renouvelée des rapports sociaux, dont les enjeux semblent pouvoir s'étendre autant dans la sphère collective qu'individuelle. Leur pertinence potentielle dans le cadre de la santé mentale des personnes migrantes repose notamment sur le fait que l'intérêt des théories de la reconnaissance dans le champ de la psychiatrie a gagné en importance au cours des dernières décennies, au travers notamment des travaux du psychiatre Christophe Dejours et du philosophe Emmanuel Renault[586]. De plus, les théories de la reconnaissance se sont également intéressées au multiculturalisme et aux enjeux politiques de la reconnaissance des différences culturelles qui pourraient s'intégrer dans une approche compréhensive de l'ethnopsychiatrie.

6.1.1. LE PARADIGME HONNETHIEN DE LA RECONNAISSANCE

De Paul Ricœur à Axel Honneth, le « primat de la reconnaissance » s'est inscrit dans la philosophie contemporaine comme une manière de penser les relations sociales et les enjeux de justice sociale, qu'ils comprennent les rapports interindividuels ou collectifs autour des questions de genre, d'orientation sexuelle, de statut socio-économique, de hiérarchie au travail ou encore de statut ethnique ou racial. Nancy Fraser écrit ainsi que « la 'lutte pour la reconnaissance' est en peu de temps devenu la forme paradigmatique du conflit politique du XXème siècle »[587]. Dans les suites d'auteurs comme Alexandre Kojève ou Théodore Adorno, Axel Honneth, philosophe contemporain de l'École de Francfort, est celui qui a porté la notion de reconnaissance à sa théorisation la plus aboutie, à partir de la notion de reconnaissance

[586] EHRENBERG Alain (2010). *La société du malaise*. Odile Jacob.

[587] FRASER Nancy. (2011). *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*. Éd. la Découverte. (Noté ci-après *QJS*).

(*Anerkenung*) théorisée par Hegel depuis ses travaux de jeunesse (période d'Iéna 1802-1807) jusque dans la *Philosophie de l'esprit*[588].

6.1.1.1. LA RECONNAISSANCE HEGELIENNE

Il s'agit en effet pour Honneth de fonder une nouvelle théorie critique à partir du moment de la « lutte pour la reconnaissance » (*Kampf um Anerkenung*) esquissé chez Hegel dans l'allégorie du maitre et de l'esclave[589]. Honneth vise dès lors à expliciter les attentes de reconnaissances inhérentes aux interactions sociales, ainsi que leur caractère normatif, en montrant qu'elles représentent une sorte « d'invariant » qui structure l'ordre social et fonde le lien social. Pour ce faire, il s'appuie sur trois figures (*Gestalten*) de la reconnaissance, inspirées de la dialectique hégélienne du maître et de l'esclave. La première figure que constitue la « lutte à mort » résulte de la rencontre de deux consciences qui se montrent prêtes à mourir dans leur désir d'être reconnue par l'autre, la lutte visant à conquérir par la force cette reconnaissance d'autrui. Se joue dans cette lutte le passage de la conscience à la conscience de soi, dès lors placée sous le signe de la dépendance radicale vis-à-vis de l'autre. Hegel souligne en effet que la suppression de l'une des consciences par l'autre constitue nécessairement un échec de la lutte pour la reconnaissance, dès lors que l'autre est supprimé en tant que vecteur de reconnaissance[590].

La seconde figure de la « maitrise et de la servitude » découle logiquement de la première figure de lutte à mort par le fait que cette dernière peut toujours se résoudre par la soumission de l'une des deux consciences à l'autre. La peur de mourir de l'une des deux consciences, plus forte que sa volonté d'affirmer sa liberté, peut l'amener à capituler et renoncer

[588] GUEGUEN H. & MALOCHET G. (2012). *Les théories de la reconnaissance*. La Découverte.

[589] HONNETH A (2006). *Les pathologies du social. La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*. La Découverte 2006

[590] « Le survivant existe aussi peu que le mort comme un être reconnu » (HEGEL G.W.F. (2004). *Philosophie de l'esprit*. J. Vrin).

à son « être-reconnu »[591], créant ainsi la relation asymétrique de la dialectique du maître et de l'esclave. L'un en effet, le maître, est reconnu mais ne reconnait pas l'esclave, tandis que ce dernier n'est pas reconnu mais reconnaît le maître au prix de sa propre liberté et au profit de sa propre aliénation[592]. La lutte à mort et le rapport maître/servitude constituent deux figures respectives de l'échec de la lutte pour la reconnaissance, en raison de l'absence de reconnaissance mutuelle et de « l'indépassable dissymétrie entre la servitude qui persiste entre la domination et la servitude »[593]. La troisième figure de « l'État et la vie éthique » constitue le moment politique du dépassement des échecs de la reconnaissance, en dépassant le point de vue des intérêts individuels pour inscrire l'ensemble des volontés dans la dimension de l'État, ce qu'Hegel nomme « l'universel concret »[594]. Seule la sphère politique est en effet à même de résoudre la problématique de la lutte pour la reconnaissance en permettant de dépasser la dissymétrie et l'inégalité des deux premières figures au profit d'une reconnaissance mutuelle, réciproque et égalitaire, qui assoit une véritable liberté pour l'ensemble des parties de la dialectique[595]. L'État constitue le moment de la réconciliation, permettant que la singularité et la particularité des individus soient intégrées à son universalité en leur assurant une reconnaissance en tant que membre d'une société civile (reconnaissance sociale) et que citoyen (reconnaissance politique). La réciprocité de la reconnaissance nécessite pour Hegel de dépasser la particularité de l'individu par l'accès à une dimension universelle, autorisée et

---

[591] *Ibid*, p. 231.

[592] « Dans ces deux moments, pour le maître, sa reconnaissance par le moyen d'une autre conscience se pose dans ces moments comme quelque chose d'inessentiel ; une première fois dans l'élaboration de la chose, et une autre fois dans sa dépendance à l'égard d'un être-là déterminé. […] Est donc ici présent ce moment de la reconnaissance dans lequel l'autre conscience se supprime comme être-pour-soi et fait ainsi elle-même ce que la première fait sur elle. » (HEGEL G.W.F. (2017). *La phénoménologie de l'esprit*. L'Harmattan, p. 162).

[593] GUEGUEN H. & MALOCHET G. (2012), *op.cit*., p. 35.

[594] HEGEL G.W.F. (2013). *Principes de la philosophie du droit* (3e édition entièrement révisée et augmentée). Presses universitaires de France.

[595] « Le maître qui se tenait face à l'esclave n'était pas encore véritablement libre ; car il ne s'intuitionnait pas encore lui-même totalement dans l'autre. C'est seulement pour autant que l'esclave devient libre que le maître, lui aussi, devient, en conséquence, complètement libre. Dans la situation définie par cette liberté universelle, je suis, en étant réfléchi en moi, immédiatement réfléchi, dans l'autre, et, inversement, je me rapport, en me rapportant à l'autre, immédiatement à moi-même », Hegel G.W.F. (2017), *op.cit*., p. 536.

assurée par l'État et concrètement inscrite dans la matérialité des institutions et du droit. L'appartenance à l'État fonde donc pour l'individu la possibilité de se reconnaître et d'être reconnu comme conscience de soi universelle, capable de s'abstraire de sa particularité pour se rapporter au bien commun et à l'universel. La dialectique de « l'extrême de la singularité » et de « l'extrême de l'universalité »[596] sera ainsi ajustée par l'État pour assurer la réussite de la reconnaissance pour l'ensemble de ses membres.

Pour Guéguen et Malochet, l'originalité de la théorie hégélienne de la reconnaissance repose sur quatre éléments principaux[597]. Tout d'abord, la reconnaissance se définit par son caractère moral, puisque le désir de reconnaissance, au-delà d'être une aspiration nécessaire à l'homme, vise à briser son immédiateté pour fonder le principe même de l'accès, avec et par l'autre, à sa propre liberté ainsi qu'à celle d'autrui. Ceci amène au second point : le désir de reconnaissance apparaît comme un vecteur de socialisation et de politisation, mais également de libération. Cette dimension unificatrice de la reconnaissance la distingue nettement de la notion d'honneur hobbesien dont la tendance destructrice amène les hommes à renoncer à leurs libertés naturelles, tandis que la reconnaissance va offrir aux hommes la liberté au prix d'une négation de leur naturalité et de l'immédiateté de leur volonté de maîtrise. Ensuite, l'objet de la reconnaissance porte chez Hegel sur la volonté propre des individus de voir reconnue leur appartenance à une dimension universelle, condition même de leur liberté. Ni pure universalité, ni pure particularité, la reconnaissance hégélienne articule dans un même moment la particularité en tant que volonté de participation à une dimension universelle et cette possibilité d'accéder à cette universalité comme condition à la liberté individuelle. Enfin, la théorie de la reconnaissance repose sur la notion centrale de lutte dont l'issue peut être positive, ce uniquement au travers de l'intervention de l'État. Ce besoin individuel, naturel et profond, de

[596] HEGEL G.W.F. (2013), *op.cit.*
[597] GUEGUEN H. & MALOCHET G. (2012), *op.cit.*

reconnaissance ne peut dès lors s'établir et se résoudre que si « les rapports sociaux sont relayés par une instance politique qui seule est à même d'apporter une issue positive aux luttes pour la reconnaissance »[598].

6.1.1.2. LA RECONNAISSANCE HONNETHIENNE

Axel Honneth a récemment proposé une théorie renouvelée et aboutie de la lutte pour la reconnaissance en s'appuyant principalement sur les premiers travaux hégéliens de la période d'Iéna (1802-1807). L'ambition d'Honneth, dans la pure tradition de la théorie critique de l'école de Francfort, est de développer une « nouvelle théorie critique » fondant un renouvellement de la justice sociale sur la théorie de la reconnaissance autour d'une « théorie sociale à teneur normative »[599]. Il s'agit en effet de proposer un modèle de compréhension du monde social reposant sur un fondement philosophique réactualisé et permettant de rendre compte des différentes interactions sociales concrètes en désignant les situations permettant ou non de résoudre positivement la lutte pour la reconnaissance. Honneth fait dès lors des exigences normatives de reconnaissance le fondement d'une théorie de la justice sociale qui permettent de définir et d'identifier les ressorts de le reconnaissance positive que sont les manifestations de reconnaissance répondant aux attentes des acteurs sociaux et de la reconnaissance négative que constituent le « mépris » (*Missachtung*) en tant que non-reconnaissance de ces attentes. L'originalité de la démarche honnethienne repose sur l'articulation proposée de l'esquisse hégélienne de la lutte pour la reconnaissance avec les travaux de la sociologie et de la psychologie sociale de Georges Herbert Mead et de la psychanalyse, notamment des écrits du pédiatre et psychanalyste britannique Donald Winnicott.

[598] *Ibid*, p. 39.
[599] HONNETH A., *LPR*.

G.H. Mead, considéré comme le fondateur de la psychologie sociale moderne, est un philosophe et sociologue américain ayant enseigné à l'Université de Chicago au début du XXème siècle. Ses travaux ont permis de fonder les bases de l'interactionnisme développé par l'école sociologique de Chicago et ont notamment inspiré Jürgen Habermas et Axel Honneth. Selon Mead, toute expérience individuelle doit être appréhendée sous le prisme de processus de socialisation dont la base sont les interactions avec autrui. Son approche développementale distingue dès lors trois étapes successives de socialisation que sont l'étape du jeu libre (*play*), du jeu réglementé (*game*) et de l'affirmation de soi. Au cours de la première étape, l'enfant utilise le mimétisme avec des « autruis significatifs » (père, mère, fratrie…) pour intérioriser les règles que ses partenaires de jeu font apparaître. Lors de la seconde étape, c'est un « autrui généralisé » auquel l'individu s'identifie dans le cadre du jeu « réglementé », lui permettant de comprendre la structuration du monde extérieur et d'intérioriser les normes du groupe. L'individualisation se structure ainsi par la construction du Soi, en articulation avec le Moi, intériorisation des normes du groupe, et le Je, différenciation et distinction par rapport aux valeurs extérieures. La troisième et dernière étape va permettre l'affirmation de soi à travers l'expression de sa singularité dans un contexte social dont il maîtrise les normes et peut se libérer, donnant au Je sa pleine mesure.

Le concept de « genèse intersubjective de l'individu »[600], central chez Mead, offre un canevas pertinent pour Honneth en vue d'établir une théorie reposant sur la notion hégélienne d'intersubjectivité de la reconnaissance, dans une approche critique de l'atomisme des théories du contrat social. Dès lors que la théorie de Mead permet d'affirmer qu'un individu ne peut prendre conscience de lui-même que du moment où il apprend à considérer sa propre action dans la perspective d'une seconde personne, cela permet pour Honneth de constituer le

[600] GUEGUEN H. & MALOCHET G. (2012), *op cit.,* p. 47.

« premier pas vers une fondation naturaliste de la théorie hégélienne de la reconnaissance »[601]. La preuve empirique de la primauté de la perception de l'autre sur le développement de la conscience de soi apportée par Mead confirme en effet pour Honneth la dialectique entre particularité et universalité de la lutte pour la reconnaissance et constitue une « version psychosociologique de la théorie de la reconnaissance du jeune Hegel »[602]. L'individualisation de l'individu ne peut en effet aboutir, autant chez Mead que chez Hegel, qu'à la condition *sine qua non* d'une construction progressive et intersubjective des conditions même de sa propre liberté et de l'affirmation de soi. La psychologie développementale de Mead offre également à Axel Honneth un cadre scientifique empirique à l'idée d'une progressivité de la lutte pour la reconnaissance telle qu'elle est décrite chez Hegel, qu'il décrit sous la forme de « modèles de reconnaissance intersubjective »[603] que représentent l'amour, le droit et la solidarité. Honneth retient en effet des travaux de Mead l'idée d'un triptyque de reconnaissance mutuelle reposant sur les liens affectifs, la reconnaissance juridique et l'adhésion à un groupe solidaire.

Afin d'asseoir la composante psychologique de sa théorie de la reconnaissance, notamment la nécessité de la reconnaissance mutuelle dans la sphère affective pour permettre l'accès aux autres formes de reconnaissance, Axel Honneth s'appuie également sur les travaux psychanalytiques de Donald Winnicott autour de la construction du psychisme de l'enfant en interaction avec son environnement familial. Les travaux de Winnicott permettent notamment à Honneth de considérer la relation d'amour comme une forme particulière de reconnaissance du fait qu'elle fait dépendre la réussite des relations affectives de la « capacité acquise dans la prime enfance d'établir un équilibre entre symbiose et affirmation de soi »[604]. Les travaux de Winnicott, inspirés de ceux de la psychanalyste Mélanie Klein, reposent sur le postulat d'une

[601] HONNETH A., *LPR*, p. 127.
[602] *Ibid*, p. 135.
[603] *Ibid*, p. 156.
[604] *Ibid*, p. 166.

symbiose initiale entre la mère et l'enfant, amenant l'un et l'autre à se vivre comme une entité indifférenciée dont l'enjeu développemental central sera l'individuation. Le concept de « mère suffisamment bonne »[605], largement repris et vulgarisé depuis, désigne la capacité de la mère à trouver la position juste permettant à un enfant d'apprendre à se différencier sans craindre d'être abandonné ou de perdre l'amour de sa mère. Pour autant, Winnicott ne fait pas reposer uniquement sur la mère l'enjeu de l'individuation, mais bien sur la capacité de cette dernière ainsi que de l'enfant à apprendre l'un de l'autre comment se différencier et se développer. Seule la capacité, partagée entre la mère et l'enfant, à évoluer conjointement permettra de résoudre harmonieusement et en toute sécurité la problématique de la symbiose originelle. Cette dialectique de la symbiose et de l'affirmation de soi fait ainsi pour Honneth écho à la dynamique de la reconnaissance par son caractère progressif et intersubjectif. La notion de lutte pour la reconnaissance trouve déjà écho dans les travaux de Winnicott car la phase de séparation entre la mère et l'enfant s'accompagne de réactions agressives du nourrisson à l'égard de sa mère, liées à la frustration de la voir s'éloigner et de perdre la toute-puissance dont il jouissait jusque-là. Ces actes agressifs vont cependant lui permettre de reconnaître sa mère comme une entité à part entière, tandis que cette dernière devra accepter les attaques de son enfant comme manière de prendre son indépendance. Ainsi, le phénomène de séparation et d'individuation de l'enfant se fait dans une forme de lutte marquée par des attaques agressives, conscientes ou inconscientes, qui vont justement favoriser la capacité de la mère et de l'enfant à considérer l'autre comme une personne à reconnaître et capable de reconnaissance.

Partant de l'idée hégélienne de lutte pour la reconnaissance et de sa « transformation naturaliste » par la psychologie sociale de Mead et en vue d'embrasser toutes les dimensions possibles de la reconnaissance, Honneth distingue trois modes de reconnaissance que sont la sollicitude personnelle, la considération cognitive et l'estime sociale et qui renvoient

[605] WINNICOTT D.W. (2015). *La mère suffisamment bonne*. Payot.

respectivement à un type spécifique de rapport pratique à soi (confiance en soi, respect de soi et estime de soi) et à la possibilité d'une forme particulière de mépris ou « déni de reconnaissance » (sévices et violences, privation de droits et exclusion, et humiliation et offense)[606]. Différentes sphères de reconnaissance vont ainsi répondre à ces trois modes d'expression possibles, qu'il s'agisse de la sphère privée pour l'amour et la sollicitude (famille, amis), la sphère juridique pour la considération cognitive (droit, institutions) et le travail pour l'estime sociale. Au-delà de la confiance en soi apportée par la reconnaissance reçue dans le cadre des relations affectives, Honneth s'attache également à décrire l'importance de la reconnaissance issue de la relation juridique entre l'individu et un « autrui généralisé » devant s'appuyer sur une reconnaissance mutuelle des droits juridiques entre les deux parties. Il est ainsi nécessaire pour « pouvoir aussi nous comprendre nous-mêmes comme des personnes juridiques » de « reconnaître les autres membres de la communauté en tant que porteurs de droits »[607]. Cette reconnaissance dans le champ des relations juridiques va ainsi pouvoir apporter à l'individu le sentiment du respect de soi.

Enfin, la théorie honnethienne de la reconnaissance s'appuie sur un troisième et dernier mode de reconnaissance que constitue l'estime de soi apportée par la considération sociale que va partager une société dont les membres partagent des valeurs communes. Le besoin de confiance en soi, apportée par les relations affectives, et de respect de soi, offert par la reconnaissance juridique, semble en effet insuffisant pour constituer un sentiment de reconnaissance plein et entier. La considération sociale que la société va conférer à l'individu, au regard de sa contribution individuelle au projet global de la société, constitue le dernier maillon d'une lutte pour la reconnaissance qui s'inscrit dans l'ensemble des sphères d'existence et d'expression de l'individu. Prenant l'exemple du mouvement de défense civique des Noirs

[606] HONNETH A., *LPR*, p. 222.
[607] *Ibid*, p. 183

américains dans les années 1950 et 1960, Honneth souligne l'importance que revêtait la reconnaissance juridique pour l'estime de soi des membres de la communauté, son absence empêchant les individus de se respecter eux-mêmes. La lutte et la résistance en faveur de l'obtention des droits civiques permettaient ainsi de lever selon Honneth la honte engendrée par l'expérience de la « discrimination juridique »[608].

La notion de « mépris », centrale dans la théorie honnethienne de la reconnaissance, constitue autant d'échecs potentiels dans la lutte individuelle et collective pour la reconnaissance. Les sévices corporels subis dans la sphère affective, l'exclusion de certains droits dans la sphère juridique ou le dénigrement de la valeur sociale d'un individu vont constituer des atteintes fondamentales au sentiment de reconnaissance de soi, en altérant respectivement la confiance en soi, le respect de soi ou l'estime de soi. Selon Honneth, la « vie affective »[609] des individus peut dès lors s'en trouver atteinte et les émotions négatives ressenties par l'individu ou la communauté (honte, colère, indignation) vont les pousser à s'engager dans une lutte en faveur de la reconnaissance. Honneth n'aborde pas directement la question de la santé mentale, évoquant plutôt des « réactions émotionnelles négatives »[610] éprouvées face au mépris et au déni de reconnaissance, dont l'individu ou le groupe ne pourra se libérer que par la lutte.

6.1.1.3. ETHNOPSYCHIATRIE ET RECONNAISSANCE

L'ethnopsychiatrie ne s'est jusqu'alors jamais attardée sur les théories de la reconnaissance, que ce soit par le biais des travaux existants sur le multiculturalisme ou sur la clinique psychanalytique de la souffrance psychique des personnes exclues et précaires. Si cet état de fait pourrait à première vue surprendre, il correspond en réalité à l'hermétisme historique

[608] *Ibid*, p. 205.
[609] *Ibid*, p. 225.
[610] *Ibid*, p. 230.

de cette discipline à l'égard des travaux issus de champs extérieurs à l'anthropologie et à la psychanalyse. Tout comme Georges Devereux laissait volontiers croire que ses travaux se trouvaient issus d'un empirisme fécond[611], ses disciples s'attachent à maintenir l'homéostasie théorique de la discipline autour de travaux anthropologiques et psychanalytiques relativement peu poreux aux réflexions contemporaines des sciences sociales, et notamment de la philosophie, tout en appelant cependant, dans le même temps, à une ouverture disciplinaire large. Sur le plan théorique, la phylogenèse de la théorie de la reconnaissance d'Axel Honneth puise ses racines dans les mêmes disciplines que l'ethnopsychiatrie de Georges Devereux, à savoir la psychanalyse freudienne et les sciences sociales américaines. En s'appuyant sur Donald Winnicott et G.H. Mead pour le premier, et sur Sigmund Freud et Alfred-Louis Kroeber pour le second, tous deux proposent une approche pluridisciplinaire qui se veut à la fois théorique et empirique, permettant de comprendre les enjeux individuels et collectifs dans leurs aspects psychologiques et sociaux. Cependant, si la théorie honnethienne n'a pas infiltré la pensée ethnopsychiatrique, le langage de la reconnaissance est quant à lui bien présent dans les écrits ethnopsychiatriques récents, sous l'optique notamment de la reconnaissance de la différence culturelle et des traumatismes subis par les populations migrantes (tortures, ruptures familiales, traumatismes sur le trajet migratoire…). Dans leur article *Reconnaitre la différence : l'enjeu de l'ethnopsychiatrie,* Jean-Baptiste Pocreau et Lucienne Martins Borges, tous deux ethnopsychiatres canadiens, écrivent par exemple que l'ethnopsychiatrie « trouve sa pleine légitimité dans la reconnaissance de la différence de l'Autre *»*[612], tandis que Marie-Rose Moro soutient, dans *Psychopathologie transculturelle,* la reconnaissance des différences culturelles en écrivant que « ne pas reconnaître des différences, c'est faire le lit du racisme »[613]. Pocreau

[611] Cf. Partie I de notre thèse.

[612] POCREAU J.-B. & Martins Borges L. (2006). Reconnaître la différence : le défi de l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, *31*(2), 43–56.

[613] BAUBET T. & MORO M.R. (2013), p. 45.

et Borges écrivent de leur côté que « la réparation nécessite bien sûr la reconnaissance par l'Autre ou par le groupe social des blessures infligées (psychiques et autres) », soulignant dès lors que la pratique ethnopsychiatre constituerait un lieu privilégié de reconnaissance des blessures des personnes migrantes et réfugiées et donc de réparation symbolique et thérapeutique.

Ainsi, le paradigme de la reconnaissance s'est progressivement inscrit comme une grille de lecture utilisée dans de nombreux domaines de la philosophie et des sciences sociales, apportant des clés de compréhension nouvelles des luttes sociales et des rapports de domination. Ce vocabulaire de la reconnaissance, présent dans les écrits d'ethnopsychiatres, sans référence directe aux théories philosophiques s'y référant, pourrait ouvrir la voie d'une réflexion renouvelée sur l'ethnopsychiatrie et sur la santé mentale des personnes migrantes. Le champ de la psychiatrie et de la santé mentale a en effet vu émerger des réflexions visant à articuler les troubles psychiques présentés par certaines populations à risque avec les notions de déni de reconnaissance ou de mépris. Nous allons ainsi analyser dans le sous-chapitre suivant l'intérêt d'approches proposées par des philosophes ou des psychiatres combinant psychiatrie et théories de la reconnaissance pour proposer une grille de compréhension de la santé mentale des populations migrantes.

6.1.2. RECONNAISSANCE, SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE

Au cours des dernières années, le langage de la reconnaissance a trouvé écho dans les réflexions de philosophes et de spécialistes de la santé mentale en vue d'apporter des clés de compréhension des liens entre la santé mentale des populations et les évolutions sociales contemporaines. Les thématiques de la souffrance au travail, au travers par exemple de la

psychodynamique du travail développée par Christophe Dejours[614], ou de la santé psychique des personnes exclues et précaires, comme le fait Emmanuel Renault, ont notamment constitué des terrains d'exploration électifs des enjeux du déni de reconnaissance, que ce soit sous le vocable de l'injustice ou de la souffrance sociale[615]. Le caractère éminemment psychologique de la théorie honnethienne de la reconnaissance, au travers notamment de son appui sur les théories psychanalytiques de Donald Winnicott, offre en effet un cadre théorique pertinent pour dessiner le cadre empirique d'une validation par les observations de psychiatres ou psychologues de terrain du paradigme de de la reconnaissance. Le sociologue Alain Ehrenberg rappelle à ce titre l'importance qu'Honneth donne à la pensée freudienne dans sa philosophie de la reconnaissance[616] lorsqu'il écrit, par exemple, que « l'élan 'rationnel' consistant à relier la catégorie de la 'souffrance' aux pathologies de la souffrance sociale vient avant tout de l'idée freudienne selon laquelle les maladies névrotiques résultent d'une limitation de l'égo rationnel et débouchent forcément sur une souffrance individuelle ».[617] Dans le même temps, le lien de causalité établi dès les premiers travaux de Freud entre le fonctionnement psychique et la « civilisation » (que l'on nommerait aujourd'hui sans doute plus aisément sous le vocable « d'environnement social »), offre également la voie d'une ouverture des travaux psychanalytiques aux théories philosophiques contemporaines[618]. Cette approche psychologique, et pourrait-on dire clinique, centrale dans la théorie d'Axel Honneth, pose ainsi les bases pour penser les implications concrètes du déni de reconnaissance dans un ensemble de situations sociales diverses.

---

[614] DEJOURS C. (2009). *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*. Éditions du Seuil.

[615] MOLINIER P. (2010). Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, *10*, 99-110.

[616] EHRENBERG A. (2010), *op.cit.*

[617] HONNETH A (2006). *Les pathologies du social. La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*. La Découverte 2006.

[618] La théorie freudienne de l'inconscient a cherché à articuler le fonctionnement psychique individuel avec l'organisation sociale et culturelle. C'est dans l'ouvrage *Malaise dans la civilisation* que cette thématique freudienne a notamment trouvé sa description la plus précise.

6.1.2.1. INJUSTICE ET SOUFFRANCE SOCIALE

Un exemple de cette transposition de la théorie philosophique dans le champ de la psychopathologie du travail et de l'exclusion sociale est donné par les travaux du philosophe Emmanuel Renault sur l'expérience de l'injustice sociale au travers de son ouvrage *L'expérience de l'injustice*, sous-titré *Essai sur les théories de la reconnaissance*[619]. Renault adresse une critique à la théorie honnethienne de la reconnaissance quant à son incapacité à rendre compte des situations, finalement les plus fréquentes, dans lesquelles l'expérience du mépris et du déni de reconnaissance ne mène pas à un mouvement social, ni même à une lutte individuelle pour la reconnaissance. Honneth cherche en effet à comprendre les fondements de la lutte sociale en les faisant reposer sur la notion de lutte pour la reconnaissance, mais n'envisage pas la possibilité qu'en lieu et place d'une action de lutte en faveur de la reconnaissance puissent survenir une altération de la santé mentale des individus. Emmanuel Renault a ainsi cherché à combler ce manque théorique en proposant, au travers de la notion d'expérience de l'injustice, un paradigme renouvelé de la reconnaissance décrivant l'ensemble des situations et réponses au déni de reconnaissance, et notamment celles qui mènent à la souffrance psychique plutôt qu'à la révolte sociale[620]. Renault cherche en effet à rendre compte des impacts de l'injustice sociale, qu'elle concerne l'exclusion sociale ou la précarité économique, sur le fonctionnement psychique des individus soumis à cette expérience sociale en « intégrant la souffrance sociale dans la définition de la justice sociale »[621] et en rapportant l'injustice aux attentes normatives des individus en matière de justice sociale.

---

[619] RENAULT E. (2017). *L'expérience de l'injustice : essai sur la théorie de la reconnaissance* (Édition revue et augmentée). La Découverte. (Noté ci-après *EI*).

[620] *Ibid.*

[621] *Ibid,* p. 260.

Renault s'appuie sur la notion d'injustice sociale, préalablement discutée par Judith Sklar[622], désignée sous trois formes distinctes que sont le sentiment d'injustice, les tendances pratiques (réactions de rejet, de fuite ou de lutte contre les situations d'injustices) et les processus cognitifs (explicitation des attentes insatisfaites, réflexions sur l'injustice et sur les stratégies d'adaptation) à l'œuvre dans « l'expérience clinique » de l'injustice, pouvant ou non mener à des revendications. Renault distingue ainsi le vécu d'injustice, comme exposition concrète à une situation sociale d'injustice n'amenant pas chez le sujet un sentiment d'injustice, de l'expérience de l'injustice qui désigne « l'injustice vécue dans sa dimension pratique et cognitive d'action potentiellement transformatrice guidée par un sentiment ». L'expérience de l'injustice comprend ainsi « le vécu de situations injustes (vécu d'injustice), accompagné d'une conscience au moins inchoative de l'injustice (sentiment d'injustice) »[623]. Sur le plan psychopathologique, Emmanuel Renault se réfère à la psychodynamique du travail, sous la forme qu'en propose le psychiatre Christophe Dejours, et à la clinique psychosociale, élaborée dans les années 1990 par des psychiatres et des psychologues travaillant auprès de personnes précaires et victimes d'exclusion sociale.

6.1.2.2. LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Christophe Dejours a développé, à partir des années 1990, une critique du monde du travail reposant sur le constat d'une souffrance croissante au travail, causée selon lui par l'expansion du néolibéralisme. L'ouvrage *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, publié en 1998, a consacré la pensée de Dejours qu'il décrit comme une « psychodynamique de la reconnaissance », en référence à la lecture psychanalytique des souffrances au travail qu'il articule avec la théorie de la reconnaissance[624]. Dejours définit ainsi

[622] SKLAR J. (2002). *Visages de l'injustice,* Circé.
[623] RENAULT E., *EI*, p. 41.
[624] DEJOURS C. (2009), *op.cit.*

trois types principaux de souffrance au travail que sont la crainte de l'incompétence, la contrainte à mal travailler et l'absence de reconnaissance du travail fourni. La première source de souffrance provient notamment de l'impossibilité dans laquelle se trouve un grand nombre de salariés de pouvoir distinguer entre l'échec causé par une anomalie du système technique et celui dû à une cause individuelle. Cette impossibilité serait volontairement orchestrée par les directions d'entreprise, afin de maintenir les salariés dans un rapport de domination institué en favorisant un ressenti d'angoisse lié au sentiment de ne pas être à la hauteur. Au début de l'ouvrage, Dejours donne ainsi l'exemple d'un jeune médecin qui reçoit la responsabilité d'un service de réanimation hospitalière[625]. Le refus de la direction de l'hôpital d'embaucher des médecins plus expérimentés, et donc plus coûteux, l'aurait ainsi amené, bien qu'il n'ait pas achevé sa formation, à devoir « boucher les trous ». Rapidement, il se rend compte que le nombre de décès dans le service est particulièrement élevé et s'interroge sur les causes de cette surmortalité. Des malades auraient été « victimes d'asphyxie », ce qui l'amène à douter de ses compétences, perdre confiance en lui au point de développer une dépression anxieuse. Devenant de plus en plus irritable, il s'enferme et perd la confiance de son équipe qui en vient à « se méfier de lui ». Après six mois sans trouver d'explication à ce phénomène de surmortalité, ce jeune médecin a une intuition et « branche le masque à oxygène sur son propre nez » et « suffoque en inhalant une bouffée de ce qu'il reconnaît immédiatement, à l'odeur, comme du formol ». Il mène alors une enquête qui le conduit à découvrir, selon Dejours, le rôle de l'entreprise de maintenance des appareils de réanimation. Cette entreprise sous-traitante, afin de gagner du temps, ne respecte pas les procédures, ce qui lui permet « de pallier par cette tricherie le manque de personnel » engendré par des « coupes budgétaires décidées par la direction ». Pour Dejours, la dépression de ce jeune médecin est causée par le sentiment de ne pas être à la hauteur, alors que la faute repose en réalité sur les deux directions impliquées.

[625] *Ibid*, p. 34.

Par ailleurs, Dejours se réfère à la notion de « réel du travail »[626] qu'il définit comme ce qui « résiste aux connaissances, aux savoirs, aux savoir-faire et […] à la maitrise »[627] et qui s'oppose aux procédures, aux consignes et prescriptions qui rendraient impossible la bonne réalisation de la tâche. La contrainte à mal travailler survient par exemple lorsque le salarié se trouve empêché de bien faire son travail, notamment par « des procédures et des réglementations incompatibles entre elles »[628]. Dejours donne l'exemple d'un technicien de maintenance dans un centrale nucléaire qui doit évaluer la qualité du travail effectué jour et nuit par une entreprise sous-traitante. Or, cet agent est seul à son poste et ne peut donc surveiller ce qui est fait la nuit, si bien qu'il signe des bordereaux sur la qualité du travail accompli en croyant sur parole le chef d'équipe de nuit et afin d'éviter tout ennui aux travailleurs précaires qui se relaient la nuit sur le chantier. Il se trouve alors dans une « situation psychologique extrêmement pénible », mettant en tension ses valeurs et son éthique professionnelles. Enfin, selon Dejours, l'absence de reconnaissance exprimée par la direction à l'égard des salariés, comprenant la reconnaissance des efforts, des angoisses ou des doutes qui y sont associés, apparaît comme quasi-inévitable et source de détérioration de leur santé mentale. Dejours considère en effet l'accomplissement de soi au travail comme l'un des fondements de l'identité des salariés, si bien que l'absence de reconnaissance du travail fourni et des difficultés inhérentes à sa réalisation compromet leur construction identitaire et met en péril leur santé mentale[629]. Le sociologue Alain Ehrenberg souligne combien Dejours envisage ces types de souffrance au travail, non pas comme des fatalités impersonnelles liées à l'organisation du travail, mais bien comme une volonté de domination et d'oppression de la part de la classe dirigeante[630].

---

[626] *Ibid*, p. 32.

[627] *Ibid*, p. 33.

[628] *Ibid*, p. 36.

[629] « Souffrance absurde qui ne génère que de la souffrance, selon un cercle vicieux, et bientôt destructurant, capable de déstabiliser l'identité et la personnalité et de conduire à des maladies mentales. De ce fait, il n'y a pas de neutralité du travail vis-à-vis de la santé mentale. » *Ibid*, p. 41.

[630] EHRENBERG A. (2010), *op.cit.*

La théorie marxiste est ainsi convoquée par Christophe Dejours pour proposer une interprétation critique et politique de la souffrance au travail. Selon lui, la cause principale du mal-être des travailleurs se trouve dans l'organisation néolibérale du travail soutenue par des dirigeants qui visent sciemment à maintenir un système de domination à l'encontre des salariés. Ces dirigeants sont décrits par Dejours comme des « leaders du mensonge », possédant des personnalités de « pervers » ou de « paranoïaques » et cherchant à enrôler certains salariés pour qu'eux aussi apportent « leur concours au mal »[631]. Le « mensonge institué »[632] par les dirigeants vise ainsi à apporter des informations volontairement falsifiées aux salariés concernant le « réel du travail » et les souffrances au sein de l'entreprise, en faveur d'une valorisation exagérée des résultats de l'entreprise pour la communication externe. La « distorsion communicationnelle »[633], terme emprunté à Habermas, menée par les directions vise ainsi à manipuler stratégiquement les salariés pour leur cacher la réalité de l'activité et les souffrances subies par les travailleurs.

Ainsi, Dejours décrit comment les dirigeants cherchent à effacer les traces de l'activité, c'est-à-dire à faire disparaître les documents compromettants ou à faire taire les témoins par la mise au placard, la mutation ou le licenciement. Il s'agit ainsi autant de cacher les accidents du travail et les échecs du système de travail que d'effacer la mémoire des usages du passé qui pourraient servir de critique aux pratiques en cours au sein de l'entreprise. Selon lui, la Sécurité sociale aurait par exemple demandé, dans les années 1990, aux cadres d'écarter les salariées « âgées de 35 à 45 ans » car ces dernières possédaient « la mémoire des pratiques d'assistantes sociales de jadis », pratiques menant à un refus de suivre les économies demandées dans l'octroi d'aides financières aux usagers dans le besoin. C'est ainsi un système de domination, de manipulation et de menaces portées par une idéologie néolibérale d'oppression des salariés que

631 DEJOURS C., *op.cit*, p. 108-110.
632 *Ibid*, p. 81.
633 *Ibid*, p. 82.

dénonce Dejours en articulant la notion d'injustice avec celle de souffrance sociale d'origine professionnelle.

En conclusion de son ouvrage, Dejours convoque le concept développé par Hannah Arendt de « banalité du mal » pour tenter d'expliquer pourquoi certains salariés peuvent se trouver « enrôlés » en tant que complices du système de mensonge et d'injustice institué par la société néolibérale et ses dirigeants. S'appuyant sur l'analyse proposée par Arendt du cas d'Eichmann au travers de la notion de banalité du mal, Dejours cherche à démontrer la pertinence du concept pour comprendre l'attitude des salariés décrit comme les « collaborateurs » du système néolibéral. Ces « braves gens »[634] vont ainsi réussir à se « mettre des œillères volontaires », concept que Dejours théorise sous le terme de « rétrécissement de la conscience intersubjective » et considère comme un déni de la réalité que constitue la souffrance des salariés. Certains salariés, notamment les administratifs travaillant « dans les bureaux », vont ainsi collaborer avec la direction pour mettre en œuvre les « conduites banalisées du mal » propres au management néolibéral[635]. Ainsi, l'analogie avec le nazisme est permanente dans l'approche de Dejours, le monde du travail étant décrit comme un lieu de domination et de manipulation de masse, structuré autour d'intentions malfaisantes d'individus dominants, prêts à tout pour conserver leur statut et les avantages sociaux qui y sont associés[636].

6.1.2.3. LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE

Emmanuel Renault convoque également dans son argumentaire les travaux de la clinique psychosociale, courant pluridisciplinaire français développé à partir des années 1990 par des psychiatres et psychologues prenant en charge des personnes victimes d'exclusion

[634] *Ibid*, p. 108.

[635] *Ibid*, pp. 172-175.

[636] « Mais c'est, me semble-t-il, par référence à la même analyse que l'on peut comprendre comment des Juifs ont été capables de collaborer avec les nazis et les SS, dans les *Judenräte* installés dans les ghettos, ou dans les fonctios de kapo au sein des camps de concentration » *Ibid*, p. 173.

sociale. En 1995, le rapport du groupe de travail interministériel *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale* intitulé *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*[637] constitua une première pierre de la clinique psychosociale en décrivant notamment l'existence d'une souffrance psychique particulière chez les personnes exclues et précaires. Les années 1990 et le début des années 2000 ont ainsi vu émerger en France des travaux issus des sciences sociales et de la psychiatrie décrivant un mal-être spécifique des individus désocialisés (personnes sans-domicile fixe, allocataires du revenu minimum d'insertion, chômeurs de longue durée) et un impact des nouvelles formes de désocialisation sur la santé psychique des individus[638]. Le psychiatre lyonnais Jean Furtos a notamment été l'un de ceux qui a le plus travaillé sur cette notion de « souffrance psychique d'origine sociale »[639] qu'il a décrite sous le terme de « syndrome d'auto-exclusion »[640]. Ce syndrome comprendrait à la fois des symptômes physiques (perte de la sensibilité à la douleur physique) et psychologiques (déclin cognitif, inhibition intellectuelle, émoussement émotionnel), mais également des réactions sociales négatives (troubles du comportement, agressivité à l'égard d'autrui) et une tendance à majorer sa propre exclusion par un retrait social très prononcé.

En s'appuyant sur la psychanalyse, et notamment les travaux de Winnicott, les tenants de la clinique psychosociale se situent, comme ceux de Christophe Dejours, dans la critique du néolibéralisme, identifié comme étant la cause des maux contemporains de la santé mentale. L'exclusion et la déliaison sociale que la néolibéralisme entraîne vont en effet affecter l'estime de soi des personnes qui en sont victimes. La clinique psychosociale est ainsi décrite comme une « clinique de la fragilisation narcissique et des accidents de la société »[641]. Ce malaise social

[637] LAZARUS A. & STROHL H. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. DIV : DIRMI.

[638] FURTOS J. (2008), *Les cliniques de la précarité, Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Elsevier Masson.

[639] *Ibid.*

[640] FURTOS J. (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion.* Ed. Rue d'Ulm-Presses de l'Ecole normale supérieure

[641] EHRENBER A. (2010), *op.cit.,* p. 374.

se double, selon la clinique psychosociale, d'un « malaise des intervenants »[642] que sont les soignants en psychiatrie et travailleurs sociaux qui se trouvent confrontés dans le même temps à la sévérité de cette souffrance sociale et à la difficulté de déployer leurs compétences professionnelles. Le néolibéralisme affecte ainsi autant les personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale que les professionnels qui les prennent en charge, en altérant chez chacun l'estime de soi.

En s'inspirant de ces travaux empiriques, Renault utilise le terme de « clinique de l'injustice »[643] en vue notamment d'appréhender les situations de souffrance sociale et de souffrance psychique dans lesquelles il existerait une difficulté à transformer l'expérience de l'injustice en lutte contre l'injustice. La compréhension de l'ensemble du « spectre de l'injustice subie »[644] doit en effet permettre à Renault de produire un modèle qui s'applique aux revendications publiques autant qu'aux « facteurs faisant obstacle à ce que les dominations routinisées et les désaffiliations ordinaires deviennent l'objet de lutte politiques publiquement constituées »[645]. Renault s'appuie notamment sur les notions de souffrance sociale et de souffrance psychique, issues des travaux contemporains dans le champ des sciences sociales et de la psychiatrie. La notion de souffrance sociale repose à la fois sur les travaux de la sociologie clinique française (Bourdieu, Paugam, Dejours)[646] et sur la notion de *social suffering* décrite par l'anthropologue de la santé Arthur Kleinman[647] qui vise à rendre compte de l'ensemble des problèmes et souffrances humains trouvant leur origine et leur conséquence dans les adversités que peut infliger la dimension sociale de l'expérience humaine. Renault souligne que l'idée de

[642] Furtos J. (2009), *op.cit.*
[643] *Ibid*, p. 25.
[644] *Ibid*, p. 43.
[645] *Ibid*, p. 44.
[646] RENAULT E. (2008). *Souffrances sociales, Philosophie, psychologie et politique*. La Découverte.
[647] KLEINMANN A. (1977) *Social suffering*, University of California Press.

souffrance sociale s'intéresse autant à la « mise à jour des causes sociales de la misère »[648] humaine qu'à l'apparition décrite par certains auteurs de nouveaux troubles psychologiques liés à l'exclusion sociale. Comme l'écrit Renault, la souffrance psychique cessait alors d'être « conçue comme seulement individuelle pour acquérir une dimension sociale ». Cette nouvelle souffrance psychique, qui ne répond pas nécessairement au modèle habituel de la maladie mentale, se distinguerait par des symptômes et des processus spécifiques, liant le social et le psychisme individuel par le biais d'une « destruction du rapport positif à soi »[649].

La souffrance psychique, définie sous l'angle de la théorie de la reconnaissance, s'entend dès lors pour Renault « tout à la fois comme l'effet d'une non-satisfaction d'attentes orientées vers le social, et comme une situation où le rapport à autrui prend une forme telle qu'il ne permet plus à l'individu de rester en rapport avec lui-même, en d'autres termes, comme une situation intersubjective dont la structure est l'aliénation »[650]. On le voit, Renault propose une définition de la souffrance psychique au travers du déni de reconnaissance, qui lui permet ensuite de proposer une « typologie des formes de reconnaissances »[651] reposant directement sur les modes et formes de reconnaissance décrites par Honneth, comprenant par exemple la confiance en soi détruite de la personne sans-domicile fixe, le respect de soi lésé chez les jeunes de banlieue et les chômeurs de longue durée ou l'estime de soi fragilisée chez les salariés. Ce continuum de la souffrance sociale ainsi proposé serait, selon Renault, à même de rendre compte de l'unité des différentes formes de la souffrance psychique au travers des différentes sphères de reconnaissance. La désaffiliation affective de la personne SDF, l'absence d'accès aux droits des jeunes de banlieue et des chômeurs de longue durée et la perte de la solidarité

[648] RENAULT E., *EI*, p. 269.
[649] *Ibid*, p. 273.
[650] *Ibid*, p. 299.
[651] *Ibid*, p. 304.

réciproque dans le monde du travail constitueraient autant de formes spécifiques des effets du déni de reconnaissance.

6.1.2.4. PICARD ET L'EXPERIENCE DE L'INJUSTICE

L'approche proposée par Emmanuel Renault comporte de nombreuses limites que nous discuterons dans la suite de ce chapitre. Il convient cependant de souligner son intérêt potentiel pour envisager l'efficacité de la thérapie ethnopsychiatrique proposée par Devereux à Picard, et de manière générale pour proposer un cadre théorique et pratique de compréhension des enjeux spécifiques de la clinique transculturelle en psychiatrie. Comme nous l'avons montré dans le premier chapitre de notre thèse l'expérience de l'injustice, dans ses aspects émotionnels, cognitifs et pratiques, est centrale chez Jimmy Picard, et constitue chez lui un vocable qu'il reprend à plusieurs reprises dans ses entretiens avec Devereux. Il semble dès lors intéressant de s'intéresser à l'apport potentiel de la théorie de la reconnaissance et de l'expérience de l'injustice dans le contexte ethnopsychiatrique. Au-delà des seuls aspects culturels, il est notable que la souffrance psychique des personnes migrantes et des minorités culturelles pourrait constituer un terrain électif pour une approche clinique des théories de la reconnaissance, tant la notion de déni de reconnaissance, ou « d'expérience de l'injustice » pour reprendre le vocabulaire de Renault, pourrait trouver ici tout son intérêt psychologique et politique. Du point de vue empirique, le déni de reconnaissance touche en effet les personnes migrantes aussi bien sur le plan juridique (accès à la nationalité et aux droits qui y sont associés), politique (accès au droit de vote et à la représentation politique), socio-économiques (accès aux droits sociaux et du travail), culturel (possibilité d'exercer ses coutumes et traditions) que psychologique (reconnaissance des préjudices et traumatismes subis, sentiment d'appartenance).

Au regard des théories de la reconnaissance, nous pouvons également faire l'hypothèse que l'histoire de Jimmy Picard et la manière dont les différents évènements adverses de vie

auxquels il a été confronté ont constitué autant de situations de déni de reconnaissance. Une lecture autour du mépris et de la souffrance sociale pourrait permettre d'éclairer sous un angle particulier les troubles présentés par Picard. Jimmy Picard est ainsi le premier à faire état à Devereux de son sentiment de manque de reconnaissance, que ce soit en tant que mari trompé, que vétéran désœuvré, qu'Indien des Plaines discriminé ou que patient alcoolique stigmatisé[652]. Tout d'abord, nous pourrions utiliser la terminologie proposée par Emmanuel Renault pour expliquer les troubles présentés par Jimmy Picard. Les symptômes hétérogènes présentés par Picard (symptômes physiques, symptômes psychiatriques peu syndromiques), et qui désarçonnent fortement les médecins du *Winter General Hospital*, au point de leur faire évoquer un diagnostic de schizophrénie, pourraient rentrer dans la catégorie de la « souffrance sociale », causée selon le modèle de Renault par une « violence routinisée » ou « institutionnalisée »[653].

Confronté tout au long de sa vie au mépris et au déni de reconnaissance, Picard pourrait constituer la première description dans la littérature psychiatrique d'un cas de souffrance sociale, ou de « souffrance psychique d'origine sociale ». Ce que Devereux évoque le plus souvent sous le terme de « traumatisme » dans l'histoire de Picard, fidèle en cela à la grille de lecture freudienne du traumatisme psychique, pourrait ainsi se lire sous l'angle de la reconnaissance et, plus précisément, de son défaut répété. En reprenant la théorie honnethienne de la reconnaissance, il est possible de décliner dans la sphère affective, juridique ou social les défauts répétés de reconnaissance auxquels se trouvent confronté Picard. Rejeté par sa mère, puis par sa femme, vétéran exclu du champ de bataille, puis du monde du travail, Picard semble

[652] Devereux écrit ainsi que lors de la première entrevue, Picard exprima « sa désapprobation vis-à-vis de la manière dont les Blancs ont traité les Indiens. Ses observations étaient tout à fait réalistes et nullement teintées de paranoïa, l'auteur manifesta son accord avec les opinions du patient sur ce sujet. La sympathie évidente de l'auteur pour la cause de l'Indien sembla impressionner le patient et l'encouragea sans doute à faire montre d'un sentiment nettement amical pour la personne de l'auteur ». PIP, p. 243. Malheureusement, Devereux n'a pas retranscrit cet échange. Lors de la quatrième séance, Picard loue le fait que les membres de sa tribu soient « reconnaissants si vous faites quelque chose pour eux, et ils essaient de faire quelque chose pour vous quand l'occasion se présente », DEVEREUX G., *PIP*, p. 254.

[653] RENAULT E., *EI*, p. 301.

n'avoir plus aucun lieu de reconnaissance pouvant lui permettre de construire un sentiment d'estime de soi positif. Si le mépris, ou le déni de reconnaissance, apparaît en effet central et répété dans l'histoire de Picard, nous pourrions également considérer que Devereux est le premier à répondre à son besoin de reconnaissance jusqu'alors inassouvi. En offrant un espace de parole libre, amical et compréhensif, ouvert aux difficultés psychologiques et culturelles vécues par Picard, Devereux reconnaît à la fois sa souffrance autant que son identité particulière, blessée par les traumatismes répétés et l'adversité sociale vécue. Nous avons précédemment souligné la qualité du lien entre les deux hommes, qui constitue sans nul doute l'un des déterminants les plus importants de l'efficacité de la thérapie proposée par Devereux. En lui apportant ainsi un espace de reconnaissance mutuelle, Devereux serait peut-être le premier à proposer à Picard une approche compréhensive et thérapeutique aux dénis de reconnaissance subis par ce dernier tout au long de son existence.

6.1.3. CRITIQUES DE L'APPROCHE PAR LA RECONNAISSANCE EN SANTE MENTALE

Une première critique de l'approche proposée par Renault repose sur la tendance à la psychologisation des enjeux de reconnaissance, au risque de dépolitiser en partie cette herméneutique politique de rapports sociaux. Nancy Fraser critique à ce titre la manière dont les théories de la reconnaissance honnethiennes s'abstraient des cadres normatifs et institutionnels au profit d'une psychologisation et d'une individualisation des enjeux de justice sociale. En effet, que les théories issues de la psychologie ou des sciences du développement soulignent l'importance de la construction dialogique de l'identité au travers de relations de reconnaissance progressive ne signe pas la pertinence de ces données pour proposer une théorie normative de la justice sociale. Fraser désigne ainsi comme l'un des objectifs de sa redéfinition

de la justice sociale de « faire du déni de reconnaissance un tort relevant du statut, situé dans les relations sociales, et non dans la psychologie »[654].

Ensuite, l'approche d'Emmanuel Renault s'appuie largement sur les travaux du psychiatre Christophe Dejours, ce qui constitue un point de faiblesse important, l'approche marxiste de la psychodynamique du travail qu'il propose faisant l'objet de critiques importantes. En effet, le sociologue Alain Ehrenberg a formulé dans son ouvrage *La Société du malaise* plusieurs objections à l'encontre des travaux de Christophe Dejours[655]. En premier lieu, Ehrenberg critique le fait que Dejours décrive un « monde sans contraintes et sans nécessité » au sein duquel le management n'aurait d'autre raison d'être que d'être une forme de domination » soutenue par des manageurs pervers ou psychotiques. « L'intention maléfique » supposée de ces derniers ne laisse aucune place à une compréhension plus fine des nouvelles formes de contraintes, de dysfonctionnement ou encore de conflits qui traversent le monde contemporain du travail. En proposant une vision manichéenne du monde du travail, comprenant de méchants manageurs et des travailleurs victimes de la cruauté perverse de ces derniers, Dejours peine à proposer une analyse pertinente des enjeux de justice sociale soulevés par la problématique de la souffrance au travail. Ensuite, Ehrenberg dénonce la rhétorique compassionnelle à laquelle s'adonne Christophe Dejours, jouant d'hyperbole et de ressorts émotionnels forts, au point de comparer le monde du travail aux camps de concentration nazis. Cette logique compassionnelle se cantonne ainsi à démasquer l'hypocrisie et le maléfice des puissants et dirigeants tout en magnifiant la souffrance des dominés. La notion de banalité du mal a d'ailleurs fait l'objets de nombreuses critiques de la part d'historiens[656] et de philosophes[657]. Isabelle Delpla a notamment montré que cette hypothèse est empiriquement

[654] FRASER N., *QJS*, p. 50.
[655] EHRENBERG A. (2010), *op.cit.*, pp. 320-330.
[656] CESARINI D. (2010). *Adolf Eichmann*. Tallandier.
[657] DELPLA I. (2011). *Le mal en procès. Eichmann et les théodicées modernes*. Hermann.

infondée et repose davantage sur des préconceptions théoriques d'Hannah Arendt que sur une analyse du cas Eichmann lui-même. Delpla souligne notamment que ce « faux concept » de banalité du mal come absence de pensée constitue avant tout une ligne de défense imaginée par Eichmann pour atténuer sa responsabilité plutôt qu'un phénomène psychologique conduisant les hommes ordinaires à devenir des agents ou rouage de crimes de masse, à l'instar des Allemands pendant la période du nazisme.

Enfin, Ehrenberg souligne que la dénonciation radicale que propose Dejours reste peu opérante pour permettre d'envisager des pistes d'actions effectives concernant la lutte contre les injustices sociales dans le monde du travail. Une fois passée l'émotion de la dénonciation qui « exorcise le mal » et « célèbre les victimes réduites à l'impuissance », l'analyse de Dejours demeure incapable de proposer un modèle d'action à mener. En l'absence d'analyse systémique des causes de la souffrance au travail, la seule bonne volonté pourrait suffire à faire plier le modèle capitaliste libéral coupable de tous les maux. Dans le même temps, la rhétorique compassionnelle invite davantage à s'émouvoir qu'à réellement agir pour apporter des modifications substantielles et efficientes de l'organisation du travail ou des rapports sociaux qui s'y jouent. De la même manière, l'approche proposée par Renault n'apporte pas de réelles pistes d'action, se situant davantage dans le champ d'une approche critique compassionnelle.

En reprenant l'exemple du jeune médecin et des asphyxies au formol, on peut aisément montrer les limites du modèle décrit par Christophe Dejours. Tout d'abord, l'intention maléfique des directions, centrée dans ce cas sur le refus d'embaucher à l'hôpital ou au sein de l'entreprise sous-traitante au profit de gains financiers, apparaît caricaturale. S'il s'avère, comme l'écrit Dejours, que ce médecin n'avait pas fini sa formation, il est alors impossible qu'il ait pu être embauché comme seul médecin responsable d'un service de réanimation. De plus, seul contre tous et la « banalité du mal », ce jeune médecin aurait été le seul à refuser de voir mourir ses patients à la chaîne, tandis que le reste de l'équipe semblait se désintéresser de

la situation et se faire complice de la direction. Là aussi, on imagine assez mal qu'aucun membre de l'équipe n'ait rejoint son combat et cherché à en savoir davantage sur ce phénomène inquiétant de surmortalité. Ensuite, cet exemple apparait particulièrement mal venu au vu des références répétées au nazisme que déploie Dejours dans son argumentaire. Sauf à considérer que les directions hospitalières ont la volonté de remplacer les chambres d'hôpital par des chambres à gaz, il est en réalité très peu probable qu'une direction d'hôpital se satisfasse de la surmortalité de patients causée par une erreur aussi grossière, puis qu'elle laisse un jeune médecin « encore en formation » mener seul l'enquête sur les causes du problème. Enfin, soulignons que la véracité de ce cas apparaît très douteuse, aucun scandale de ce type n'ayant jamais été révélé dans un hôpital français au cours des dernières décennies. On peut notamment faire l'hypothèse que l'odeur insoutenable du formol aurait sans nul doute amené d'autres personnes, en premier lieu les patients, à prendre conscience du problème. Enfin, on comprend mal comment du formol sous forme de gaz aurait pu se trouver dans le respirateur, puisqu'il est généralement utilisé en forme liquide ou en poudre pour la stérilisation des appareils médicaux. Cet exemple tend à démontrer la fragilité empirique des concepts développés par Dejours concernant la souffrance au travail sur lesquels s'appuie Renault.

Si Emmanuel Renault n'occulte pas les enjeux politiques liés au paradigme de la reconnaissance, il développe une nosographie psychologique propre aux différents types de déni de reconnaissance l'amenant à envisager l'existence de structures d'expérience commune à des catégories sociales supposément homogènes (personnes sans-abris, jeunes de banlieue, personnes sans emploi). A ce titre, utiliser la notion de « souffrance sociale » ou de « souffrance d'origine sociale » comme le fait Renault confronte au risque majeur de nier la réalité des inégalités sociales de santé au profit d'une vision psychologisante des effets des inégalités sociales sur la santé. Envisager que le déni de reconnaissance puisse créer une catégorie spécifique de souffrance psychique empêche de souligner les prévalences plus élevées de

troubles mentaux dans les populations les plus défavorisées sur le plan socio-économique, dont font partie les populations migrantes et issues de minorités ethniques.

De plus, l'évocation de la notion générique de « déni de reconnaissance » correspond à une absence de description précise des types d'adversité auxquels sont confrontées les populations défavorisées et minorisées. Le stress acculturatif, la discrimination raciale ou la précarité sociale, que l'on pourrait tous ranger sous le vocable du mépris ou du déni de reconnaissance, constituent cependant des réalités sociales différentes. En effet, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, vivre dans un logement insalubre n'a pas tout à fait les mêmes effets sur la santé mentale que faire l'expérience quotidienne des micro-agressions raciales et ces deux réalités se doivent d'être considérées comme des facteurs de risque à part entière et des déterminants sociaux de la santé aux effets particuliers. On pourrait arguer que Renault a bien conscience de l'existence de réalités sociales différentes, puisqu'il opère justement une association entre des réalités sociales (vie en banlieue, sans-abrisme, recherche d'emploi) et des effets spécifiques en termes de souffrance psychique. Cependant, cette association demeure hypothétique car Renault n'évoque jamais les possibles mécanismes explicatifs impliqués dans le modèle qu'il développe, en maintenant un flou important sur les liens de causalité à l'œuvre. A l'inverse du modèle socio-développemental que nous avons décrit dans le chapitre précédent, celui proposé par Renault demeure beaucoup trop imprécis dans la causalité qu'il décrit entre des phénomènes d'injustice sociale et des états mentaux qui seraient réactionnels à ces expériences sociales négatives. A l'instar du modèle de l'échec social, cette conceptualisation par généralisation comprend à la fois une dimension conceptuelle, par la tendance à la généralisation du seul concept de reconnaissance, et une dimension empirique par regroupement dans une catégorie commune de cas différents.

Enfin, nous pouvons ajouter une dernière critique concernant l'incapacité de l'approche de Renault à distinguer entre les réactions normales et pathologiques face au mépris et au déni

de reconnaissance. Alors qu'il cherche justement à proposer un modèle explicatif des troubles mentaux survenant chez les populations précarisées à l'aune des théories de la reconnaissance, Renault utilise des concepts issus du registre du développement personnel (confiance en soi, estime de soi et respect de soi) sans les relier à des troubles mentaux en particulier. En effet, l'absence d'estime de soi ou de confiance en soi n'est aucunement synonyme de trouble mental, étant entendu qu'il peut exister chez un individu une perte d'estime de soi sans présence de trouble mental associé et, à l'inverse, présence d'un trouble mental sans perte d'estime de soi. De la même manière, la théorie de Dejours s'avère relativement peu précise sur les réalités cliniques et nosographiques de la souffrance évoquée, au profit d'une description très vague d'effets du travail sur les salariés. La mauvaise santé mentale des uns, manageurs pervers et paranoïaques, serait à l'origine de la mauvaise santé mentale des autres, salariés victimes de la domination et de la domination des premiers. Pour autant, Dejours demeure très vague sur les formes cliniques précises que peut prendre cette souffrance au travail et sur la manière dont les processus qu'il décrit viendrait impacter la santé mentale des travailleurs. A l'instar de la psychodynamique du travail et de la clinique psychosociale, l'approche de Renault peine ainsi à proposer un cadre précis de distinction du normal et du pathologique. Sauf à considérer que l'ensemble des jeunes de banlieue souffrent de troubles mentaux, il s'avère difficile de savoir comment caractériser le défaut de respect de soi auquel ils se trouveraient confrontés. Plus largement, Renault n'associe pas les formes de déni de reconnaissance et leurs effets avec des pathologies mentales en particulier, évoquant plutôt des effets proches de ceux que décrit Honneth sur la « vie affective »[658]. Ainsi, l'existence de prévalences importantes de troubles psychiatriques chez les populations sans-abris ou chez les migrants de secondes générations que sont très fréquemment les « jeunes de banlieue » demeure insuffisamment expliquée par le modèle développé par Renault.

[658] HONNET A., *LPR*.

Au total, l'approche développée par Emmanuel Renault a comme intérêt principal de chercher à associer des données issues de travaux psychiatriques avec les théories politiques de la reconnaissance, en vue de proposer un cadre critique d'analyse des rapports sociaux et de leurs effets délétères sur la santé mentale. L'objectif poursuivi pourrait permettre de répondre au vide existant dans les champs de la philosophie de la psychiatrie et de la philosophie de la justice sociale concernant les questions de santé mentale. Cependant, l'association entre, d'un côté, la psychodynamique du travail de Dejours et la clinique psychosociale et, de l'autre, les théories de la reconnaissance apporte davantage de flou au sein d'un modèle causal incertain qu'elle ne permet de résoudre l'équation articulant justice sociale et santé mentale. L'absence de réflexion sur les déterminants sociaux de santé et les inégalités sociales de santé, au profit d'une psychologisation des rapports sociaux et de leurs effets, constitue une impasse difficilement dépassable.

6.2. RECONNAISSANCE ET DIFFERENCES CULTURELLES

6.2.1. L'APPROCHE MULTICULTURALISTE DES DIFFERENCES CULTURELLES

Nous proposons à présent d'interroger l'intérêt potentiel de l'usage des approches par la reconnaissance dans le cadre des théories multiculturalistes. Les théories de la reconnaissance ont en effet été fortement développées dans le cadre de la reconnaissance des différences culturelles au sein des sociétés multiculturelles, notamment par des philosophes canadiens comme Charles Taylor ou Will Kymlicka[659]. Dans un article intitulé *The politics of diversity : pluralism, culturalism and mental health*[660], l'ethnopsychiatre canadien Laurence Kirmayer discute les possibles effets du multiculturalisme et de la reconnaissance des différences culturelles sur la santé mentale. Selon Kirmayer, une société favorisant la diversité culturelle peut avoir des effets bénéfiques pour ses membres en termes de santé mentale. Prenant l'exemple de la forte prévalence de troubles psychotiques chez les populations migrantes, Kirmayer souligne combien cette réalité clinique et épidémiologique constitue un enjeu d'inégalité sociale majeur qui nécessite de mieux comprendre le rôle de l'environnement social sur la santé mentale. Il cite notamment les travaux concernant le rôle protecteur de la densité ethnique qui permettrait de limiter les effets délétères du racisme et de la discrimination vécus par les personnes migrantes pour envisager les effets potentiellement bénéfiques de la diversité culturelle. Selon Kirmayer, la diversité culturelle a trois types principaux d'effets bénéfiques sur la santé mentale[661]. Tout d'abord, la diversité culturelle offre aux membres de la société une

[659] KYMLICKA W. (2001). *La Citoyenneté multiculturelle : Une théorie libérale du droit des minorités*. La Découverte.

[660] KIRMAYER L.J. (2019). The politics of diversity: pluralism, multiculturalism and mental health. *Transcultural Psychiatry*, *56*(6), 1119–1138.

[661] « Diversity itself is a good in at least three basic ways: (i) it provides individuals with a wide range of options for life paths and adaptations; (ii) it supports an ongoing intermixing of different ways of life, meaning systems, values, skills and perspectives that gives rise to new mixed or hybrid forms; and (iii) it ensures a pool of varied adaptive strategies from which to draw in the event of changes in environment. » (*Ibid*, p. 1131).

large gamme d'options en termes de parcours de vie et d'adaptation. Ensuite, elle soutient un brassage continu de modes de vie différents, de systèmes de sens, des valeurs, des compétences et des perspectives qui donnent lieu à de nouvelles formes de vie mixtes ou hybrides. Enfin, la diversité culturelle assure une vaste gamme de stratégies adaptatives variées dans lesquelles puiser en cas de changement d'environnement. Kirmayer conclue ainsi son article sur l'importance de reconnaître la diversité culturelle et ses effets bénéfiques pour la santé mentale, sans citer cependant de travaux démontrant empiriquement l'existence d'une meilleure santé mentale chez les membres de sociétés multiculturelles au sein desquelles les différences culturelles sont reconnues et valorisées.

La reconnaissance des différences culturelles prônée par les ethnopsychiatres trouve ainsi écho dans les travaux du philosophe canadien Charles Taylor sur le multiculturalisme et le respect des différences culturelles. Dans son ouvrage *Multiculturalisme, Différence et démocratie*, Taylor s'appuie sur le rôle central pris par la notion de reconnaissance pour comprendre celle d'identité dans les sociétés modernes, en considérant que le droit à la reconnaissance ne constitue pas une « politesse que l'on fait aux gens » mais bien un « besoin humain vital »[662]. Taylor s'attache à réaliser une histoire du concept de reconnaissance et de son apparition dans la philosophie moderne pour mieux saisir la manière dont il a pris une place aussi importante dans la manière de penser les identités individuelles et collectives. Selon lui, la philosophie de Jean-Jacques Rousseau en constitue le premier pas au travers de son concept du « sentiment de l'existence » qui souligne l'importance du rapport au soi comme « contact moral authentique avec nous-mêmes »[663]. Pour Taylor, cet idéal moral d'authenticité vis-à-vis de soi-même introduit le concept d'originalité qu'il résume de la sorte : « chacune de nos voix a quelque chose à dire »[664]. Cet idéal constituerait le nœud du paradigme moderne du besoin de

[662] TAYLOR C., *MDD*.
[663] *Ibid*, p. 46.
[664] *Ibid*, p. 47.

reconnaissance. En plaçant les concepts d'authenticité et d'originalité au cœur de celui de l'identité tel qu'il est entendu à l'époque moderne, le paradigme de la reconnaissance a, selon Taylor, institué les conditions[665] de l'échec même de la reconnaissance, en ce sens qu'une identité qui se veut originale et authentique, dépendant donc principalement de l'individu, ne bénéficierait pas de la reconnaissance *a priori* par la société.

De plus, la mise en place des systèmes libéraux universalistes modernes tendrait également à effacer les différences individuelles derrière les idéaux d'égalitarisme et d'universalisme. Partant du constat de la volonté universaliste des systèmes libéraux, Taylor défend en effet un modèle de reconnaissance des différences culturelles qui permette d'embrasser les deux extrêmes que représente la politique de l'universel et de l'égale dignité, « aveugle aux différences »[666] individuelles, et la politique de la différence, reconnaissant l'identité unique d'un individu ou d'un groupe d'individus. Entre la volonté d'établir un ensemble identique de droits et de privilèges de la première, et celle de reconnaître l'identité unique d'un individu ou d'un groupe, la distinction n'est cependant pas si importante pour Taylor, car l'exigence universelle tendrait à promouvoir « la reconnaissance de la spécificité »[667]. Puisque le principe d'égalité universelle demande que soit accordée une reconnaissance à ce qui est universellement partagé, et que chacun a une identité propre et originale, ce principe indique dès lors que soit accordée une reconnaissance à ce qui est particulier à chacun. Taylor souligne cependant les reproches faits aux politiques de l'universel qui tendent à instaurer une « culture hégémonique »,[668] dictée par les populations majoritaires au sein d'une société, obligeant les minorités à prendre la forme majoritaire au prix d'une

[665] « Ce qui est apparu avec l'époque moderne n'est pas le besoin de reconnaissance, mais les conditions dans lesquelles la tentative, pour être reconnue, peut échouer. C'est la raison pour laquelle le besoin n'est pas reconnu pour la première fois ». (*Ibid*, p. 53).

[666] *Ibid*, p. 84.

[667] *Ibid*, p. 58.

[668] *Ibid*, p. 63.

suppression des identités. Au-delà des similitudes que l'on pourrait initialement percevoir entre politique de l'universel et de la différence, la tendance des systèmes universalistes à effacer les spécificités individuelles, notamment culturelles, constitue une réalité inconciliable avec le caractère de plus en plus multiculturel des sociétés modernes ouvertes aux migrations multinationales. Il devient dès lors impossible selon Taylor pour les sociétés libérales de viser un idéal de « neutralité culturelle complète »[669] au risque de nier ce besoin de reconnaissance des spécificités individuelles ou collectives.

Présumer d'une égale valeur des différentes cultures constitue alors le premier pas indispensable à la reconnaissance des identités culturelles, ce qui implique de reconnaître le mérite de chacune des cultures présentes au sein d'une société multiculturelle. Taylor s'appuie notamment sur les travaux de Frantz Fanon pour souligner ce besoin de soutenir une image positive de l'ensemble des identités culturelles au travers de la critique faite par Fanon de l'utilisation de l'image dépréciative des peuple colonisés véhiculés par les colonisateurs pour appuyer leur domination[670]. Empruntant la notion de « mélange des horizons »[671] à Gadamer, Taylor souligne que la reconnaissance des différences exige un horizon de signification partagée qui repose sur la « présomption d'égale valeur » des différentes cultures[672] en tant qu'attitude d'ouverture aux autres cultures, qu'il résume en écrivant que « toutes les cultures humaines qui ont animé des sociétés entières durant des périodes parfois considérables ont quelque chose d'important à dire à tous les êtres humains »[673]. Ainsi, Taylor défend l'idée selon laquelle les états multiculturels peuvent reconnaître des revendications et particularités propres

669 *Ibid*, p. 85.
670 FANON F. (1961). *Les Damnés de la terre*, Maspéro.
671 GADAMER H.G. (1975). *Wahrheit und Methode*. Mohr.
672 TAYLOR C., *MDD*, p. 97.
673 *Ibid*, p. 90.

à des groupes culturels minoritaires sans abandonner pour autant leurs idéaux de distribution universelle des droits fondamentaux.

Les travaux de Taylor constituent dès lors un cadre théorique intéressant pour penser l'approche ethnopsychiatrique prônée par Georges Devereux et ses élèves. La volonté de reconnaître les différences culturelles et la présomption d'égale valeur des cultures correspondent en effet à des paradigmes forts de l'ethnopsychiatrie, comme nous l'avons vu dans la première partie de notre thèse. La notion de non-reconnaissance des différences comme facteur explicatif du mal-être des populations migrantes constitue un effet une hypothèse forte de cette pratique spécifique. Expliquant les raisons de mise en place d'une consultation ethnopsychologie dans une école parisienne, la psychologue Rébecca Duvillié écrit ainsi en 2000 dans la revue *L'Autre* que les enfants migrants « étaient mal acceptés dans la majorité des écoles parce que notre société n'acceptait pas d'entendre leur différence »[674].

Une hypothèse concernant l'efficacité de la cure transculturelle proposée par Devereux à Picard au regard des travaux de Taylor et des hypothèses de Kirmayer, pourrait être que Devereux offre à Picard l'accès à l'expression possible d'une parole minorisée, de stratégies d'adaptation liées à l'affirmation de soi en tant qu'individu, mais aussi en tant que membre d'une communauté discriminée. La possibilité d'une forme d'*empowerment* social, historico-culturel et, quelque part, politique pourrait en effet s'inscrire dans la relation qu'entretiennent Picard et Devereux, marquée par la libre expression et la valorisation des différences culturelles. Le fait que Devereux apprenne parfois à Picard lui-même des spécificités de la culture amérindienne permet sans doute à ce dernier de se rendre compte qu'il est en face d'un interlocuteur bienveillant, ouvert à la différence culturelle, qui cherche réellement à entendre et comprendre son identité culturelle. En reprenant les termes du philosophe Guillaume Le Blanc,

[674] DUVILLIE R. (2000). A propos d'une consultation d'ethnopsychologie à l'école. *L'autre*, 1, 543-548.

on pourrait dès lors envisager cet échange thérapeutique comme la possibilité enfin donnée à Picard « d'avoir voix au chapitre »[675].

6.2.2. CRITIQUES DE L'APPROCHE TAYLORIENNE DE LA RECONNAISSANCE

Les approches critiques de la théorie de la reconnaissance sont nombreuses et portent à la fois sur ses fondements théoriques et ses aspects pratiques, si bien qu'il ne s'agira pas ici de proposer une recension exhaustive de ses limites. Nous tâcherons ainsi de souligner les limites pertinentes au cadre spécifique de la santé mentale des personnes migrantes.

6.2.2.1. LES CRITIQUES DE NANCY FRASER

Dans son ouvrage *Qu'est-ce que la justice sociale ?* Nancy Fraser s'attache à dépasser le débat entre théories de la justice distributive et théories de la reconnaissance pour proposer une théorie de la justice sociale qui puisse répondre adéquatement aux enjeux sociaux actuels. Comme nous l'avons vu préalablement au sujet de la critique de l'approche d'Emmanuel Renault, l'approche de Fraser se veut ouvertement critique des théories de la reconnaissance qu'elle juge notamment inadéquates pour rendre compte des problèmes de distribution par leur incapacité à « compléter, complexifier et enrichir les luttes pour la redistribution » au profit d'une tendance à les « marginaliser, les éclipser et les évincer » [676]. En nous appuyant sur la critique des théories de la reconnaissance proposée par Nancy Fraser[677], nous pouvons notamment retenir trois grandes lignes de critique à l'égard du paradigme de la reconnaissance tel qu'il est proposé par Taylor, à savoir la réification de l'identité, l'évincement des problématiques de redistribution et la déformation de la perspective. La première critique, portée également par des auteurs comme Anne Phillips, Seyla Benhabib, Kwame Anthony

[675] LE BLANC G. (2007). *Vies ordinaires, vies précaires*, La Couleur des Idées, Seuil
[676] FRASER N., *QJS*, p. 72.
[677] *Ibid*, p. 71-73.

Appiah ou Glen Sean Coulthard, cherche à dénoncer le phénomène d'essentialisation des identités sociales et culturelles auquel mène le paradigme de la reconnaissance en s'appuyant sur une vision réifiée de la notion d'identité. L'évincement de la redistribution souligne que la mise en exergue des seuls enjeux de reconnaissance tend à occulter les problématiques de redistribution. Enfin, la dernière critique de la reconnaissance s'intéresse au cadre à donner aux politiques de la justice sociale qui se doivent, selon Fraser, d'être pensées à un niveau transnational dans le contexte de la mondialisation, là où le multiculturalisme tend à cantonner la réflexion à l'échelle nationale. Nous évoquerons dans ce chapitre les deux premières critiques uniquement.

Tout d'abord, la critique de la réification identitaire est formulée par Nancy Fraser pour souligner les limites de l'approche par la reconnaissance. Fraser écrit ainsi que l'effet de la reconnaissance est « d'imposer une identité de groupe unique, considérablement simplifiée » en niant « la complexité des existences », la « multiplication des identifications » et « la dynamique croisée de leurs différentes affiliations »[678]. Pour la philosophe américaine, les théories de la reconnaissance constituent même un vecteur de déni de reconnaissance en dissimulant la politique d'identification culturelle qui se concrétise par des phénomènes complexes d'identifications, marqué par des « luttes à l'intérieur du groupe pour l'autorité et le pouvoir de le représenter »[679]. L'absence de réflexion sur les formes de domination existant au sein des groupes culturels ou des minorités ethno-raciales favoriserait ainsi le conformisme, l'intolérance et le maintien de structures patriarcales. De plus, cette vision réifiée et figée serait contraire à l'approche hégélienne dialogique de l'identité en faisant de l'identité culturelle une « description auto-engendrée, que l'on présente aux autres comme une prescription »[680] sans

[678] FRASER N., *QJS*, p. 78.
[679] *Ibid*, p.78
[680] *Ibid*, p. 78

réelle possibilité de remise en cause ou de discussion par des personnes extérieures au groupe de cette identité construite par les seuls membres du groupe.

Si l'on s'attache à nouveau au cas de Picard, l'essentialisation et l'exotisation de Picard par Devereux autour d'une vision caricaturale de la culture amérindienne se trouvent répétées tout au long de la psychothérapie. En l'assignant à une image caricaturale de lui-même, Devereux ne favorise pas une réelle discussion avec son patient autour de son sentiment profond d'identification culturelle ou sociale, scotomisant notamment tous les enjeux liés aux expériences de discrimination vécues par Picard. Ce dernier se doit avant tout de (re)devenir un archétype de l'Indien des Plaines au profit, selon Devereux, de l'amélioration de sa santé mentale, sans avoir la possibilité de réellement discuter son propre sentiment d'identité sociale et culturelle.

Ensuite, la seconde critique que l'on peut adresser à l'approche taylorienne de la reconnaissance à partir de Fraser s'appuie sur la tendance à ne pas prendre suffisamment en compte, voire à négliger complétement, les enjeux de justice sociale liées aux inégalités distributives. L'idée que la lutte contre le déni de reconnaissance suffirait à corriger la distribution inique des biens sociaux revient à considérer la société comme étant purement culturelle, sans relations économiques, où seules les hiérarchies identitaires expliqueraient les inégalités. De plus, clamer l'importance du respect des différences culturelles tend à s'associer à un silence problématique sur les questions de discrimination ethno-raciale ou de précarité sociale, tendance dont l'ethnopsychiatrie constitue en exemple marquant. Dans ses critiques de l'ethnopsychiatrie, Fassin rappelait ainsi combien les problématiques économiques et sociales constituaient, davantage que leurs supposés croyances ésotériques et culturelles, des réalités quotidiennes pour les personnes consultant dans les services d'ethnopsychiatrie. Dès lors, comme l'écrit Magali Bessone, penser l'adversité vécue par les groupes ethniques minoritaires ou racialisés sous l'angle de la justice sociale doit « reposer sur un discours de justification

formulé en termes de discriminations à combattre plutôt qu'en termes de cultures à respecter »[681]. Ainsi, comme l'écrit Fraser « se voir dénier la reconnaissance […] ce n'est pas simplement être victime des attitudes, des croyances, et des représentations méprisantes, dépréciatives ou hostiles des autres ; c'est être empêché de participer en tant que pair à la vie sociale »[682]. Les difficultés d'accès à l'éducation, l'emploi ou au logement qu'entraînent les discriminations ethniques ou raciales sont autant de freins à la participation sociale, autant de réalités institutionnalisées qui s'associent aux inégalités distributives sur lesquelles reposent les inégalités sociales de santé.

6.2.2.2. Les critiques de Glen Sean Coulthard

Au-delà de ces critiques générales, considérons le cas plus spécifique de l'application des théories de la reconnaissance dans le cadre canadien, point de départ des réflexions de Taylor. Dans un essai intitulé *Peaux rouges, masques blancs*[683], en référence au célèbre *Peaux noires, masques blancs* de Frantz Fanon, et sous-titré *Contre la politique coloniale de la reconnaissance,* le philosophe Glen Sean Coulthard apporte une critique documentée des théories de la reconnaissance au travers des revendications des populations autochtones natives du Canada, en s'appuyant notamment sur les travaux de Fanon. Ainsi, l'on pourrait résumer la thèse de Coulthard au travers de cette phrase de son introduction dans laquelle il écrit que « Fanon perçoit la reconnaissance non pas comme une source de liberté et de dignité pour le colonisé, mais bien comme le lieu où les relations coloniales se produisent et se maintiennent »[684]. Plus loin, il dénonce le fait que « la reconnaissance semble conduire inévitablement à l'assujettissement » des personnes dominées et des peuples minoritaires. Dans

[681] BESSONE M. (2013), *op.cit.,* p. 134.

[682] FRASER N., *QJS*, p. 50.

[683] COULTHARD Glen Sean (2021). *Peau rouge, masques blancs. Contre la politique coloniale de la reconnaissance*. Lux editeur. (Noté ci-après *PRMB*).

[684] *Ibid,* p. 39.

le cadre spécifique des populations autochtones au Canada, où s'est établi un phénomène de colonisation territoriale en de nombreux points équivalent à celui vécu par les populations indiennes natives aux États-Unis, Coulthard critique notamment la pensée de Charles Taylor qui s'appuie sur les théories de la reconnaissance pour penser notamment l'autodétermination de ces peuples autochtones.

Pour Coulthard, « la logique selon laquelle « la reconnaissance » est conçue comme quelque chose qui est « accordé » ou « offert » à un groupe ou une entité subalterne par un groupe ou une entité dominante […] est vouée à l'échec »,[685] car elle ne peut parvenir justement à modifier ou transcender les relations de pouvoir ou de domination qui sont en jeu. Les sujets soumis à la reconnaissance se trouvent en effet toujours interpellés par les mécanismes de reconnaissance construits par les groupes dominants. L'utilisation des thèses de Fanon par Taylor apparaît à ce titre particulièrement critiquable, tant le psychiatre français a remis en question l'utilisation de la notion de reconnaissance pour penser le rapport hégélien entre le maître et l'esclave et, *a fortiori*, les relations de domination coloniale. Fanon écrit notamment dans *Peaux noires, masques blancs*, que « le maître se moque de la conscience de l'esclave. Il ne réclame pas la reconnaissance de ce dernier, mais son travail »[686], soulignant combien le paradigme de la reconnaissance semble peu à même de transformer les relations de pouvoir et de domination caractéristiques des relations entre les peuples autochtones et les puissances coloniales.

Coulthard dénonce également le caractère essentialiste des politiques de la reconnaissance qui fonctionnent « non pas comme des libérateurs culturels, mais comme des camisoles de force culturelles »[687] en s'appuyant sur l'exemple de la Nation Dénée, population

[685] *Ibid*, p. 61.
[686] FANON F. (2015), *op cit*., p. 213.
[687] COULTHARD G.S., *PRMB*, p. 45.

autochtone du Nord-Ouest du Canada dont il est lui-même originaire. Coulthard précise son exemple en évoquant la place centrale qu'occupe le territoire dans la culture Dénée, considéré autant comme un « objet matériel de grande importance » que comme « le champ des 'relations entre les choses' », façon de « connaître le monde et les autres, d'expérimenter et d'interagir avec eux ». L'État canadien a reconnu les spécificités culturelles du peuple Déné sans y associer une « reconnaissance des économies et des formes d'autorité politiques autochtones »[688]. Ainsi, « l'entente de principe » établie en 1988 avec l'État Canadien comprenait comme conditions la renonciation par les Dénés à la reconnaissance de leurs droits politiques ainsi que la cession de tout droit et titre ancestral résiduel sur les terres restantes. Si l'État canadien a consenti à reconnaître l'importance du territoire dans la culture du peuple Déné, il a évacué les questions sociales et politiques au profit d'une vision essentialisée des Premières Nations vivant au contact de la nature sans aucun rapport économique ou politique à ce territoire.

S'interrogeant sur la pertinence du paradigme de la reconnaissance lorsque celle-ci se fonde sur des conceptions essentialistes de l'identité, notamment culturelle, Coulthard fait alors appel aux travaux de la philosophe Seyla Benhabib qui cherche dans son ouvrage *The Claims of Culture : Equality and Diversity in the Global Era*[689], à établir un modèle capable d'accommoder les principes universalistes de liberté individuelle et d'égalité avec les demandes des minorités pour la reconnaissance des différences culturelles. Benhabib défend la justice en contexte multiculturel, non pas sous l'angle de la préservation de la culture, mais « d'inclusion dans un dialogue démocratique » des groupes marginalisés, en proposant trois conditions normatives que les groupes culturels doivent remplir pour obtenir la reconnaissance et l'accommodation[690]. Tout d'abord, la réciprocité égalitaire stipule que l'accès aux droits

[688] *Ibid*, p. 118.
[689] BENHABIB S. (2002). *The claims of culture: equality an diversity in the global era*. Princeton University Press.
[690] COULTHARD G.S., *PRMB*, p. 144.

fondamentaux (civiques, politiques, économiques et culturels) doit être assuré aux membres des minorités. Ensuite, l'assentiment volontaire souligne qu'un individu ne doit pas être automatiquement assigné à une appartenance culturelle, religieuse ou linguistique à la naissance, mais que son appartenance à un groupe doit reposer sur son assentiment volontaire et être auto-déterminée. Enfin, la liberté de sortie et d'association constitue la liberté de quitter le groupe auquel l'individu a été assigné qui doit lui être accordée sans réserve et, inversement, la liberté de demeurer membre d'un groupe lorsque l'on se marie à un membre d'un autre groupe qui ne doit pas être contestée.

En dépit de cette reformulation anti-essentialiste de Benhabib, Coulthard demeure critique à l'égard de la pertinence des théories de la reconnaissance en contexte multiculturel. Selon Coulthard, la critique énoncée par Benhabib repose sur deux dimensions distinctes que sont l'analyse empirique de la nature construite des identités culturelles et la formulation d'un argument normatif visant à défendre l'égalité de droit pour les individus marginalisés issues des minorités culturelles. Au sujet de la première dimension, Coulthard souligne que la déconstruction proposée par Benhabib n'est opérante que dans le cas où les injustices sont produites et maintenues par la « naturalisation d'oppositions binaires et hiérarchiques fondées sur ce qui apparait comme des différences fixes et non négociables »[691]. Or, le modèle s'avère peu efficace dans les situations, les plus fréquentes, où les rapports de domination ne reposent pas sur ces oppositions binaires essentialistes. Coulthard souligne à ce titre que les rapports de dominations existant entre l'État canadien et les nations autochtones reposent sur un ensemble de rapports sociaux oppressifs qui ne peuvent s'expliquer uniquement par la problématique de l'essentialisme. Il cite ainsi, comme effet de cette relation complexe de domination, « la pauvreté, le chômage, les logements insalubres, la mortalité infantile, la morbidité, le suicide des jeunes, l'incarcération, la violence sexuelle et psychologique et la

[691] *Ibid,* pp. 162-163.

prostitution de mineurs »[692] qui sont considérablement plus fréquentes dans les collectivités autochtones que dans tout autre segment de la population canadienne. Ainsi, Coulthard soutient que le développement de formes culturelles hybrides, délibératives et normatives ne peut suffire à subvertir le contexte de domination globale à l'œuvre dans les rapports sociaux existants.

Concernant la seconde dimension de l'approche de Benhabib, Coulthard se montre sceptique quant à la capacité d'envisager un modèle délibératif qui soit à même d'accommoder les demandes collectives pour la reconnaissance et les attentes individuelles pour l'égalité dans le contexte postcolonial canadien. En effet, le modèle délibératif de Benhabib est pensé au travers « d'institutions publiques et sociales impartiales » tout en laissant intacte la structure et sociale coloniale qui est elle-même à l'origine des injustices citées par Coulthard dans sa critique de la première dimension.[693] Or comme l'écrit ce dernier, « cette autorité présumée de l'État est justement ce que contestent nombre de revendications autochtones pour la reconnaissance culturelle »[694].

6.2.2.3. INTERET DU MULTICULTURALISME LIBERAL ?

Cependant, on peut contester le paradigme de la reconnaissance, sans remettre nécessairement en cause celui du multiculturalisme. Le philosophe américain Lawrence Blum distingue deux types de reconnaissance dans l'approche de Taylor : la reconnaissance-égalité et la reconnaissance-distinction[695]. C'est sur la seconde qu'il base son approche du multiculturalisme et considère autrui « en vertu de sa distinction, de sa différence, de son identité particulière »[696]. A contrario, les théories multiculturelles libérales développées par

[692] *Ibid*, p. 164.

[693] *Ibid,* p. 168.

[694] *Ibid*, p. 172.

[695] BLUM L (1994). Multiculturalism, racial justice and community : reflections on Charles Taylor's'politics of recognition', in : FOSTER L. & HERZOG P.S. (1994). *Defending diversity : contemporary philosophical perspectives on pluralism and multiculturalism*. University of Massachusetts Press. Retrieved

[696] BESSONE M. (2013), *op.cit*., p.111.

Will Kymlicka sont par exemple davantage centrées sur l'égalité de droit (reconnaissance-égalité) que sur la thématique de la reconnaissance en termes de différences culturelles[697]. Pour Kymlicka, le multiculturalisme libéral vise ainsi à inclure des « dispositions juridiques et politiques visant à reconnaître et à accommoder les minorités ethnoculturelles », parmi lesquelles il range les « peuples autochtones », les « minorités nationales » et les « populations issues de l'immigration »[698]. De surcroît, on peut également souligner que les politiques multiculturelles et ethnopsychiatriques canadiennes en appellent à une vision dynamique et non essentialiste de la culture. L'ethnopsychiatrie canadienne s'intéresse ainsi autant aux facteurs culturels impliqués dans la santé mentale des personnes migrantes qu'aux facteurs sociaux, tels que les déterminants sociaux de la santé ou la discrimination raciale. Elle définit ainsi la notion de culture comme « un vaste ensemble de significations qui ont évolué avec les changements de configuration des sociétés et notre compréhension de la nature des communautés et traditions" […] et (qui) englobe tous les aspects d'un mode de vie transmis socialement, allant des valeurs et connaissances jusqu'aux pratiques et comportements sociaux »[699]. Kirmayer *et al.* soulignent également que « le racisme et les pratiques de discrimination, d'exclusion et d'oppression sociales peuvent avoir des conséquences très négatives sur la santé mentale et la manière dont les groupes interagissent avec les services de santé »[700].

Cependant, un certain nombre de limites conduisent à ne pas retenir le multiculturalisme libéral égalitaire comme cadre pertinent pour définir une théorie de la justice sociale en santé mentale. Tout d'abord, les thérapies proposées dans le contexte canadien pour soigner les personnes migrantes ne sont pas spécifiques à une approche multiculturelle et rejoignent des

[697] KYMLICKA W. (2001), *op.cit*.

[698] KIMLYCKA W. (2013) La critique essentialiste du multiculturalisme. In : GUERARD DE LATOUR S., (Eds., 2015). *Le multiculturalisme a-t-il un avenir ?* Questions de Communication, p. 33.

[699] KIRMAYER L.J., Fung K., Rousseau C., Lo H.T. & Menzies P. (2012). Directives pour la formation en psychiatrie culturelle. *Canadian Journal of Psychiatry, 57*(3), 1-18.

[700] *Ibid*, p. 3.

approches qui ont fait leurs preuves dans d'autres contexte. Le multiculturalisme offre en effet plutôt un cadre politique global orienté vers l'égalité de droit pour les populations autochtones et migrantes qu'un modèle thérapeutique ou préventif des troubles mentaux chez ces populations. A ce titre, le multiculturalisme comprend des directives qui visent des migrants légaux à qui sont assurés des droits de base (à un titre de séjour, à un emploi…) si bien que les droits nécessaires à la bonne santé mentale des migrants ne sont pas spécifiques à l'approche multiculturelle égalitaire[701].

Ensuite, comme nous l'avons précédemment évoqué au sujet de l'article de Laurence Kirmayer[702], il n'existe à ce jour pas de données épidémiologiques robustes sur la santé mentale des personnes migrantes au Canada qui permettraient d'attester de l'efficacité des approches multiculturalistes. Kimlycka cite dans l'ouvrage collectif *Le multiculturalisme a-t-il un avenir ?* une étude publiée en 2006[703] qui démontrerait, selon lui, les effets bénéfiques du multiculturalisme sur la santé mentale des jeunes issus de l'immigration[704]. En réalité, cette étude réalisée auprès de plus de 7000 jeunes issus de l'immigration incluait des participants dans treize pays différents, dont le Canada et la France. Il ne s'agissait pas d'analyser les différences en fonction du pays d'accueil pour démontrer l'efficacité de telle ou telle politique d'immigration, mais plutôt d'évaluer, à l'échelle individuelle, l'impact de leur identité ethnique et de leur niveau d'acculturation sur leur intégration sociale et leur niveau de bien-être. Il était démontré qu'une meilleure intégration au pays d'accueil et à la communauté ethnique d'origine

[701] On peut souligner que, même chez Kymlicka, la culture est considérée « comme un concept acquis » qui demeure essentialisée en partant du postulat que les groupes culturels sont « suffisamment cohérents pour s'exprimer d'une même voix » (BESSONE M. (2013), *op.cit*., p. 121).

[702] KIRMAYER L. (2019), *op.cit*.

[703] BERRY J.W., Phinney J.S., Sam D.L. & Vedder P. (2006). Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review, 55*(3), 303–332.

[704] KYMLICKA W. (2013), *op.cit.,* p. 40.

était corrélée à un meilleur état psychologique[705]. L'un des résultats de l'étude concernait l'expérience de la discrimination ethno-raciale et démontrait qu'un haut niveau de discrimination perçu est associé à un plus faible niveau d'intégration et un état psychologique plus dégradé. Ainsi, cette étude ne donne aucun résultat favorisant le multiculturalisme libéral plutôt qu'une autre forme politique d'intégration des minorités ethniques ou des populations migrantes, puisque les résultats provenaient de treize pays différents présentant des politiques d'intégration distinctes. Ainsi, les théories multiculturelles, qu'elles soient orientées vers la reconnaissance des différences chez Taylor ou vers l'égalité chez Kymlicka n'apparaissent ni suffisantes, ni nécessaires, pour envisager les liens entre justice sociale et santé mentale des personnes migrantes.

[705] « Being involved in both cultures (integration) served to promote better psychological and sociocultural adaptation, while being involved in neither culture or being confused about one's situation (diffuse) undermined both forms of adaptation. » (BERRY *et al.* (2006), *op.cit*, p. 325).

6.3. CONCLUSION

Au total, si les théories de la reconnaissance présentent un intérêt certain pour comprendre les enjeux soulevés par les pratiques de l'ethnopsychiatrie, notamment dans le cadre du multiculturalisme canadien, elles possèdent de nombreuses limites qui les rendent insuffisantes en vue d'établir un cadre normatif permettant de penser la santé des populations migrantes et issus de minorités ethno-raciales sous l'angle de la justice sociale. La réification de l'identité et l'évincement des problématiques redistributives chez Taylor ou l'absence de définition précise du normal et du pathologique chez Renault constituent notamment des limites majeures de ces théories, ne leur permettant pas de prendre en compte les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé qui s'ancrent dans des inégalités de distribution d'un certain nombre de biens sociaux. La psychologisation des enjeux de justice sociale amène également ces auteurs à vouloir proposer des cadres spécifiques d'explicitation des troubles psychiques liées aux injustices sociales, au risque d'euphémiser le rôle des inégalités sociales de santé et de proposer des modèles causaux insuffisamment précis sur les mécanismes à l'œuvre dans l'association présumée entre défaut de reconnaissance et santé mentale.

Qu'il s'agisse du modèle inspiré d'Honneth centré sur l'injustice sociale comme déni de reconnaissance ou des approches libérales orientées vers la reconnaissance des différences culturelles, aucun ne propose de modèle satisfaisant répondant aux enjeux de justice sociale explicitant adéquatement les liens causaux impliqués dans les inégalités sociales de santé. Cette insuffisance des théories de la reconnaissance pour proposer un cadre cohérent de compréhension des troubles mentaux proposées par les populations migrantes pose alors la question de savoir si elles doivent être abandonnées ou plutôt complexifiées par les approches distributives de la justice sociales en santé.

CHAPITRE 7

LES APPROCHES DISTRIBUTIVES DE LA JUSTICE SOCIALE EN SANTE

Que ce soit en priorisant le rôle des injustices culturelles au détriment d'autres formes d'injustices ou en formulant des hypothèses trop imprécises sur les effets de l'injustice sociale en termes de souffrance psychique, les approches philosophiques respectives de Charles Taylor et d'Emmanuel Renault portant sur la reconnaissance sont insuffisantes pour traiter du poids des inégalités sociales de santé dans l'abord de la santé mentale des populations migrantes et des minorités ethniques. En effaçant la problématique des conditions socio-économiques d'existence de ses populations précarisées au profit d'une valorisation des aspects culturels ou d'une catégorisation trop vague sous l'angle de la souffrance sociale, les politiques de la reconnaissance tendent notamment à minimiser le poids majeur des déterminants sociaux de la santé et, de fait, à diluer la notion centrale d'inégalités sociales de santé dont l'exemple des populations migrantes et issues de minorités ethniques constitue un exemple marquant. Comprendre les enjeux de santé de ces populations nécessite en effet de proposer un modèle qui prenne en compte les déterminants sociaux de santé et leur impact délétère sur la santé.

Pour ce faire, il convient de considérer l'articulation entre théories de la justice et prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Dans le champ philosophique, les théories distributives de la justice sociale ont permis au cours des dernières années de proposer une approche davantage tournée vers la prise en compte des enjeux d'injustice sociale et de l'iniquité de (re)distribution des biens sociaux. Plusieurs théories de la justice sociale ont été fondées au cours des dernières décennies, parmi lesquelles la théorie de la justice comme équité

de John Rawls et l'approche par les capabilités d'Amartya Sen et Martha Nussbaum constituent les plus reprises et discutées. Pour autant, leur extension dans le domaine de la santé n'a fait l'objet jusque récemment que de peu de travaux, néanmoins notables. Le philosophe américain Norman Daniels a proposé une extension des théories rawlsiennes de la justice comme équité au domaine de la santé dans son ouvrage *Just Health* publié en 2008[706]. Sridhar Venkatapuram, philosophe britannique, a quant à lui proposé dans son ouvrage *Health Justice*[707], publié en 2011 de s'appuyer sur l'approche par les capabilités développée par Amartya Sen et Martha Nussbaum pour fonder sa définition de la justice sociale en santé, à l'articulation entre théories de la justice et définition normativiste de la notion de santé. Si ces deux auteurs n'abordent pas directement la problématique de la santé mentale et des troubles psychiatriques, il apparaît intéressant de proposer une analyse précise de leurs deux approches avant de discuter dans un chapitre ultérieur de leur intérêt potentiel pour la santé mentale des personnes migrantes. Nous proposons ainsi dans ce chapitre de discuter les intérêts et limites de ces deux approches de la justice sociale en santé, avant de discuter l'intérêt de fonder une théorie unifiée de la justice sociale en santé, et notamment en santé mentale prenant en compte les inégalités sociales de santé. De surcroît, ces théories permettent de définir et de délimiter le normal et le pathologique, à travers des définitions de la santé, dont l'absence s'est révélé une faiblesse des théories de la souffrance de la souffrance sociale, y compris dans leur application à la psychiatrie.

[706] DANIELS N., *JH*.
[707] VENKATAPURAM S., *HJ*.

7.1. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE COMME ENJEU DE JUSTICE SOCIALE

Comme nous l'avons montré, les données scientifiques récentes démontrent la forte prévalence de troubles mentaux chez les populations migrantes, notamment demandeuses d'asile et réfugiées, ainsi qu'au sein des minorités ethno-raciales. L'effet de bonne santé des migrants, qui repose sur les phénomènes de sélection des individus en meilleure santé survenant tout au long du parcours migratoire, souligne l'impact délétère de la période post-migratoire. Le rôle délétère de l'adversité sociale (précarité sociale, discrimination et stress acculturatif) rencontrée par ces différents groupes minoritaires est aujourd'hui placé au centre des modèles explicatifs de la genèse des troubles mentaux et des conduites suicidaires chez les individus minorisés, dans une optique centrée sur les inégalités sociales et les déterminants sociaux de santé. En effet, les modèles centrés sur l'échec social, l'adversité sociale ou le stress minoritaire soulignent combien l'exposition répétée aux déterminants sociaux de la santé vont expliquer les inégalités sociales de santé mentale auxquelles font face les populations migrantes et les minorités ethno-raciales. Ainsi, nous nous attacherons dans la suite de cette seconde partie de notre thèse à proposer une approche philosophique centrée sur la justice sociale et la prise en compte des inégalités sociales de santé.

En 1997, Norman Daniels, Bruce Kennedy et Ichiro Kawachi interrogeaient dans un article commun « pourquoi la justice est bonne pour la santé ? » en s'appuyant sur les connaissances épidémiologiques concernant les déterminants sociaux de la santé[708]. Ils rappellaient ainsi quatre résultats principaux concernant les inégalités sociales de santé. Tout d'abord, le gradient de santé observé en fonction du niveau socioéconomique est influencé par des choix politiques (*policy choices*). Ensuite, les inégalités sociales de santé ne sont pas la

[708] DANIELS N., KENNEDY B.P. & KAWACHI I. (1999). Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Daedalus*, *128*(4), 215–251.

seule conséquence de la précarité sociale des populations les plus défavorisés mais reposent sur la répartition inégale des ressources. De plus, le niveau socioéconomique relatif, davantage que le niveau socioéconomique réel, détermine l'état de santé des individus. Enfin, il existe des mécanismes sociaux et psychosociaux identifiables par lesquels l'inégalité sociale produit ses effets sur la santé. Les auteurs ajoutent que, selon Margaret Whitehead, les inégalités en santé sont considérées comme injustes (*unjust*) lorsqu'elles sont évitables (*avoidable*), non nécessaires (*unnecessary*) et non équitables (*unfair*)[709]. Dès lors, la juste répartition des déterminants sociaux de la santé peut permettre de limiter les inégalités sociales en santé. Partant de ces constats, les trois auteurs considèrent que les théories de la justice rawlsiennes sont à même de répondre à l'enjeu posé par les inégalités sociales de santé et l'existence des déterminants sociaux de la santé, hypothèse que Daniels développe par la suite dans son ouvrage *Just Health*[710] et que nous discuterons dans la suite de ce chapitre. Cette approche centrée les déterminants sociaux de la santé constitue un virage important dans les travaux de Daniels portant sur la santé, qui étaient centrés dans son premier ouvrage *Just Healthcare*[711] sur l'accès aux soins de santé.

Dans un article commun publié en 2009, Michael Marmot et le philosophe anglais Sridhar Venkatapuram distinguent quant à eux deux dimensions philosophiques qui sont associées à l'identification et la compréhension des déterminants sociaux de la santé et de leur rôle sur la santé des individus et des populations[712]. La première dimension correspond aux enjeux philosophiques de l'épidémiologie (*philosophy of epidemiology*) et s'intéresse notamment à l'épistémologie de la causalité, l'ontologie des déterminants causaux ou encore à l'influence

[709] WHITEHEAD M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445.

[710] DANIELS N., *JH*.

[711] DANIELS Norman (1985). *Just health care*. Cambridge University Press.

[712] VENKATAPURAM S., & MARMOT M. (2009). Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research. *Bioethics*, 23(2), 79–89.

des valeurs dans la recherche en santé publique. Cette dimension interroge notamment la possibilité de faire des inférences causales dans le champ de l'épidémiologie, particulièrement lorsqu'il s'agit des déterminants sociaux de la santé. Comme l'écrivent Marmot et Venkatapuram, l'existence d'un gradient de santé en fonction du niveau de revenu ne signifie pas nécessairement que le revenu constitue le facteur causal à l'origine de la meilleure santé des plus riches ou de la moins bonne santé des plus pauvres. Les associations retrouvées entre un certain nombre de conditions sociales et les niveaux de santé des populations demeurent grandement probabilistes et nécessitent en effet de discuter avec attention des relations causales qui peuvent unir les premières aux seconds. Nous avons à ce titre démontré la faiblesse de l'approche d'Emmanuel Renault concernant la causalité qu'il établit entre déni de reconnaissance et souffrance psychique.

La seconde dimension développée par Marmot et Venkatapuram s'intègre dans le champ de la justice sociale (*social justice theory*) en interrogeant comment les politiques publiques peuvent, ou doivent, apporter des réponses à l'existence d'un gradient de santé et d'inégalités sociales de santé. En effet, selon ces auteurs, au-delà de la question de la juste distribution des bien sociaux, la santé interroge les interventions qui doivent être développées afin de réaliser l'équité sociale. L'existence des déterminants de la santé signifie en effet que l'équité en santé n'est pas une simple question d'amélioration de l'accès aux soins ou des services de santé, mais implique des interventions beaucoup plus larges. Marmot et Venkatapuram soulignent alors que les déterminants sociaux de la santé peuvent correspondre aux bases sociales de l'autonomie, de la liberté, de la dignité ou du respect de soi, si bien que les interventions visant à transformer ces déterminants peuvent signifier la redistribution de ressources économiques, d'opportunités, de biens matériels aussi bien que de choix et de devoirs d'individus et

d'institutions[713]. Ainsi, le caractère multidisciplinaire des interventions à envisager implique différentes sphères sociales (éducation, logement, travail, santé…) qui peuvent fonctionner selon des modalités différentes les unes des autres et poursuivre d'autres objectifs que ceux attendus pour la diminution des inégalités sociales de santé. Selon les auteurs, les déterminants sociaux de la santé posent également la question du fonctionnement des institutions sociales de base (*functioning of basic social institutions*), puisque l'existence de déterminants sociaux évitables de la santé[714] interroge ce qui constitue un fonctionnement acceptable ou non d'une institution sociale de base et la place qui doit être donné à la santé dans la poursuite de l'équité sociale. Ce postulat rejoint ainsi l'idée de Norman Daniels selon laquelle « la justice sociale en général est bonne pour la santé »[715].

Marmot et Venkatapuram introduisent alors les approches redistributives de la justice développées par John Rawls et Amartya Sen dans l'optique de discuter leur pertinence dans le champ des inégalités sociales de santé. La distribution injuste des déterminants sociaux de la santé nécessite en effet de s'intéresser aux théories qui ont proposé des approches visant une redistribution plus juste des bien sociaux. La théorie de la justice de John Rawls constitue à ce titre la première des approches ayant cherché à proposer un modèle de distribution juste des biens sociaux et de la coopération sociale. Plus récemment, Amartya Sen a développé dans son approche par les capabilités une manière de penser la justice redistributive qui dépasse la seule distribution de ressources ou de biens sociaux au profit d'un questionnement sur la capacité pratique des personnes à utiliser les ressources à leur disposition. Ces deux approches concurrentes peuvent apporter des réponses différentes aux enjeux de justice sociale et santé et

[713] « While some social determinants are such things as the social bases of autonomy, freedom, dignity, or respect, interventions to transform such determinants could mean redistributing economic resources and opportunities, material goods as well as choices and duties of individuals and institutions. » (*Ibid*, p. 85).

[714] L'Organisation Mondiale de la Santé décrit l'équité en santé comme la prévention des handicaps et de la mortalité « évitables, non-nécessaires et injustes » : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107337/E75335.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

[715] DANIELS N. (2009), *op.cit.*

ont de fait été développées, la première par Norman Daniels, la seconde par Sridhar Venkatapuram. Nous allons ainsi décrire et analyser les travaux de ces deux auteurs.

7.2. NORMAN DANIELS ET LA PRESERVATION DES OPPORTUNITES

7.2.1. LES TROIS QUESTIONS FOCALES

Norman Daniels rappelle que la position originelle imaginée par John Rawls envisage que les principes d'une société juste soient établis par des agents contractuels « raisonnables et égaux » dans leur possibilité de participer à l'établissement des principes de base de cette société[716]. Le concept du voile d'ignorance veut ainsi que les personnes participant à la délibération n'aient pas connaissance de leur future position au sein de la société et des attributs socioéconomiques qui seront les leurs. La maladie, le handicap ou la mort prématurée sont dès lors exclus de de la situation originelle afin d'assurer la possibilité pour chacun des acteurs de voir sa voix prise en compte et d'assurer une juste représentation au cours du débat contractuel. Dès lors, envisager la place de la santé dans la théorie rawlsienne nécessite de discuter l'opérabilité pratique des principes de justice, afin de déterminer si les questions de santé, et notamment les inégalités de santé, peuvent être prises en compte dans la théorie rawlsienne de la justice. La possibilité de prendre en compte la santé dans les conditions de la délibération semble impossible puisque la position originelle exclut de fait tout forme d'altération de la santé chez les agents contractuels. Dès lors, la santé semblerait plutôt pouvoir constituer une dimension des théories de la justice dans le cadre de la définition des biens premiers et des principes de leur répartition. Pour Norman Daniels, s'il s'avère qu'il existe une incompatibilité des théories de la justice avec la santé, alors une révision profonde des principes de justice rawlsiens serait sans doute nécessaire. Au contraire, la possibilité d'intégrer les problématiques de santé au cœur de la théorie rawlsienne en constituerait une validation supplémentaire ainsi qu'une solidification certaine des principes de justice. Au cœur de cette question, Daniels vise

[716] *Ibid.*

à démontrer la compatibilité de la théorie rawlsienne avec les problématiques sanitaires en développant un argumentaire porté notamment autour de la notion d'opportunité. Dans *Just Health,* Daniels interroge ainsi l'opérabilité des théories rawlsiennes pour la santé à partir de trois questions focales (*Focal Questions):* 1) La santé est-elle d'une importance morale particulière ?[717] 2) Quand les inégalités de santé sont-elles injustes ?[718] et 3) Comment pouvons-nous répondre équitablement aux besoins de santé avec des ressources limitées ?[719]

En réponse à la première question focale, Daniels postule tout d'abord que la santé est d'une importance morale particulière en l'abordant sous l'angle de « l'équitable égalité des opportunités » (*fair equality of opportunities*). La réponse à cette première question vise à ouvrir le débat sur la nécessité de porter un regard particulier sur les besoins de santé sous l'angle de la justice sociale. En effet pour Daniels, dès lors que l'importance morale de la santé est démontrée, l'abord des besoins et enjeux de santé apparaît importante au regard des théories de la justice et constitue un point majeur pour la justice sociale, et réciproquement. La réponse aux besoins de santé (*meeting health needs*) est notamment centrale dans la pensée de Daniels car elle constitue une manière de préserver les opportunités auxquelles les individus peuvent prétendre. C'est à partir de ce postulat que Daniels s'appuie sur la notion d'équitable égalité des opportunités (*fair equality of opportunity*) pour mener son raisonnement. En effet, Daniels avait soutenu dans un premier temps dans son premier ouvrage *Just Health Care*[720] publié en 1985 le raisonnement suivant :

[717] « Is Health of Special Moral Importance? », DANIELS N., *JH*, p. 17.
[718] « When Are Health Inequities Unjust?» *Ibid*, p. 21.
[719] « Ho Can We Meet Health Needs Fairly Under Resource Limits? » *Ibid*, p. 24.
[720] DANIELS N. (1985), *op.cit.*

1) puisque les soins de santé promeuvent la santé (ou le fonctionnement normal) et puisque la santé contribue à protéger les opportunités, alors les soins de santé protègent les opportunités[721] ;
2) si la justice requiert que la société protège les opportunités, alors la justice donne une importance particulière à la santé[722].

Dans *Just Health*, Daniels propose de repréciser les termes de sa réponse aux trois questions focales en s'appuyant davantage sur la pluralité des théories de la justice et en remplaçant le terme de soins de santé (*health care*) par celui de besoins de santé (*healt needs*). La notion de besoins de santé apparaît à la fois plus générale et plus précise que celle de soins de santé qui ne constitue qu'un des facteurs qui affectent la santé des populations. En effet, la disponibilité de soins de santé adéquats ne suffit pas à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe. De plus, si les théories récentes de la justice ont apporté des approches différentes de celles de Rawls, elles soutiennent cependant, selon Daniels, la nécessité de promouvoir les opportunités au sens rawlsien du terme. Norman Daniels reformule dès lors sa réponse aux questions focales de la sorte :

1) puisque répondre aux besoins de santé promeut la santé (ou le fonctionnement normal) et puisque la santé aide à préserver les opportunités, alors répondre aux besoins de santé préserve les opportunités ;
2) puisque la théorie de la justice comme équité de Rawls requiert de protéger les opportunités, comme le font d'autres approches importantes de la justice distributive, alors plusieurs

[721] En effet, un état de santé trop dégradé prive l'individu d'une gamme ouverte d'opportunités et de sa liberté de choix (voir infra).

[722] « (1) Since health care promotes health (or normal functioning), and since health contributes to protecting opportunity, then health care protects opportunity. (2) If justice requires society to protect opportunity, then justice gives special importance to health care » (DANIELS N., *JH*, p. 29).

approches récentes de la justice donne une importance morale particulière au fait de répondre aux besoins de santé[723].

Ainsi, Daniels défend l'idée que la santé est d'une importance morale particulière puisque la bonne santé, qui constitue le niveau de fonctionnement normal d'un individu, permet de maintenir sa gamme d'opportunités. Dans le même temps, la réponse adéquate aux besoins de santé de cet individu, qui est plus large que le seul accès aux soins de santé, va favoriser la bonne santé de cet individu et, de fait, permettre de maintenir sa gamme d'opportunités. Dès lors, la théorie rawlsienne de la justice, défendant la préservation de la gamme d'opportunités, permet d'accorder une importance particulière à la santé, donc à la réponse aux besoins de santé. Ce postulat initial de Daniels nécessite de définir les différents termes utilisés dans sa formulation, qu'il s'agisse des notions de besoins de santé, de santé ou de gamme d'opportunité.

7.2.2. LA NOTION DE BESOIN DE SANTE

7.2.2.1. LA NOTION DE BESOIN

Le concept de « besoins de santé » amène Norman Daniels à définir les notions de besoins et de santé, termes non définis par Rawls et auxquels il consacre un chapitre dédié[724]. L'idée de besoin peut notamment se discuter sur le plan de sa compréhensibilité (est-on d'accord sur ce qu'est un besoin ?) et de sa pertinence (la notion de besoin est-elle une bonne manière de penser les questions de santé ?). La notion de « préférence » pourrait notamment être évoquée comme cela est le cas dans certaines théories économiques du bien-être[725], en permettant de proposer

[723] « (1) Since meeting health needs promotes health (or normal functionning), and since health helps to promote opportunity, then meeting health needs protects opportunity. (2) Since Rawl's justice as fairness requires protecting opportunity, as do other important approaches to distributive justice, then several recent accounts of justice give special importance to meeting health needs. » (*Ibid*, p. 30).

[724] *Ibid,* pp. 31-46

[725] DECANCQ K. (2013). Taking preferences seriously. *Œconomia, 3,* 139–146.

une théorie reposant sur les préférences des personnes en matière de santé. Selon Daniels, la notion de préférence ne peut convenir en matière de santé car les personnes ne possèdent pas nécessairement toutes les connaissances et compétences pour avoir des préférences en matière de santé qui correspondent à leurs besoins, si bien qu'il s'avère possible d'avoir un besoin de santé sans le vouloir, soit par méconnaissance de ce besoin, soit par choix délibéré de l'ignorer. Des préférences individuelles peuvent ainsi aller à l'encontre même des réels besoins de santé d'une personne. De plus, la répartition inégale des ressources et biens sociaux entraînent des différences potentielles en termes de préférences qui ne seraient pas forcément équivalentes ou adaptées aux besoins des uns et des autres. Des personnes socialement plus défavorisées pourraient par exemple accepter de prendre plus de risque pour leur santé, et donc limiter leurs préférences, ce alors que leurs besoins de santé tendent à être plus élevés que ceux de populations plus riches. Par exemple, si une assurance de santé était proposée en se basant sur la notion de préférence, les personnes plus pauvres déclareraient des préférences potentiellement moindres au détriment de leurs besoins afin de limiter le prix de l'assurance. De plus, la mesure des préférences nécessite l'utilisation d'une échelle de mesure qui ne pourrait pas comprendre l'ensemble des préférences potentielles des individus et induirait un jugement moral sur la valeur de telle ou telle préférence.

La notion de besoin apparaît donc davantage adaptée à la question de la santé, et d'autant plus, à la problématique des inégalités sociales de santé. Elle permet également d'évoquer la notion de besoins de santé non couverts (*unmet health needs)* qui constituent un enjeu de santé majeur dans le champ des inégalités sociales de santé. Daniels s'appuie notamment sur les travaux de David Wiggins pour proposer une définition des besoins qui repose sur les notions de fonctionnement normal et de préjudice (*harm*). Si nous définissons les besoins que nous cherchons à combler comme ce qui est nécessaire pour notre fonctionnement normal, cela

permet de définir en parallèle la nature du préjudice qui résulte d'une carence de besoin[726]. Selon Daniels, s'appuyer sur ce principe de fonctionnement normal permet d'apporter une analyse objective de ce que représente une atteinte du fonctionnement normal pour chaque individu. De plus, on peut également partir du constat d'un accord commun sur la nécessité de répondre aux besoins les plus fondamentaux qui vont permettre de promouvoir pour chaque individu son fonctionnement normal (accès à de la nourriture, à un logement, à des soins de santé). Se pose dès lors la question de savoir comment expliquer l'existence de cet accord commun (*widespread agreement*) sur l'importance de ces besoins.

Daniels discute alors leur intérêt potentiel en tant que prérequis au bonheur des individus, car l'impossibilité d'atteindre un fonctionnement normal diminuerait notre possibilité d'accomplir nos souhaits et donc d'accéder au bonheur. A ce titre, l'on pourrait considérer la santé comme absolument nécessaire pour atteindre nos souhaits et objectifs. A cet argument Daniels répond que cela reviendrait à considérer que l'ensemble de nos souhaits sont déterminés par notre santé et à nier la possibilité pour les personnes atteintes de maladie ou de handicap d'atteindre le bonheur en ajustant leurs souhaits à leurs capacités. Si l'on peut considérer que répondre aux besoins nécessaires pour le fonctionnement normal peut tendre à favoriser l'accès au bonheur, Daniels préfère s'appuyer sur la notion rawlsienne de « plans de vie » (*plans of life*)[727], définie comme « un plan à long terme au sein duquel un individu sélectionne et révise ses objectifs et ses buts et planifie des activités pour les atteindre harmonieusement »[728]. Pour

[726] « The needs we are seeking are those required for normal species functioning. This characterization specifies the nature of the « harm » that results from a deficiency in a need, providing a bridge to Wiggins's (1988) account. » (DANIELS N., *JH*, p. 34).

[727] Le terme « plan de vie » est utilisé dans l'article de Daniels, 2009, en référence à la notion de « plan rationnel de vie » formulée par Rawls lorsqu'il écrit notamment qu'« il nous faut disposer au moins d'une idée générale des plans rationnels de vie, qui montre pourquoi ces plans ont généralement une certaine structure et dépendent de certains biens primaires pour leur formation, leur révision, et leur réalisation. » (RAWLS John (2008). *La justice comme équité*. La Découverte, p. 89).

[728] « A life plan is a long-term plan in which an individual selects and revises her goals or ends and schedules activities to achieve them harmoniously. » (DANIELS N., *JH*, p. 35).

Rawls, un plan de vie est corrélé au concept de « conceptions du bien » (*conceptions of good*) puisque le bien pour un individu est défini en référence à son plan de vie et à ses choix d'objectifs, de projets et des moyens qu'il met en œuvre pour les atteindre. Dès lors qu'un plan de vie pourrait être rendu impossible par une atteinte du fonctionnement normal, la personne perdrait l'opportunité d'atteindre ses objectifs et de réviser ses conceptions du bien. Les individus ont donc intérêt à préserver l'opportunité de réviser leurs conceptions du bien à travers le temps et donc de répondre à tous les besoins nécessaires pour permettre leur fonctionnement normal. Daniels conclue ainsi sa réflexion sur la notion de besoin par le constat qu'il existe un accord commun sur l'importance de répondre aux besoins nécessaires pour le fonctionnement normal car les individus ont un intérêt fondamental dans le fait de maintenir une gamme normale d'opportunités[729]. A partir de ce constat, Daniels discute le rôle spécifique de la santé et des besoins de santé dans le maintien ou non du fonctionnement normal et donc de la gamme d'opportunités.

7.2.2.2. LA NOTION DE SANTE

La définition de la notion de santé est également primordiale dans la conception de la justice sociale de Daniels, afin de répondre le plus adéquatement possible aux trois questions focales. Selon Daniels, il convient de définir les notions de santé et de maladie autour des concepts de fonctionnement normal et de « pathologie » (*pathology*). La notion de pathologie ne correspond pas à celle de maladie et Daniels adopte la définition de la pathologie donnée par le philosophe de la santé Christopher Boorse comme « toute déviation de l'organisation fonctionnelle naturelle d'un membre typique d'une espèce »[730]. Pour Daniels, il faut considérer

[729] « In sum, there is wide agreement on the importance of meeting needs required for normal functioning because people have a fundamental interest in maintaining a normal raneg of opportunities » (*Ibid*, p. 36).

[730] « We may understand « pathology » to refer to any deviation from the natural functional organization of a typical member of a species. Pathology, viewed as disrupted part function, takes place at various levels (genetic, organelle, cell, tissue, organ, systemic) with different consequences, ranging from innocuous to fatal. » (BOORSE C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy & Public Affairs*, *5*(1), 49–68).

la santé comme l'absence de pathologie et non comme l'absence de maladie. Dans *Just Health Care*, Daniels avait adopté une approche naturaliste de la santé à partir des théories de Christopher Boorse qui reposent sur la notion de fonctionnement normal, départi de tout jugement de valeur[731]. La théorie biostatistique de Christopher Boorse, que nous décrirons plus en détail dans le sous-chapitre dédié à l'approche de Sridhar Venkatapuram, définit la santé comme l'absence de maladie et vise à permettre de distinguer le normal du pathologique sur des critères biologiques objectifs. La maladie est considérée par Boorse comme le fonctionnement biologique d'une partie de l'organisme statistiquement subnormal pour l'espèce et la santé comme « la conformité au design de l'espèce », le design de l'espèce étant défini comme « l'organisation fonctionnelle typique d'un membre d'une espèce »[732].

Cependant Daniels, dans *Just Health*, critique la théorie boorsienne de la santé, arguant que Boorse exclut de fait toute approche normative de la santé et de la maladie. Afin de dépasser l'approche boorsienne, Daniels discute l'intérêt d'introduire un caractère normatif à la définition de la santé à partir de la définition des troubles mentaux proposée par Jerome Wakefield. L'approche des maladies mentales en tant que « dysfonction préjudiciable » (*harmful dysfunction*), développée par Wakefield s'inscrit dans une approche prenant à la fois en compte les aspects biologiques autour de la notion de dysfonction et les aspects normatifs, dès lors qu'un préjudice lié à cette dysfonction doit être caractérisé[733]. Wakefield propose ainsi une définition de la santé mentale et de la maladie mentale qui articule les approches naturalistes de la santé (la maladie répond à des dysfonctions biologiques et/ou physiques) et les approches normativistes (la santé dépend également de jugement de valeurs qui sont directement liés au contexte social et culturel qui va définir ce qui est préjudiciable ou non à un moment donné

[731] GIROUX Élodie (2010). *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*. Presses universitaires de France, pp 61-109.

[732] BOORSE C (1975), *op.cit.*

[733] ABABEI C., Dadi G. & Trémine T. (2008). Le concept de dysfonction préjudiciable (*harmful dysfunction*) de J. C. Wakefield, dans World Psychiatry. *L'Information Psychiatrique*, *84*, 461-466.

dans une société donnée)[734]. Cette approche permet, selon Wakefield, de répondre aux exigences d'objectivité lorsqu'on évoque la santé et la maladie, tout en prenant en compte le rôle central du contexte socioculturel, notamment lorsqu'on évoque la santé mentale et les maladies mentales. La notion de préjudice (*harm*), qui rejoint celle développée par Daniels dans sa réflexion sur la notion de besoin, introduit en effet un abord normatif de la santé en intégrant un jugement de valeur au sujet de quelle dysfonction est considérée comme préjudiciable ou non. Wakefield souligne en ce sens que ce qui est considéré préjudiciable dans une société donnée à une époque donnée ne le sera pas nécessairement dans un autre contexte.

Pour autant, s'il ne souscrit pas complètement à la théorie naturaliste de Christopher Boorse, Norman Daniels ne souscrit pas non plus à celle de Jérôme Wakefield[735] et préfère au final adopter une approche naturaliste (ou non-normative) de la santé. L'approche normative de la santé pourrait être légitimée par le fait que lorsqu'une personne fait appel à des soins médicaux, elle souffre d'une condition qu'elle ne souhaite pas avoir. Le concept de maladie pourrait ainsi s'entendre à partir de toutes les situations qui amènent à demander des soins médicaux. Selon Daniels, le contre-argument principal à l'approche normativiste de Wakefield est qu'il existe beaucoup trop de situations qui peuvent mener à demander des soins médicaux, sans nous renseigner pour autant sur la problématique de la dysfonction sous-jacente. Daniels considère également que l'approche normativiste de la santé porte atteinte au concept d'accord commun (*widespread agreement*) qu'il considère central dans son approche de la justice sociale en santé. Si une maladie n'est considérée qu'à partir de la notion de condition non voulue (*unwanted condition*) et selon des jugements sociaux, alors il devient quasiment impossible de se mettre d'accord sur ce qui va constituer ou non une condition pathologique. Pour Daniels,

[734] WAKEFIELD J.C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American Psychologist*, *47*(3), 373–388.

[735] « Though I oppose strongly normative views of disease, I dot not oppose more modest appeal to norms in characterizing disease or disability, as in Wakefield » (DANIELS N., *JH*, p. 42).

les exemples souvent cités de l'homosexualité, de la drapétomanie ou de la masturbation[736] ne nous renseignent pas tant sur le caractère normatif de la santé que sur la capacité des sociétés à commettre d'importante erreurs concernant la définition de la santé et de la maladie et soulignent les risques inhérents liés à l'approche normativiste de la santé.

En critiquant à la fois les approches naturalistes et normativistes de la santé, Daniels propose d'asseoir sa définition de la santé à l'intersection des deux approches, en la faisant reposer sur un accord commun concernant la limite entre le normal et le pathologique. A ce titre, Daniels considère que les méthodes des sciences biomédicales pour délimiter le normal et le pathologique peuvent constituer une manière d'atteindre cet accord commun. Il fait ainsi reposer sa définition de la santé sur une reformulation de la conception biomédicale de la santé comme absence de pathologie, à partir des deux concepts de fonctionnement normal et de pathologie[737]. La santé peut ainsi être définie comme une absence de pathologie (et non une absence de maladie) caractérisée par un maintien du fonctionnement normal de l'individu. Cette approche permet de distinguer ce qui ressort d'une demande de soin sans présence de pathologie (demande de chirurgie esthétique par exemple), d'une condition non voulue non pathologique (une grossesse non souhaitée par exemple) ou d'une pathologie (maladie cardiaque) en inscrivant le fonctionnement normal au cœur de ces définitions. Daniels souligne même que

[736] Les approches relativistes de la santé mettent en avant l'existence de diagnostics aberrants (diagnostics inventés dans des contextes sociaux particuliers) ou la pathologisation de comportements humains normaux (homosexualité, masturbation) pour critiquer les approches naturalistes. Par exemple, la drapétomanie était une prétendue maladie mentale, décrite et inventée par un médecin américain Samuel Cartwright en 1851, pour expliquer l'évasion des esclaves vers le Nord des États-Unis. Selon Cartwright, la fuite des esclaves s'expliquait par des mouvements neurologiques involontaires. De la même manière, l'homosexualité a été considérée comme une pathologie mentale dans les classifications médicales jusqu'en 1973 aux Etats-Unis et jusqu'en 1992 en France.

[737] « For our purposes in this account of just health, it is enough to know that the intuitive distinction underlying the biomedical view of health – that health is the absence of pathology – can be reformulated into a nonnormative (or naturalistic) distinction between normal functioning and pathology, even if this departs from some features of ordinary usage. » (DANIELS N., *JH*, p. 42).

s'appuyer sur le concept de fonctionnement normal peut permettre d'accepter, en partie, des aspects normatifs dans les définitions de la santé.

A partir des débats contemporains entre naturalisme et normativisme, Daniels propose ainsi une définition de la santé non normative. Il ne souscrit ainsi pas pleinement aux approches existantes, qu'il s'agisse notamment de l'approche naturaliste de Boorse ou de l'approche de Wakefield, pour proposer sa propre définition articulée autour des notions de pathologie et de fonctionnement normal. Daniels offre ainsi un cadre conceptuel de la santé qui semble *a priori* à même d'articuler théories de la justice et définition de la santé.

7.2.3. BESOINS DE SANTE, FONCTIONNEMENT NORMAL ET OPPORTUNITE

Daniels combine ses approches de la notion de besoins et de celle de santé pour définir les besoins de santé comme « ce dont nous avons besoin pour maintenir, restaurer ou fournir des équivalents fonctionnels (si possible) au fonctionnement normal de l'espèce (en référence à l'âge et au sexe) »[738]. Il donne alors une liste de six besoins de santé :

1) une nutrition adaptée ;

2) des conditions de vie et de travail saines et non polluées ;

3) un mode de vie sain, comprenant de l'exercice physique, du repos, une sexualité sûre (*safe sex*), la possibilité d'éviter des conduites addictives ;

4) l'accès à des services de soins préventifs, curatifs et de réadaptation ;

5) des services non médicaux de soutien social et

6) une distribution appropriée des autres déterminants sociaux de santé.

[738] « Health needs are those things we need to maintain, restore, or provide functional equivalents (where possible) to normal species functioning (for the appropriate reference class by gender and age) » (*Ibid*, p. 42).

Les cinq premiers besoins correspondent à ce que Norman Daniels avait appelé « soins de santé » (*health care*) dans son premier ouvrage *Just Health Care*. L'ajout du sixième besoin élargit la gamme des besoins vers une prise en compte plus large de l'ensemble des besoins de santé. De plus, cette liste élargie permet de souligner qu'un besoin de santé s'inscrit bien au-delà de la seule possibilité d'accès à des services médicaux. Elle pointe notamment la relation qui existe entre le fait de préserver la santé, de maintenir ainsi le fonctionnement normal, et l'ensemble des biens, services et institutions qui sont orientés vers la santé et sa distribution au sein de la société. Daniels insiste également sur le fait que les besoins de santé listés soient « objectivement imputables » (*objectively ascribable*), notamment qu'ils puissent répondre au postulat d'un accord commun sur la nécessité de les combler. Pourquoi sommes-nous en capacité de nous accorder collectivement sur le fait qu'il est important que ces besoins soient comblés pour tout individu ? Pourquoi accorder une telle importance au fonctionnement normal et une telle importance morale aux besoins de santé ? Daniels cherche à démontrer qu'il existe non seulement un intérêt, mais plus précisément une obligation, à protéger les besoins de santé car ils maintiennent les opportunités de chacun. Pour ce faire, il définit la notion de « gamme normale d'opportunités » (*normal opportunity range*) en tant « qu'ensemble des plans de vie que des personnes raisonnables sont susceptibles de développer pour elles-mêmes »[739]. La gamme normale d'opportunités, et la manière dont elle est distribuée au sein de la population, dépend fortement du contexte social et culturel, qu'il s'agisse de son développement historique, des biens matériels et technologiques disponibles et des aspects culturels qui y sont associés. Pour autant, la notion de gamme d'opportunités nous offre un paramètre clair concernant l'atteinte de l'accès à la gamme normale pour un individu donné, puisque c'est précisément ce paramètre qui est affecté par la distribution des soins de santé et

[739] « The normal opportunity range for a given society is the array of life plans reasonable persons are likely to develop for themselves » (*Ibid*, p. 43).

par le niveau de réponse aux besoins de santé. Dès lors, l'importance particulière que nous attribuons au fait de répondre aux besoins de santé peut s'expliquer par le poids que nous accordons à protéger notre part de la gamme normale d'opportunités en vue d'éviter une atteinte du fonctionnement normal[740].

Reprenant les discussions menées par Rawls sur la place des talents et des aptitudes dans la gamme d'opportunités accessible à un individu donné, Daniels s'appuie sur le concept d'« égalité équitable des opportunités » (*fair equality of opportunity*) pour argumenter le fait que, si nous voulons que les individus jouissent d'un juste partage de la gamme normale d'opportunités, alors nous chercherons à corriger les désavantages sociaux qui ont entravé le développement des talents et des aptitudes. La juste égalité des opportunités permet d'envisager de restaurer la juste gamme d'opportunités d'un individu au niveau qu'elle attendrait si la société était plus juste et plus égalitaire. Ceci permet, dans le cadre de la santé, d'envisager de la même manière la protection des opportunités face à la maladie. L'atteinte du fonctionnement normal par une pathologie restreint les opportunités de l'individu relatives à la gamme normale que ses talents et ses aptitudes lui auraient rendues accessibles s'il était en bonne santé. A ce titre, il convient de souligner que certaines pathologies altèrent davantage que d'autres la gamme d'opportunités, ce qui peut indiquer l'intérêt donné au fait de répondre à tel ou tel besoin de santé dans une société donnée. En effet, si la gamme normale d'opportunités dépend du contexte social et culturel, alors une même maladie peut altérer différemment les opportunités d'un individu d'une société à l'autre. Daniels donne l'exemple de la dyslexie qui pourrait nécessiter moins de prise en charge dans une société avec un plus haut taux d'illettrisme que dans des sociétés à faible taux d'illettrisme. De plus, la notion de gamme normale d'opportunités permet de s'abstraire des différences individuelles par le biais de « l'opportunité

[740] The special importance we attribute to meeting health needs, then, can be explained by the weight we attach to protecting our shares of the normal opportunity range against departures fromes normal functioning » (*Ibid*, p. 44).

effective » (*effective opportunity*). La perte de dextérité manuelle n'aura ainsi sans doute pas le même impact pour un agriculteur que pour un enseignant à la faculté, mais si tous deux avaient un niveau de dextérité initiale identique, alors leur partage équitable de la gamme normale d'opportunités serait altérée au même niveau.

7.2.4. TROIS EXTENSIONS DE LA THEORIE RAWLSIENNE DE LA JUSTICE

7.2.4.1. PREMIERE EXTENSION DES THEORIES RAWLSIENNES DE LA JUSTICE

Après avoir défini la notion de besoins de santé qui sont envisagés comme l'un des besoins de base permettant de maintenir le fonctionnement normal d'un individu, et démontré que le maintien du fonctionnement normal permet de protéger la gamme d'opportunités disponibles pour un individu, Daniels cherche ensuite à discuter la possibilité d'étendre les théories rawlsiennes de la justice à la santé en rappelant que cette extension n'est pas anodine car Rawls fonde justement ses théories de la justice en faisant abstraction des conditions pathologiques (maladie, handicap ou mort prématurée).

Daniels cherche tout d'abord à démontrer que sa définition des besoins de santé et leur lien avec la gamme d'opportunités peut s'intégrer dans l'index des bien primaires (*primary social goods*) décrit par Rawls. Rawls base en effet sa théorie de la justice sur l'utilisation d'un index de biens primaires, définis comme « ce dont des personnes libres et égales ont besoin en tant que citoyens »[741]. Daniels souligne que les biens primaires assurent aux individus leurs *capabilités* de fonctionner en tant que citoyen libres et égaux, utilisant volontairement le terme de capabilités utilisé par Sen en partant du postulat posé par Rawls que les notions de capabilités et de biens primaires sont équivalentes[742]. Daniels considère que cette définition des biens

[741] « Primary goods are what free and equal persons (as specified by the political conception) need as citizens. These goods support their *capabilities* to function as free and equal citizens. » (*Ibid*, p. 50).

[742] Daniels argumente son utilisation du terme de capabilités dans la note de bas de page suivante « To Sen's suggestion that we should focus on capabilities instead of primary social goods, Rawls replies « …it should

primaires permet d'atteindre un accord commun offrant une base suffisante pour comparer les individus sur le plan de la justice, plus efficiente et juste que les notions de bien-être (*welfare*). Pour intégrer les besoins de santé aux biens primaires, Daniels s'attache à reprendre la notion d'opportunité telle qu'est est définie par Rawls sous le concept d'égalité des opportunités. Pour Rawls, l'égalité des opportunités doit constituer une contrainte pour la justice procédurale, puisque la juste distribution des biens primaires et son impact sur les plans de vie de chacun doit constituer le critère principal permettant d'assurer le caractère juste des processus sociaux à l'œuvre. En effet, la justice doit selon lui prioritairement viser à améliorer les perspectives de vie des membres les plus défavorisés de la société à partir de deux postulats : 1) les partenaires qui établissent le contrat social et choisissent les principes de justice doivent réfléchir aux principes qui vont rendre leurs perspectives de vie acceptables, quelle que soit leur position sociale, 2) les principes de justice qu'ils vont choisir leur imposent de pouvoir désigner qui sont les membres les plus défavorisés de la société et comment la structure de base de la société va leur permettre d'être le plus favorisés possible[743]. La mesure des biens primaires peut dès lors constituer un outil viable et communément partagé d'évaluation du niveau d'avantages ou de désavantages sociaux d'un individu.

Rawls couple le principe de juste égalité des opportunités avec le principe de différence et appelle ce principe « l'égalité démocratique » (*democratic equality*)[744]. Le principe de différence stipule que les inégalités économiques et sociales, mesurées selon l'index des biens primaires, sont acceptables uniquement si ces inégalités procurent le plus grand bénéfice aux membres les plus défavorisés de la société[745]. De plus, les inégalités autorisées par le principe

be stressed that the account of primary goods does take into account, and does not abstract from, basic capabilities : namely, the capabilities of citizens as free and equal persons in virtue of their two moral powers » (*Ibid*, p. 50).

[743] RAWLS J., *JCE*.

[744] DANIELS N., *JH* p. 53.

[745] RAWLS J., *JCE*, p. 70.

de différence ne doivent pas porter atteinte à l'équitable égalité des opportunités. Dès lors, même si l'existence d'une forme de loterie sociale (on ne choisit pas la famille ou le quartier dans lesquels on nait) et de loterie naturelle (on ne choisit pas nécessairement ses talents et ses aptitudes) n'est pas complètement amortie par l'égalité démocratique, cette dernière offre cependant une forte « tendance à l'égalité ». La protection de l'égalité démocratique tend en effet à limiter significativement le niveau d'inégalités que l'on peut accepter au sein d'une société donnée. Daniels ajoute que l'égalité démocratique implique des enjeux de reconnaissance puisque ces principes de justice établissent une base pour considérer les autres comme dignes de respects et que cette reconnaissance publique soutient le respect de soi.

Reste alors à définir si ces principes de justice impliquent également la nécessité de protéger le fonctionnement normal, et donc la santé, des membres d'une société et comment intégrer la santé aux théories rawlsiennes de la justice. Une première idée pourrait être d'ajouter les besoins de santé ou les soins de santé dans la liste des bien primaires, ce d'autant que Rawls lui-même ne ferme pas la porte à l'ajout de nouveaux biens primaires dans la liste qu'il en a dressée. Daniels réfute l'idée d'une simple addition des besoins de santé aux biens primaires, à la fois parce qu'ajouter un nouvel item à la liste risque d'entraîner une inflation de la liste mais également parce que cela risquerait de mettre en péril la conception commune des besoins des citoyens.

Une seconde manière de les intégrer revient à considérer les services de santé comme faisant partie des institutions de base agissant en faveur de l'égalité des opportunités[746]. En effet, puisque le fait de répondre aux besoins de santé a un impact important sur la distribution des opportunités, alors les services de santé doivent être régulés selon le principe d'égalité des opportunités. Daniels souligne que les services de santé ne sont pas des biens primaires, au

[746] « Fortunately, a more plausible and simple way to connect my account of health needs to Rawls's index of primary social good sis to broaden his notion of opportunity by including health-care institutions among the basic institutions involved in providing for fair equality of opportunity » (DANIELS N., *JH*, p. 57).

même titre que la nourriture, les vêtements, le logement ou d'autres besoins basiques étant entendu que les biens primaires s'intéressent davantage aux besoins plus larges des citoyens (les droits et libertés de base, la liberté de mouvement et le libre choix d'une occupation, les pouvoirs et les prérogatives attachés aux fonctions et aux positions d'autorité et de responsabilité, le revenu et la richesse, les bases sociales du respect de soi-même)[747]. Ainsi, c'est bien l'opportunité offerte par les services de santé, et non les services de santé eux-mêmes, qui constitue un bien primaire. De la même manière que nous devons utiliser les ressources pour contrebalancer les désavantages d'opportunités que certains subissent du fait de la loterie sociale, nous devons en faire de même avec les désavantages induits par une pathologie. Pour autant, la santé n'est pas seulement une question de loterie naturelle, puisque les déterminants sociaux de la santé influent négativement sur l'état de santé de nombreux individus. Il ne s'agit donc pas de chercher à corriger les différences ou inégalités naturelles en termes de fonctionnement, mais bien de veiller à protéger le fonctionnement normal de chaque individu de sorte à lui assurer la gamme d'opportunités qu'il aurait en l'absence de maladie ou de handicap.

Au final, l'extension du principe d'égalité équitable des chances au domaine de la santé, au travers de la notion de fonctionnement normal et de son rôle dans la préservation de la gamme normale d'opportunité disponible pour un individu donné, permet d'apporter un premier argument en faveur de l'intérêt des théories rawlsiennes de la justice en ce qui concerne la santé. Cependant, savoir que promouvoir la santé protège les opportunités ne nous indique pas quand les inégalités de santé sont injustes. Une seconde extension des théories de la justice apparaît dès lors nécessaire pour répondre à cette question.

[747] RAWLS J. (2009). *Théorie de la justice* (Nouv. éd). Points, pp. 89-90.

7.2.4.2. DEUXIEME EXTENSION DES THEORIES RAWLSIENNES DE LA JUSTICE

En cherchant à répondre à la question de la possibilité de juger quand les inégalités de sante sont injustes ou non, Daniels propose une seconde extension des théories rawlsiennes qui repose sur la comptabilité des déterminants sociaux de santé avec les principes de justice rawlsiens. Les connaissances épidémiologiques sur les déterminants sociaux de la santé démontrent en effet que les personnes avec un plus haut niveau d'éducation ou un plus haut niveau socio-économique présentent un meilleur état de santé que les populations plus défavorisées sur le plan socio-économique. De plus, ce gradient de santé persiste lorsqu'un accès universel aux services de santé est disponible, si bien que l'accès financier aux soins de santé ne constitue pas le seul déterminant social de la santé. Daniels souligne le poids des inégalités ethniques et raciales de santé que nous avons précédemment développées, en insistant sur le rôle déterminant de l'exclusion sociale et de la discrimination qui vont à la fois entraîner les personnes vers un statut social plus défavorisé et s'ajouter au poids sur la santé des inégalités socioéconomiques[748].

Comme nous l'avons vu, la littérature en santé publique tend à considérer les inégalités en santé comme injustes (*unjust*) lorsqu'elles sont évitables (*avoidable*), non nécessaires (*unnecessary*) et non équitables (*unfair*)[749]. Ainsi, des inégalités de santé uniquement évitables et non nécessaires ne seraient pas forcément considérées comme injustes. Par exemple, si le cancer du poumon est favorisé par le fait d'être fumeur, et que la probabilité de devenir fumeur ne dépendait pas de facteurs socioéconomiques, ethniques ou liés au genre, mais uniquement d'un choix personnel délibéré, alors les inégalités de mortalité par cancer du poumon ne seraient

[748] « In addition to socioeconomic inequalities that are correlated with health inequalities, we have extensive evidence about patterns of racial and ethnic disparities in many countries. Many of these inequalities are due to the way in which social exclusion and patterns of discrimination push ethnic minorities (or majorities, as in some former colonies, like South Africa) into the lowest socioeconomic groups. Still, there is often a significant residual race, as in the United States, even when correlations are controlled for income, education, and insurance levels » (DANIELS N., *JH*, p. 80).

[749] WHITEHEAD M. (1992), *op.cit.*

pas nécessairement considérées comme injustes. De même, une inégalité pourrait être non équitable mais inévitable, voire nécessaire, du fait de notre incapacité à modifier les conditions de leur survenue. Par exemple, si l'on apprenait que la durée de vie moyenne des chauffeurs routiers était inférieure à celle du reste de la population et que cet état de fait demeurait vrai même si une large politique de prévention était mise en place (amélioration des camions et des routes, formation des chauffeurs, amélioration de la sécurité routière et des conditions de trafic), cette inégalité apparaîtrait alors comme inévitable. Pour autant, nous n'en viendrons sans doute pas à considérer que cette inégalité est juste. De même, la santé plus dégradée des populations défavorisées ou issues de minorités ethniques qui s'engagent dans des consommations de drogues dure et d'alcool pourrait être envisagée sous l'angle de la volonté des personnes elles-mêmes d'adopter ces comportements, si bien que l'on en considérerait pas cette inégalité comme injuste. A l'inverse, la plupart d'entre nous vont considérer injuste la mauvaise santé des populations pauvres qui n'ont pas accès à l'eau potable, à un logement décent, à l'éducation ou à la vaccination alors qu'elle est évitable puisque des politiques publiques permettraient d'y remédier. Le problème se complique lorsqu'on prend en compte le fait qu'on ne peut pas complétement éliminer les inégalités de santé en éradiquant la pauvreté, puisque les inégalités de santé persistent dans les sociétés où les personnes les plus défavorisées ont accès à un nombre conséquent de biens primaires. De plus, la notion de gradient de santé nous rappelle que ces inégalités sociales de santé se retrouvent au travers de l'ensemble des classes sociales et non pas uniquement entre les plus favorisés et les plus défavorisés.

Daniels fait l'hypothèse que les théories rawlsiennes de la justice permettent de répondre aux remarques préalables sur la difficulté qui existe à définir quand une inégalité de santé est injuste ou non. A ce titre, le principe d'égalité démocratique défendu par Rawls soutient selon Daniels à la fois le principe d'un accès pour tous aux biens primaires, mais également celui d'une garantie du maintien d'une égalité des opportunités en limitant les inégalités sociales. De

plus, le caractère contraignant du principe de différence gouverne un ensemble de déterminants sociaux de la santé et exige de fait des mesures fortes visant à limiter les effets des inégalités sociales de santé sur l'accès à l'opportunité. Ainsi, les inégalités conformes au principe de différence tendraient à aplatir un gradient d'inégalités sociales de santé. De plus, le principe d'égalité équitable des opportunités interdit les barrières discriminatoires et nécessite l'existence de services de santé, de services médicaux et d'assistance sociale visant à promouvoir le fonctionnement normal pour tous, puisque l'opportunité offerte par ces services constitue un bien primaire. Selon Daniels, on peut donc dire que la justice sociale est bonne pour la santé et pour sa distribution équitable. Les théories rawlsiennes de la justice comme équité permettent en effet de réguler la distribution des déterminants sociaux de la santé et promeuvent la mise en œuvre de services médicaux dédiés à la préservation du fonctionnement normal et de la gamme normale d'opportunités. Le fait que principes rawlsiens de la justice comme équité permettent à la fois de promouvoir les services de santé, mais sans s'y focaliser en offrant les bases d'une régulation des déterminants sociaux de la santé constitue un argument de poids pour leur intérêt dans le champ de la santé. Le caractère contraignant des principes de justice constitue également un autre point d'intérêt pour le champ de la santé, mais qui ne nous permet pas en l'état de savoir comment répondre de manière juste aux besoins de santé des populations.

7.2.4.3. TROISIEME EXTENSION DES THEORIES RAWLSIENNES DE LA JUSTICE

La troisième extension pose la problématique de la répartition équitable des biens de santé en vue de répondre équitablement aux besoins de santé, en s'appuyant sur les contributions rawlsiennes concernant la justice procédurale et la délibération démocratique. Daniels fait en effet le constat du caractère trop général des théories de la justice comme équité pour répondre adéquatement à des arbitrages spécifiques sur l'allocation des ressources visant à répondre aux besoins de santé. Afin de proposer une troisième extension des théorie rawlsiennes de la justice,

Daniels considère que la limitation est une condition nécessaire, et non pas uniquement contingente, pour la justice sociale en santé. En effet, d'autres services que les services de santé (éducation, emploi…) vont permettre de protéger les opportunités et vont donc nécessiter des ressources dédiées. De plus, l'opportunité ne constitue pas le seul bien primaire et les ressources doivent aussi permettre de protéger d'autres bien primaires comme les libertés de bases qui nécessitent également l'allocation de ressources. Dès lors, il convient de réfléchir à la manière la plus équitable d'allouer ces ressources et de répondre aux besoins de santé dans le contexte d'une inévitable limitation des ressources. La notion d'agrégation des ressources nous confronte par exemple à la question de savoir quand est-ce que nous pouvons autoriser d'agréger des bénéfices modestes pour la majorité de la population au détriment de bénéfices plus importants pour une minorité de personnes[750]. Par exemple, nous pourrions préférentiellement utiliser les ressources afin de poursuivre les meilleurs résultats pour ceux qui les utiliseront le plus efficacement ou bien pour offrir une chance équitable d'atteindre des bénéfices à un ensemble plus large de personnes. Il pourrait sembler injuste de toujours poursuivre les meilleurs résultats, mais nous avons dans le même temps un intérêt certain à les poursuivre.

Pour répondre à cet objectif, Daniels réfute dans un premier temps trois approches qu'il considère comme inadéquates : la responsabilité du marché (*market accountability*), la règle majoritaire (*majority rules*) et l'approche coût-bénéfice (*cost-effectiveness methodology*)[751]. Tout d'abord, Daniels soutient que les lois du marché de consommation ne peuvent pas être transposées dans le champ de la santé car les individus n'ont pas la même capacité à prendre des décisions concernant leurs besoins de santé et à les anticiper que leurs besoins matériels. Il s'avère en effet plus difficile d'anticiper un besoin de santé ou d'y répondre tant la perception

[750] « When should we allow an aggregation of modest benefits to larger numbers of people to outweigh more significant benefits to fewer people? » (DANIELS N., *JH*, p. 106).

[751] *Ibid*, pp.104-116.

de ce besoin va dépendre d'un individu à l'autre. Les inégalités sociales de santé démontrent qu'à besoin de santé identique, les personnes vont y répondre de manière très différente en fonction de leur niveau socioéconomique. Les personnes plus défavorisées vont notamment adopter moins de comportement de prévention en santé et tendre à retarder le moment d'accès au soin face à un problème de santé. De plus, les obligations morales qui touchent la santé, concernant notamment la protection de l'opportunité, ne s'appliquent pas aux lois du marché du consommation.

Ensuite, la règle majoritaire ne semble pas convenir non plus car elle tendrait à limiter le caractère délibératif du processus décisionnel et reposerait en majeure partie sur la satisfaction des préférences de la majorité plutôt que sur la réponse aux besoins de santé de tous, sans avoir à rendre compte des raisons et rationnels amenant à la prise de décision finale. Alors que les besoins de santé sont plus importants chez les minorités et que ces dernières tendent à moins participer socialement, il serait fort probable qu'une règle basée sur les attentes de la majorité contreviendrait aux besoins des minorités. Selon Daniels, la démocratie délibérative doit en effet permettre à la minorité d'avoir accès et de reconnaître comme appropriée les raisons ayant joué un rôle dans la délibération et dans la décision.

Enfin, l'approche coût-bénéfice ne permet pas de répondre adéquatement au problème de l'agrégation, car il s'avère difficile de savoir comment l'efficacité globale va être répartie, notamment pour les personnes les plus défavorisées. Que faire si une nouvelle technologie de santé améliore beaucoup la durée de vie déjà plus élevé des plus favorisés et très peu celle déjà plus courte des plus défavorisés ? De plus, le processus délibératif n'est une nouvelle fois pas respecté, au profit d'une approche basée sur les résultats et au risque d'une absence de prise en compte d'enjeux distributifs.

Daniels propose alors le concept de « responsabilité pour le caractère raisonnable » (*accountability for reasonableness*) qui repose sur l'idée principale d'une responsabilité

publique voulant que les raisons et justifications portant sur l'allocation limitée des ressources soient rendus publiques[752]. Ainsi, les raisons de ces décisions doivent pouvoir répondre à l'impératif d'un accord commun et d'un processus délibératif de coopération sociale et de justification publique tels que décrits par Rawls. Daniels propose ainsi quatre conditions permettant d'assurer le caractère raisonnable des décisions en santé :

1. Condition de publicité (*publicity condition*) : les décisions concernant les besoins de santé doivent avoir un caractère public et être de fait disponible aux cliniciens et aux patients.
2. Condition de pertinence (*relevance condition*) : le rationnel concernant les décisions en santé doit apporter une explicitation raisonnable sur la manière dont l'organisation (publique ou privée) cherche à garantir un bon rapport qualité/prix (*value for money*) concernant la manière de répondre aux besoins de santé d'une population donnée dans un contexte de ressources limitées.
3. Condition d'appel et de révision (*revisability and appeals condition*) : des mécanismes permettant de débattre et de critiques les décisions prises doivent être mis en œuvre, notamment à la faveur de faits ou arguments nouveaux.
4. Condition régulatrice (*regulative condition*) : doit exister une régulation du processus permettant d'assurer que les conditions 1 à 3 sont remplies[753].

La réponse à la troisième question focale posée par Daniels concernant l'allocation des ressources en faveur des besoins de santé repose sur une troisième extension des théories de la justice comme équité, s'appuyant sur les idées de justification publique et de coopération sociale décrites par Rawls. Les conditions exposées permettent de relier les décisions concernant les besoins de santé des populations à un processus de démocratie délibérative large en augmentant la qualité et la cohérence des processus décisionnels.

[752] *Ibid*, p. 116.
[753] *Ibid*, pp. 118-119.

7.2.5. INTERETS DE L'APPROCHE DE NORMAN DANIELS

En proposant une triple extension des principes rawlsiens de la justice comme équité, Norman Daniels propose une théorie pertinente de la justice sociale en santé qui repose sur la préservation de l'opportunité par le biais de la promotion du fonctionnement normal et de la réponse équitable aux besoins de santé. Outre ses implications théoriques, son approche offre un cadre pratique permettant d'envisager la réponse aux principaux enjeux posés par la réponse aux besoins de santé des populations, en lien notamment avec les inégalités sociales de santé. L'accent porté sur les déterminants sociaux de santé, et non uniquement sur les services de santé, permet au modèle dessiné par Daniels d'engager des réflexions sur des enjeux tels que l'allocation des ressources en santé, l'orientation des politiques publiques ou privées de santé, les enjeux en termes de prévention et de thérapeutique. La prévention de l'exposition aux déterminants sociaux de santé, et leur répartition inéquitable, nécessite ainsi à la fois de réduire les risques de maladies et de handicap mais également de viser une répartition équitable de l'exposition aux risques.

Tout d'abord, la théorie de Norman Daniels propose un abord de la justice sociale en santé reposant sur le concept central de besoins de santé des populations. En effet, Daniels propose une analyse précise du concept de besoins de santé, qui permet de prendre en compte à la fois les enjeux individuels et collectifs de santé, en articulant les inégalités sociales et territoriales de santé. Cette notion de besoin de santé constitue en effet un paradigme théorique et pratique pertinent pour envisager des actions de lutte contre les inégalités sociales de santé à différentes échelles, internationales, nationales et locales. L'identification des besoins de santé d'une population donnée, dépendant à la fois de ses caractéristiques socioéconomiques et culturelles, de son histoire sociale et politique, des conditions géographiques ou environnementales du territoire dans lequel elle vit, inscrit en effet au cœur de l'approche par

la justice sociale la nécessité de proposer différents niveaux d'actions qui seront adaptés en fonction de ces différents facteurs.

Le principe de « l'universalisme proportionné » défini en 2007 par Michael Marmot, vise ainsi à « offrir des interventions universelles destinées à l'ensemble des personnes mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins »[754]. A ce tire, la mise en œuvre d'actions universelles, sélectives et ciblées de lutte contre les inégalités sociales de santé[755] vise une adéquation entre une volonté publique d'action en faveur de la santé et sa capacité à être traduite dans les faits par une réponse aux besoins identifiés. Une politique d'action pour la santé mentale des personnes issues de l'immigration se devrait ainsi de prendre en compte par exemple les réalités et besoins de santé spécifiques des personnes syriennes ayant fui la guerre actuelle, tout autant que ceux des populations maghrébines ayant migré dans le contexte de la colonisation ou de celles des populations originaires des Balkans arrivés récemment en France. Identifier les besoins de santé spécifiques de chacune de ces populations apparaît primordial pour envisager des actions effectives et efficientes.

Le concept de responsabilité publique décrit par Daniels à partir de l'idée formulée par Rawls constitue également un point fort de son approche de la justice sociale en santé, qui se rapproche de la notion empirique de responsabilité sociale en santé que nous avons décrite dans le premier chapitre de cette seconde partie. Le caractère contraignant des principes de justice et de leur délibération publique apporte des applications pratiques dans le champ de la responsabilité sociale en santé. En inscrivant l'importance morale particulière de la santé en termes de justice sociale, l'approche de Daniels intègre la réponse aux besoins de santé comme un impératif auxquels les pouvoirs publics, mais également les services et les professionnels de

[754] AFFELTRANGER B., Potvin L., Ferron C., Vandewalle H. & Vallée A. (2018). Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ?. *Santé Publique*, *1*, 13-24.

[755] PORCHERIE M., Le Bihan-Youinou B. & Pommier J. (2018). À quelle échelle appliquer l'approche universelle proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé ? Pour une approche contextualisée des actions de prévention et de promotion de la santé. *Santé Publique*, *1*, 25-32.

santé, ne peuvent se soustraire. Le caractère délibératif du processus décisionnel et la transparence attendue concernant les décisions dans le champ sanitaire soulignent en effet la responsabilité sociale de l'ensemble des intervenants concernés. S'il existe une obligation morale ou sociale de répondre aux besoins de santé, peut-on dès lors évoquer un « droit à la santé » (*a right to health*) ? Daniels préfère retenir la notion de droits aux soins de santé (*a right to health care*) en tant que droit à l'équitable égalité des opportunités, puisque la préservation de la santé protège les opportunités[756]. De plus, une altération de la santé qui ne reposerait pas sur un manquement ou une erreur d'autrui rendrait difficile la mise en avant d'un droit à la santé qui aurait été bafoué. La notion de droit à la santé devrait ainsi plutôt être construite dans le sens d'un moyen pratique pour caractériser fonctionnellement les actions pertinentes et socialement contrôlables qui vont influer sur la santé des populations et sa distribution[757]. Le droit de voir ses besoins de santé comblés sera dès lors dépendant du système dans lequel il s'opère et des conditions et possibilités offertes par l'allocation des ressources décidée à l'issue du processus délibératif public.

Cet aspect pratique d'action de lutte pour la justice sociale en santé et contre les inégalités sociales de santé doit en effet pouvoir être rendu effectif par un cadre normatif pour la puissance publique, mais aussi pour les professionnels de santé. Au-delà des politiques publiques d'action contre les inégalités sociales, le rôle quotidien de celles et ceux qui font le soin dans la lutte contre les inégalités sociales de santé est ainsi primordiale, comme nous l'avons vu au travers des notions de responsabilité sociale en santé et d'humilité culturelle. Dès lors, définir une approche théorique permettant d'encadrer la pratique quotidienne à l'échelle de la relation de soin et des systèmes de santé constitue l'une des voies électives pour améliorer l'accès aux soins des plus démunis. A ce titre, Daniels propose un chapitre de *Just Health* consacré au

[756] DANIELS N., *JH*, p. 316-320.

[757] "The reference to health should be construed as a handy way to characterize functionnaly the relevant, socially controllable actions, namely, those that affect population health and its distribution." (*Ibid*, p. 145).

« professionnalisme médical » dans lequel il discute des obligations professionnelles des médecins qu'implique une théorie de la justice sociale en santé[758].

Daniels s'interroge notamment sur la compatibilité du professionnalisme médical avec les principes de justice sociale en santé identifiés au travers de l'approche rawlsienne de la justice comme équité. Pour ce faire, Daniels discute dans un premier temps du professionnalisme médical qu'il envisage sous l'angle du mandat de soigner (*duty to treat*) et de l'exceptionnalisme moral (*moral exceptionalism*). Il fait en effet le constat qu'une exception morale est faite pour le corps médical qui se voit dans l'obligation de s'exposer à des risques, notamment infectieux, là où le reste de la population va être exempté de quelconque mandat de venir en aide aux autres, en cas d'épidémie notamment. Daniels prend en effet l'exemple des épidémies ou des pandémies, telles que le VIH ou l'épidémie de SARS de 2003, pour lesquelles s'est posée la question de savoir jusqu'où les médecins avaient l'obligation de traiter les personnes atteintes et ainsi de s'exposer à des risques infectieux élevés. La plupart des sociétés savantes médicales ont stipulé que les médecins avaient l'obligation de traiter ces personnes et ne pouvaient se soustraire à ce mandat lié à leur métier. Le consentement à la prise de risque pourrait être avancé pour expliquer cette position, en partant du principe que si les médecins ont une obligation de prendre certains risques, cela doit provenir de leur accord pour le faire, tout comme les pompiers ou les policiers acceptent un certain niveau de risques, potentiellement vital, en entrant dans le métier. Cependant, Daniels considère qu'il n'est pas adapté de faire reposer le devoir de soigner des médecins et l'exceptionnalisme moral sur cette notion de consentement qui ouvriraient trop facilement à des exceptions. Après plusieurs années d'exercice, les médecins pourraient notamment arguer que l'exposition à un risque nouveau, tel que l'émergence d'une nouvelle épidémie, inexistant au moment de leur entrée dans le métier,

[758] "Medical Profesionnalism and the Care We Should Get", (*Ibid*, p. 218-239).

ne les oblige pas, puisqu'il ne faisait pas partie de leurs obligations morales au début de leur carrière[759].

Daniels discute ensuite la notion de vertus (*virtues*) en lien avec l'obligation de traiter qu'ont les médecins qui s'étend à l'ensemble des pathologies et situations sanitaires qu'ils peuvent rencontrer. Si les médecins ont fait le choix de dédier leur métier au soin, alors leur obligation de traiter tout patient, quelle que soit sa pathologie et le risque encouru, en découle. Cependant, le concept de vertus apparaît également foncièrement instable et peut trop aisément dépendre de valeurs morales dépendante du contexte culturel, social et historique. Reprenant la proposition de John Arras, Daniels évoque alors l'idée d'une négociation sociale entre la société et les médecins pour établir un modèle de vertus applicable dans le contexte concerné. Pour autant, la notion de consentement persiste en partie dans la question des vertus et Daniels propose de s'intéresser plus précisément à une négociation sociale des obligations professionnelles (*socially negotiated professional obligations*) qui soit contrainte par les enjeux de justice sociale. Le consentement des médecins à ce modèle lors de leur entrée dans la profession médicale, ce qui ne leur permet pas de choisir entre telle ou telle obligation. Accepter un ensemble d'obligations professionnelles socialement négociées permet également d'envisager que ce corps d'obligations n'est pas immuable et peut être renégocié en fonction des évolutions de la médecine et de la société. Cette idée d'un ensemble d'obligations professionnelles socialement négociées permet à la fois de lutter contre la discrimination du corps médical à l'égard de certaines populations et de répondre aux situations exceptionnelles de catastrophes ou d'épidémies. De plus, le caractère socialement négocié des obligations permet également d'assurer que les conditions de sécurité soient assurées pour les

[759] « On the view I have been defending, these denials of consent have to be taken seriously. Taking them seriously entails gathering evidence about the types of risks people knew about an then inferring that the risk HIV poses for most physicians do not exceed the risks to wich they consented on entering the profession » (*Ibid*, p. 223).

professionnels de santé, puisque la possibilité de renégociation des obligations prend également en compte l'évolution du contexte dans lequel sont prodigués les soins de santé. Daniels fait cependant le constat que la négociation des obligations professionnelles des médecins au cours de l'histoire a principalement reposé sur le pouvoir du corps médical et sa volonté de défendre et conserver ses intérêts plutôt que sur la prise en compte des enjeux de justice sociale[760].

Le modèle de « l'avocat idéal » (*ideal advocate*) que propose alors Daniels cherche à proposer un cadre d'obligations professionnelles qui amène les médecins à poursuivre le meilleur intérêt de leurs patients au travers de décisions cliniques préservant leur autonomie tout en adhérant à une éthique du plaidoyer (*ethic of advocacy*)[761]. Plus précisément, les décisions cliniques doivent être a) de bonne qualité, en accord avec les standards de soin reconnus par la profession, b) respectueuses de l'autonomie des patients, c) respectueuses des droits des patients, d) libres de considérations liées aux intérêts du médecins et e) non influencées par des jugements sur la valeur des patients. Au-delà de la seule relation de soin, Daniels insiste sur le fait que ce rôle d'avocat idéal s'inscrit également dans les enjeux de santé publique et la juste distribution de la santé et des soins de santé. Les institutions et les professionnels de santé se doivent ainsi d'être responsables pour le caractère raisonné de leurs décisions et comportements, notamment de leur capacité à favoriser la juste distribution des biens de santé tout en préservant les droits et les libertés individuelles de chacun de leurs patients. Cette articulation entre les dimensions de justice sociale posées à l'échelle de la relation de soin individuelle autant qu'au niveau de l'organisation des soins de santé et de la santé publique constitue un intérêt majeur de l'approche rawlsienne de la justice sociale en

[760] « The third point in this history lesson is that the social negotiation in which the American medical profession engaged was not guided by justice at all. » (*Ibid*, p. 233).

[761] *Ibid*, p. 234.

santé proposée par Daniels, car elle offre un cadre permettant d'embrasser un ensemble d'enjeux de justice en santé.

Afin de guider au mieux les réformes et politiques publiques en matière de santé à partir des principes de justice, Norman Daniels a également proposé la création d'un référentiel d'équité en santé intitulé le « Benchmark of Fairness »[762], reposant sur trois principes clés que sont l'équité (*equity*), l'efficience (*efficiency*) et la responsabilité (*accountability*). Ce référentiel informe la manière dont les décideurs politiques peuvent mettre en œuvre des réformes des systèmes de santé qui permettent de préserver l'équité en termes de risque de santé et d'accès aux soins de santé, via la juste distribution des déterminants sociaux de la santé et des institutions sanitaires, de favoriser l'efficience du système de santé dans sa capacité à promouvoir le fonctionnement normal des individus en optimisant les ressources nécessaires pour préserver l'équité et enfin de rendre les institutions responsables de leur capacité à répondre ou non aux enjeux d'équité et d'efficience. Le Benchmark of Fairness a notamment été utilisé pour la réforme du système de santé thaïlandais dans les années 2000[763] et plus récemment en Iran[764].

Ainsi, l'extension des théories rawlsienne de la justice à la santé qu'opère Daniels, à partir des notions de fonctionnement normal et de gamme normal d'opportunités, permet de proposer une approche normative de la justice sociale en santé. Son approche possède en effet un certain nombre d'atouts, notamment la prise en compte des inégalités sociales de santé et des déterminants sociaux de la santé, ainsi qu'un cadre normatif pour la délibération publique en matière de santé et pour les obligations des professionnels de santé en termes de justice sociale.

---

[762] *Ibid*, p. 246.

[763] PANNARUNOTHAI, S. & Faramnuayphol P. (2006). Benchmarks of Fairness for health care reform in Thailand--combining evidence with opinion of the civic group. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, *37*(2), 417–425.

[764] MOJDEHKAR R., Jahangiri K., Hajinabi K., & Riahi L. (2021). Adapted fairness benchmarks for the evaluation of Iran health system reform. *The International Journal of Health Planning and Management*, *36*(6), 2118–2128.

En dépassant dans *Just Health* l'approche centrée sur l'accès aux soins qu'il avait précédemment développée dans *Just Health Care*, Daniels peut soutenir que « la justice sociale en général est bonne pour la santé de la population et pour sa distribution équitable »[765]. Nous verrons dans le sous-chapitre suivant que Sridhar Venkatapuram a récemment opposé des critiques aux travaux de Daniels pour proposer une approche de la justice sociale en santé centrée sur les capabilités.

[765] DANIELS N., 2009, *op.cit.,* p. 22.

7.3. SRIDHAR VENKATAPURAM ET LA SANTE COMME META-CAPABILITE

7.3.1. OBJECTIONS A L'APPROCHE DE NORMAN DANIELS

Dans son ouvrage *Health Justice* le philosophe britannique Sridhar Venkatapuram propose une approche des enjeux de justice sociale en santé à partir de la théorie des capabilités décrites par Amartya Sen et Martha Nussbaum, sans aborder non plus directement la problématique de la santé mentale. Dans une perspective critique de l'approche rawlsienne portée par Norman Daniels, Venkatapuram apporte trois objections qui limitent selon lui la pertinence des travaux de Daniels[766].

Tout d'abord, Daniels s'appuie sur une distinction entre deux sources différentes d'inégalités que seraient la loterie naturelle (*natural lottery*), qui déterminerait les talents et aptitudes individuelles qui seraient déterminés à la naissance, et la loterie sociale (*social lottery*) qui constitue les conditions de vie, notamment dans les premières années de vie, et repose sur le milieu familial, la classe sociale ou le niveau socio-économique de l'environnement immédiat. Selon Rawls, cette loterie naturelle constituerait une sorte de base neutre, un « bien naturel » (*natural good*) que les théories de la justice comme équité viserait à corriger notamment en s'assurant que les plus défavorisés soient le plus avantagés au travers du principe de différence. Daniels opère un parallèle entre la loterie naturelle et la pathologie, pour laquelle il conviendrait également de corriger les effets d'inégalités par la justice sociale. Il écrit en ce sens que l'extension des théories rawlsiennes dans le champ de la santé vise à restaurer l'état de santé des personnes tel qu'il serait s'il n'y avait pas d'inégalités liés aux effets des déterminants sociaux de la santé et du manque de réponse à leurs besoins de santé. Selon Venkatapuram, cette distinction entre loterie naturelle et loterie sociale est problématique car

[766] VENKATAPURM S., *HJ*, pp. 195-198.

elle induit l'idée d'une base naturelle initiale neutre qui se verrait modifiée, positivement ou négativement, dans un second temps par la loterie sociale. Or, les données issues de l'épidémiologie sociale démontrent que la durée de vie ou les fonctions physiologiques sont socialement déterminées, ce avant la naissance d'un individu, et qu'il n'existe donc pas de base naturelle neutre concernant la santé ou le fonctionnement normal d'une personne. Même la manière dont les parents ont procréé et le moment de leur vie auquel ils le font est profondément dépendant des conditions sociales de leurs existence. Ainsi, dans le champ de la justice sociale en santé, il s'avère en effet impossible de traiter de manière distincte des inégalités qui seraient naturelles et d'autres sociales et d'imaginer que les secondes puissent venir dans un deuxième temps corriger ou influer sur les premières. L'ensemble des inégalités de santé doivent être comprises de manière conjointe et prises en compte pour envisager de préserver les opportunités auxquelles les personnes pourront accéder tout au long de leur vie.

Ensuite, la liste des besoins de santé proposée par Daniels est également critiquée par Venkatapuram. En effet, cette liste est la même que celle de son premier ouvrage *Just Health Care* à laquelle il ajoute la « distribution appropriée des déterminants sociaux de la santé ». L'absence de précision sur la manière d'établir cette liste, et notamment de théorie épidémiologique ou sociologique permettant d'argumenter le choix des différentes composantes de la liste, constitue selon Venkatapuram une limite majeure à la liste formulée par Daniels. Venkatapuram ajoute que l'item sur la distribution appropriée des déterminants sociaux de la santé répète d'autres items au risque de manquer à nouveau la possibilité de proposer une théorie générale des déterminants sociaux de la santé.

Enfin, Venkatapuram émet une critique importante vis-à-vis de la théorie de Daniels concernant la manière de comprendre les déterminants sociaux de la santé. Selon lui, Daniels semble en effet avoir compris les déterminants sociaux de santé comme des éléments positifs qu'il couple avec les biens primaires. Les travaux épidémiologiques sur les déterminants

sociaux de santé se concentrent en effet plutôt sur des facteurs de risques, tels que le faible niveau d'éducation, le faible niveau de revenu, l'exposition à la discrimination ou les défauts d'accès aux soins. Cette désignation d'indicateurs délètères pour la santé ne nous renseigne cependant que partiellement sur la manière de les corriger et de prévenir ou mitiger leurs effets négatifs. Ainsi, le fait que le faible niveau d'éducation soit un déterminant social délétère pour la santé ne signifie pas qu'améliorer le niveau d'éducation d'une population améliorera nécessairement son état de santé. De plus, ce modèle peine à distinguer l'impact des déterminants sociaux de la santé à l'échelle individuelle et collective et, plus précisément, un modèle de justice sociale en santé qui puisse être centré sur la santé individuelle. Selon Venkataparum, le modèle proposé par Daniels ne peut considérer les inégalités de santé causées par les déterminants sociaux de la santé comme injustes qu'à un niveau collectif et non individuel, si bien qu'un individu seul ne serait pas en mesure de faire une réclamation au sujet des déterminants affectant sa santé[767].

De plus, l'expérience de l'inégalité sociale ne peut pas être comprise uniquement comme l'absence d'une ressource ou d'un bien primaire. Venkatapuram prend l'exemple de la discrimination qui ne constitue pas uniquement l'absence d'un bien primaire tel que les bases sociales du respect de soi. Le stress chronique et l'anxiété générés par l'exposition à la discrimination induisent des effets psychologiques et neurobiologiques qui vont mener à des altérations complexes du fonctionnement de l'individu et à la survenue de maladies. Ainsi, le défaut de biens primaires ne signifie pas uniquement un manque de moyens instrumentaux (*instrumental means*) mais est aussi une source directe de préjudice[768], ce que l'approche de Daniels ne parviendrait pas à prendre adéquatement en compte, selon Venkatapuram. Nous

[767] « No individual can make a direct claim with regard to social determinant affecting their health as the social pathways to impairments are identified in aggregate statistics, not in the case of particular individuals. » (*Ibid*, p. 197).

[768] « The lack of primary good does not mean just the lack of instrumental means but also that it is a source of direct harm » (*Ibid*, p. 198).

discuterons dans un chapitre ultérieur de la pertinence des critiques formulées par Venkatapuram à l'égard de l'approche de Daniels. A ce titre, l'utilisation de l'exemple de la discrimination est particulièrement peu pertinente car Daniels prend justement dans *Health Justice* l'exemple précis de la discrimination raciale en la décrivant comme une source de préjudice direct et indirecte en termes de santé (cf. sous-chapitre précédent).

Une dernière objection que l'on peut adresser à la théorie de Daniels, et que Venkatapuram ne formule pas directement dans *Health Justice,* repose sur le manque d'appui clair sur une théorie de la santé et de la maladie pour construire son argumentaire. Comme nous le verrons, Venkatapuram adosse en effet sa théorie de la justice sociale en santé à la fois sur une approche de la justice sociale (l'approche par les capabilités) et sur une théorie de la santé et de la maladie, à savoir l'approche normativiste de Lennart Nordenfelt. A l'inverse, Norman Daniels construit sa définition de la santé par une double opposition à l'approche naturaliste de Christopher Boorse d'un côté et à l'approche normativiste de Jerome Wakefield. Cette définition « non-normativiste » de la santé constitue un point faible de l'approche défendue par Daniels puisque les contours précis de ce qu'il nomme santé, maladie ou encore pathologie sont marqués d'un flou conceptuel et théorique potentiellement préjudiciable. Réfuter à la fois l'approche naturaliste et l'approche normativiste de la santé apparaît en effet trop rapide et insuffisant pour construire une théorie pertinente de la justice sociale en santé puisque le pan définitionnel de la santé souffre d'un manque d'un appui théorique solide. En utilisant la définition normativiste de la santé formulée par Nordenfelt, Venkatapuram vise au contraire à adosser son approche de la justice sociale en santé sur une base définitionnelle solide de la santé.

A partir des trois objections faites par Venkatapuram à la théorie de Daniels, et de la dernière que nous ajoutons sans qu'elle ne soit directement formulée par Venkatapuram, ce dernier propose de refonder une théorie de la justice sociale en santé qui repose sur une théorie

précise de la santé et de la maladie ainsi que sur une théorie de la justice, à savoir l'approche par les capabilités d'Amartya Sen et Martha Nussbaum.

7.3.2. L'APPROCHE DE LA JUSTICE SOCIALE EN SANTE PAR LES CAPABILITES

A la différence de Daniels, Sridhar Venkatapuram tient ainsi à adosser sa théorie sur une approche définitionnelle claire et établie de la santé et discute pour se faire dans la première partie de *Health Justice* les théories existantes dans le domaine de la philosophie de la santé.

7.3.2.1. UNE THEORIE DE LA SANTE

Venkatapuram débute ainsi son argumentaire par un apport critique des approches naturalistes qui définissent la santé comme une absence de maladie. La théorie biostatistique de Christopher Boorse, sur laquelle Norman Daniels avait appuyé sa première version des théories de la justice en santé dans *Just Health Care*[769], considère notamment la santé et la maladie au regard de fonctions biologiques mesurables à partir desquels il est possible de mesurer des seuils permettant de distinguer le normal du pathologique. Son émergence dans les années 1970 faisait suite à la théorisation par plusieurs philosophes d'approches relativistes de la santé considérant les maladies comme des construits sociaux portés par des jugements de valeurs culturellement et historiquement déterminés, sans base biologique ou naturelle établie[770]. La notion de fonctionnement normal est centrale dans la théorie biostatistique car elle permet d'opérer une distinction objective et non-normative entre le normal (fonctionnement optimal pour l'espèce) et la maladie (altération des capacités de fonctionnement normal ou limitation des capacités de fonctionnement causé par l'environnement). Le fonctionnement normal de l'individu est orienté selon Boorse vers deux fonctions vitales que sont la survie et

[769] DANIELS N. (1985), *op.cit.*

[770] Les approches défendues par Thomas Szasz ou Michel Foucault sur la santé mentale ont notamment orienté le débat concernant le normal et le pathologique vers des approches relativistes.

la reproduction[771]. Dès lors, la courbe gaussienne de répartition des fonctions biologiques au sein de l'espèce permet de définir les seuils qui vont constituer des états pathologiques.

Venkatapuram adresse trois critiques à la théorie biostatistique, à savoir : l'impossibilité de définir un fonctionnement normal qui soit purement naturel, l'impossibilité à distinguer le caractère pathologique ou non d'une réponse de l'organisme à une maladie et enfin l'utilisation de la survie et de la reproduction comme marqueurs de santé. Tout d'abord, Venkatapuram critique, comme il le faisait pour le concept rawlsien de loterie naturelle, l'idée d'un fonctionnement normal qui serait purement naturel et de fait exempt de toute influence sociale ou environnementale. En partant de l'idée d'une définition de la maladie à partir du fonctionnement normal, Boorse omet complètement les effets de l'environnement sur le fonctionnement biologique des individus et la distribution sociale des expositions environnementales. Venkatapuram prend ainsi l'exemple d'une société dans laquelle l'ensemble des individus seraient fumeurs et présenteraient, de fait, des altérations pulmonaires. Il ne serait alors pas possible de déterminer un fonctionnement normal naturel et, en cherchant à le faire, le fonctionnement le plus fréquent serait considéré, à tort, comme normal. La même expérience de pensée peut être faite avec d'autres facteurs environnementaux comme l'alcool, la consommation de gras ou de sel ou bien encore la pollution atmosphérique. Ainsi, le fonctionnement normal typique d'une population donnée n'est pas naturellement, mais socialement déterminé, ce qui explique notamment les inégalités de santé à l'échelle planétaire et les différences majeures d'espérance de vie d'un pays à l'autre en fonction du poids des déterminants sociaux de la santé.

Deuxièmement, le statut des réponses de l'organisme face à la maladie, notamment les variations de constantes biologiques en lien avec la réponse immunitaire, jouissent d'un statut

[771] BOORSE C. (1975), *op.cit.*

peu clair dans la théorie biostatistique. En effet, Venkatapuram souligne que, selon la théorie de Boorse, la réponse immunitaire de l'organisme à une infection serait considérée comme normale car elle survient dans le fonctionnement statistique normal et contribue à la survie et la reproduction de l'organisme. Pour autant, Boorse soutient que les maladies se situent aux points d'entrée de l'infection et se caractérisent par les conséquences de l'infection qui vont notamment entrainer la mort de cellules de l'organisme. Or, si la mort de cellules devient synonyme de maladie alors tout être humain peut être considéré comme potentiellement malade et il convient donc de fixer des limites à ce qui est considéré comme pathologique ou non. Pour ce faire, il pourrait être nécessaire de prendre en compte des valeurs sociales permettant de définir le normal et le pathologique. Boorse soutient en effet que chaque individu peut posséder une part de lui ou un processus qui ne correspond pas au fonctionnement normal de la classe de référence. Dès lors, l'approche purement naturaliste de la santé de Boorse paraît pour Venkatapuram peu à même de permettre de définir adéquatement la santé.

Par ailleurs, Venkatapuram souligne le fait qu'il existe, dans ce que nous appelons la santé, une dimension plus importante que la seule absence de maladie, dimension qu'il convient de pouvoir appréhender en la définissant précisément. A ce titre, il souscrit en grande partie à la définition normative de la santé donnée par Lennart Nordenfelt. La *théorie holistique* de Lennart Nordenfelt vise en effet à proposer une définition plus opérante et pratique de la santé que celle de Boorse, en introduisant la notion de capacité et, à partir des théories de l'action d'Ingmar Pörn, une définition de la santé comme capacité d'un sujet à « réaliser ses buts vitaux »[772]. La santé est dès lors pensée comme un pouvoir d'agir, au sens d'une *possibilité pratique*. Pour Nordenfelt, la possibilité pratique combine une dimension de capacité (« John *peut* apprendre le russe ») et une dimension d'opportunité (« Peter *peut* maintenant traverser la rue »). La capacité est ici définie comme « le type de possibilités pour agir qui est déterminé

[772] NORDENFELT L. (1995). *On the nature of health : an action-theoretic approach*. Springer Netherlands.

par des facteurs internes au corps et à l'esprit de l'agent » et l'opportunité comme « absence d'empêchement extérieur » lié à l'environnement.

Nordenfelt distingue alors les capacités de premier-ordre qui renvoient au pouvoir immédiat d'exécuter une compétence fondamentale et les capacités de second-ordre qui désignent une capacité potentielle de pouvoir l'exercer[773]. Une capacité de second-ordre est dès lors compatible avec une incapacité de premier-ordre, l'inverse n'étant pas vrai. La maladie correspondrait ainsi à la perte d'une ou plusieurs capacités de second-ordre. Les buts vitaux (*vital goals*) tels que décrit par Nordenfelt s'inscrivent dans une visée welfariste de la santé, orientée vers les notions de bien-être et de bonheur. En effet, il les entend comme les buts dont l'accomplissement est à la fois nécessaire et suffisant pour le bonheur minimal et durable d'un individu. Le bonheur est ici entendu sous sa forme subjective, relevant plus du ressenti et d'une norme de bien-être définie par l'individu lui-même. L'objectif de Nordenfelt est en effet d'élargir la notion de santé au-delà du seul fonctionnement biologique et de la survie, tout en se préservant de la confusion entre santé et bonheur à laquelle conduit la définition de l'Oorganisation Mondiale de la Santé[774]. Dès lors, Nordenfelt définit la santé comme « la capacité qu'a une personne, dans des circonstances acceptées, de réaliser ses buts vitaux, c'est-à-dire ceux nécessaires et suffisants pour vivre un bien-être minimal et durable »[775]. Un individu sain est alors décrit comme un individu se trouvant dans un état physique et mental tel qu'il a la capacité, dans des circonstances standards, de réaliser le genre de choses qui sont nécessaires et suffisantes à son bonheur minimal et durable[776]. Bien que Nordenfelt ne cite pas directement

[773] *Ibid.*

[774] L'OMS considère la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » : https://www.who.int/fr/about/governance/constitution

[775] NORDENFELT L. (1995), *op.cit.*

[776] La définition que Nordenfelt donne de la santé est la suivante : « A est en bonne santé, si et seulement si, A a la possibilité, dans les circonstances standards données, de réaliser ses buts vitaux, c'est-à-dire l'ensemble des buts qui sont nécessaires et suffisants pour son bonheur minimal » (in VENKATAPURAM S, *HJ*, p. 58).

l'approche de Sen et de Nussbaum, le rapprochement conceptuel entre la capacité de la théorie holistique et la capabilité semble pertinent et sert de base à la définition de la santé que propose Venkatapuram.

S'il souscrit globalement à la théorie holistique de Nordenfelt et à son approche normativiste de la santé, Venkatapuram émet deux critiques principales à cette définition de la santé, en vue d'en proposer une extension plus opérante. Tout d'abord, le concept de *buts vitaux* demeure relativement peu explicité chez Nordenfelt, qui n'en donne ni une définition très précise, ni ne fournit de liste des potentiels buts vitaux à viser pour un individu donné. Cet « ensemble vide » (*empty set*) de buts vitaux n'indique pas non plus en quoi certains objectifs de vie seraient vitaux tandis que d'autres ne le seraient pas, ni quels seraient les critères qui permettraient de considérer un but comme vital ou non. Deuxièmement, la notion de *circonstances standards* évoqué par Nordenfelt induit un risque de relativisme important concernant la manière de définir la santé et d'évaluer la santé des individus. Le fait que l'état de santé ne pourrait être évalué quand dans un contexte culturel ou social donné confronte au risque d'une impossibilité de proposer une théorie unifiée de la santé. L'existence des inégalités de santé pourraient en effet se trouver ainsi légitimée puisqu'il ne serait pas question de modifier les circonstances standards d'un contexte donné si elles s'avéraient délétères pour la santé physique ou mentale de certains individus. Pour Venkatapuram, une théorie de la santé doit en effet pouvoir être informée par les conditions culturelles et sociales d'existence des individus, sans être pour autant totalement conditionnée par celles-ci.

Afin de dépasser les limites de la théorie holistique, Venkatapuram propose de la coupler avec l'approche par les capabilités développée par Martha Nussbaum. Il considère en effet que l'approche de Nordenfelt autour des buts vitaux s'intègre parfaitement avec la notion de capabilités, notamment avec la liste des capabilités humaines de base établie par Nussbaum.

7.3.2.2. LES CAPABILITES HUMAINES DE BASE

Dans les suites de sa critique sur le manque de précision du contenu des buts vitaux imaginés par Nordenfelt, Venkatapuram s'intéresse à l'approche par les capabilités (*capability approach*) développée par Amartya Sen et Martha Nussbaum. Il considère notamment que la notion de « capabilités humaines de base » décrite par Nussbaum peut parfaitement s'intégrer à la théorie de la santé de Nordenfelt. Cette dernière a notamment proposé une liste des dix capabilités de base qui sont les suivantes :

a) être capable de posséder une espérance de vie normale
b) posséder une bonne santé
c) maintenir son intégrité corporelle
d) être capable d'utiliser ses sens, son imagination et sa pensée
e) avoir des émotions et des attaches émotionnelles
f) posséder une raison pratique qui permette de formaliser une conception du bien
g) posséder des affiliations sociales qui soient sensées et respectueuses
h) exprimer de l'intérêt pour les autres espèces
i) être capable de jouer
j) avoir le contrôle sur son environnement matériel et politique[777]

Nussbaum envisage les capabilités humaines de base comme ce qui constitue le minimum pour une vie digne d'être vécue, et non pas comme la santé, mais il est intéressant de noter que la santé est comprise dans les deux premières capabilités de la liste. A la différence de l'approche rawlsienne qui tend à évincer les enjeux liés à la maladie et au handicap, l'approche par les capabilités inscrit ainsi au cœur de sa théorie les questions de santé. La liste des

[777] "(1) Being able to live a normal length of lifespan; (2) having good health; (3) maintain bodily integrity; (4) being able to use senses, imagination and think; (5) having emotions and emotional attachments; (6) possess practical reason to form a conception of the good; (7) have social affiliations that are meaningful and respectful; (8) express concern for other species; (9) able to play; and (10) have control over one's material and political environment." (NUSSBAUM M. (2012). *Capabilités : comment créer les conditions d'un monde plus juste?* Climats, p. 11).

capabilités de base proposée par Nussbaum répond d'ailleurs au manque de définition dans la théorie de Sen concernant ce qui constitue une capabilité de base, laissant comme dans la théorie de la santé de Nordenfelt un ensemble indéterminé de capabilités. Pour Venkatapuram, il en devient de fait d'autant plus aisé de coupler l'approche de la santé de Nordenfelt et l'approche par les capabilités de Nussbaum puisque les capabilités humaines de base peuvent tout à fait correspondre aux buts vitaux évoqués, mais non précisés, dans la théorie holistique.

Le philosophe Thomas Schramme a souligné le caractère beaucoup trop large de la notion de buts vitaux et la nécessité de les définir davantage, au risque de considérer à tort des état normaux comme pathologiques[778]. L'exemple donné est celui d'une athlète, Lily, qui se serait énormément entraîné pour devenir une athlète de haut niveau, en vain et qui ne serait pas heureuse de cette situation. En n'ayant pas atteint le bonheur minimal auquel elle souhaiterait prétendre, Lily pourrait être considérée comme n'étant pas en bonne santé selon la théorie de Nordenfelt. Pour Venkatapuram, cette situation pourrait être résolue en prenant en compte les capabilités humaines de bases. La situation que vit Lily ne l'empêche en effet pas de jouir de ses dix capabilités humaines de base et elle peut être considérée comme étant en bonne santé. Cette comptabilité entre théorie holistique et théorie des capabilités amène Venkatapuram à discuter la notion de « capabilité d'être en bonne santé ».

7.3.3. LA CAPABILITE D'ETRE EN BONNE SANTE COMME « META-CAPABILITE »

Visant à apporter une définition de la santé qui prenne en compte les conditions sociales d'existence sans y être complètement subordonnées, Venkatapuram propose en effet le concept de « capabilité d'être en bonne santé » (*capability to be healthy*) qu'il définit comme « la capacité d'un individu à accomplir ou exercer un certain nombre de capabilités et

[778] In VENKATAPURAM S., *HJ*, p. 66

fonctionnements de base, chacun à un niveau qui constitue une vie valable en terme de dignité humaine (*a life worthy of equal human dignity*) dans le monde moderne »[779]. L'enjeu est en effet pour lui de pouvoir proposer une « théorie unifiée de la santé » qui prenne en compte les causes des maladies, à savoir les déterminants sociaux de la santé, et leur distribution inégale[780]. Contrairement à Daniels, Venkatapuram entend la capabilité d'être en bonne santé comme un droit de l'Homme fondamental, au sens d'une vie pleinement humaine comme vie possédant un niveau suffisant d'opportunités et d'activités pour accomplir des conceptions différentes et raisonnables d'une vie bonne. La capabilité d'être en bonne santé est considérée comme une « méta-capabilité » (*meta-capability*) d'accomplir les dix capabilités humaines de bases et ainsi d'assurer une vie digne d'être vécue en remplissant les buts vitaux de l'individu.

Venkatapuram entend dès lors cette définition de la santé comme base à une approche en termes de justice sociale distributive, puisqu'il s'agit d'informer et d'assurer la distribution équitable des biens sociaux pour permettre d'assurer une répartition équitable de la capabilité d'être en bonne santé. Pour autant, il ne s'agit pas d'envisager uniquement la répartition de ressources matérielles, mais également d'autres biens sociaux tels que les pouvoirs ou les privilèges. Par exemple, si un vaccin qui est nécessaire pour prévenir une infection à risque létal n'est pas disponible à un endroit donné, alors avoir le contrôle de son corps, de son comportement et de son environnement immédiat, afin de prévenir l'infection par des mesures de prévention, dépend de facteurs tels que le pouvoir ou les privilèges que l'individu possède ou non. Certains se trouveront davantage en capacité de prévenir l'infection et de mettre en place des mesures de prévention du fait de leur position sociale et des pouvoirs ou privilèges qu'ils possèdent.

[779] « The capability to be healthy is a person's ability to acheive or exercise a cluster of basic capabilities and fuctionnings, and each at a level that constitutes a life worthy of equal human dignity in the modern world », (VENKATAPURAM S., *HJ*, p. 143).

[780] *Ibid,* p. 101.

De plus, cette approche permet de mettre en avant les intérêts des individus les plus sévèrement handicapés sur le plan physique et mental dans les discussions sur les principes de base de la justice sociale. Il ne s'agit en effet pas seulement de définir comment ces personnes doivent être traitées et bénéficier d'un accès aux soins, mais également de s'intéresser aux conditions sociales permettant de prévenir la survenue des handicaps répondant à une distribution sociale inégale. C'est ainsi une conception dynamique de la santé que propose Venkatapuram puisque l'articulation entre la méta-capabilité d'être en bonne santé et les dix capabilités humaines de base s'inscrit dans un flux permanent d'interactions entre elles, modelées par des facteurs biologiques et environnementaux complexes qui se trouvent également en interaction permanente. Les interactions sociales et l'interdépendance sont également prises en compte par la capabilité d'être en bonne santé puisque les dix capabilités humaines de base sont pleinement orientées var la possibilité de mener des relations sociales épanouies. Inversement, le rôle délétère d'interactions sociales négatives, telles que la discrimination, le rejet ou l'isolement social se trouve pris en compte en tant que déterminant social de la santé.

L'objectif de maintenir une répartition équitable de la méta-capabilité d'être en bonne santé nous enjoint à préserver les capabilités humaines de base et donc à favoriser des interactions sociales épanouissantes. De même, la capabilité d'être en bonne santé comprend selon Venkatapuram à la fois la santé physique et la santé mentale puisque les capabilités de base s'intéressent à la raison, aux émotions, à l'imagination ou aux interactions sociales, autant de processus qui sont en interaction directe avec l'état de santé mentale d'un individu, sans être pour autant agrégée derrière la notion trop large de bien-être. Enfin, la capabilité d'être en bonne santé, en tant que droit fondamental, constitue selon le terme de Judith Jarvis Thomson un « droit agrégé » (*cluster-right*), c'est-à-dire un « droit comprenant des droits » (*a right that*

contains rights)[781]. Ce concept comprend l'idée d'un droit qui ne soit pas une revendication unique mais une combinaison de revendications, de privilèges, de libertés, de pouvoirs ou d'immunités. Les dix capabilités de bases peuvent ainsi constituer autant de droits qui possèdent un seuil propre qui permet de prendre en compte les différences interindividuelles. La possibilité d'atteindre un niveau précis de capabilité va ainsi dépendre de chacune des capabilités et des individus. Ce concept valide à ce titre la notion de méta-capabilité car elle permet d'envisager la capabilité d'être en bonne santé comme un ensemble de besoins à satisfaire, d'opportunités, de pouvoirs, de protections, etc… qui se trouvent non pas isolés, mais reliés les uns aux autres via les dix capabilités de base.

7.3.4. INTERET ET CRITIQUES DE L'APPROCHE DE LA SANTE COMME META-CAPABILITE

7.3.4.1. INTERETS DE L'APPROCHE PAR LES CAPABILITES

L'approche proposée par Sridhar Venkatapuram a comme intérêt principal de chercher à articuler de manière précise la définition de la santé proposée par Nordenfelt et l'approche de la justice sociale par les capabilités, pour permettre de proposer un cadre pertinent de compréhension des enjeux de justice sociale en santé. En s'appuyant sur l'approche normativiste de Nordenfelt basée sur la notion de buts vitaux, Venkatapuram peut articuler la théorie des capabilités avec la définition de la santé donnée par la théorie holistique de la santé. A l'inverse de Daniels, Venkatapuram discute et définit précisément les aspects épistémologiques inhérents à la problématique de la justice sociale en santé à partir d'une définition structurée de la santé. Les notions de buts vitaux définie par Nordenfelt et les

[781] In VENKATAPURAM S., *HJ*, p. 162.

capabilités humaines de bases formulées par Nussbaum peuvent ainsi s'articuler pour permettre de définir la santé comme la méta-capabilité d'être en bonne santé.

De plus, Venkatapuram se montre précis sur la notion de déterminants sociaux de santé qu'il envisage comme des facteurs de risque d'altération de la santé des individus en prenant en compte les données épidémiologiques concernant les gradients de santé à l'échelle collective et individuelle. Venkatapuram consacre en effet un chapitre dédié à la distribution inégale de la morbidité et de la mortalité liée aux inégalités sociales de santé décrites notamment dans le rapport Black. Venkatapuram plaide pour la prise en compte des inégalités sociales de santé à l'échelle collective, au travers des données de l'épidémiologie sociale, mais également à l'échelle individuelle en s'intéressant aux différents processus par lesquels l'environnement social modifie l'état de santé des individus. L'impact génétique de l'environnement social, ses effets psychosociaux sur l'individu, son influence sur les comportements et sur l'environnement matériel de ce dernier sont en effet autant de processus à appréhender dans la compréhension des déterminants sociaux de la santé.

Enfin, à l'inverse des théories rawlsiennes, l'approche par les capabilités ne s'inscrit pas dans le cadre restreint d'une société donnée dont les agents contractuels ont communément basé leur conception de la justice à l'intérieur même des frontières de cette société[782]. L'approche par les capabilités s'inscrit en effet dans l'idée qu'une théorie de la justice doit être informée des enjeux extra-sociétaux (*extra-societal issues*) dès le départ. Venkatapuram souligne par ailleurs que la santé constitue un enjeu transnational, qu'il s'agisse des épidémies ou pandémies qui vont toucher tout ou partie du globe et nécessiter des réponses internationales ou dans le cas des interventions humanitaires lorsqu'un pays se trouve dans l'incapacité de fournir les capabilités humaines de bases à ses membres. Ainsi, une théorie de la justice sociale en santé

[782] « Whether referring to peoples, societies or nation-states, Rawls and others base their conception of social justice on the social contract tradition that conceives of individuals as having distinctly different rights and obligations within their societal borders versus outside » (*Ibid,* p. 219).

basée sur l'approche par les capabilités peut être considérée, selon Venkatapuram, comme une théorie cosmopolite de la justice (*cosmopolitan justice*) et de la santé, à l'inverse de la théorie de Norman Daniels qui s'inscrit *a priori* dans le concept sociétal rawlsien de la justice[783]. Cette approche cosmopolite permet de s'inscrire au coeur des enjeux de la santé mondiale (*global health*) qui est définie comme un « domaine d'étude vaste ayant trait à l'accès aux soins et à l'amélioration de la santé pour tous les individus à travers le monde »[784].

7.3.4.2. CRITIQUES DE LA SANTE COMME META-CAPABILITE

En 2016, la revue *Bioethics* a consacré un numéro dédié à une réflexion critique autour de l'ouvrage de Sridhar Venkatapuram portée à la fois par des spécialistes de la philosophie de la santé et de la justice sociale. La principale critique repose sur l'apport original de Venkatapuram d'inclure l'environnement social au cœur de la définition qui est faite de la santé et de la capabilité d'être en bonne santé. En effet, prendre en compte l'environnement comme le fait Venkatapuram dans sa définition de la santé entraîne la possibilité de considérer le fait de vivre dans de mauvaises conditions sociales comme un état de mauvaise santé, ce qui s'avère en réalité n'être en rien synonyme. Pour plusieurs auteurs, il est par ailleurs problématique de proposer une définition de la santé comme capabilité et, davantage encore, en tant « méta-capabilité » qui serait une condition de base pour les autres capabilités. Un des risques serait notamment de considérer que les autres capabilités ne pourraient être atteintes pour une personne en mauvaise santé, ce alors que la maladie n'empêche pas forcément de jouir de ses sens ou d'accéder à la raison pratique. Nous nous concentrerons sur les critiques les plus pertinentes pour notre cadre précis de réflexion sur la santé mentale des personnes migrantes.

[783] Nous verrons dans le chapitre suivant que cette critique à l'égard de Daniels est en réalité peu pertinente car il consacre également dans Health Justice un chapitre aux enjeux de justice internationale en santé et de santé mondiale.

[784] https://espum.umontreal.ca/etudes/domaines-detudes/sante-mondiale/.

Pour répondre aux objections formulées, le philosophe américain Henry Richardson propose une forme d'amendement à la théorie de Venkatapuram afin de rendre plausible sa définition de la santé comme méta-capabilité, en considérant la santé comme « méta-capabilité pour les capabilités humaines centrales (*central human capabilities*) qui sont basées uniquement sur les processus corporels involontaires (*non-voluntary bodily processes*) »[785]. Richardson critique en effet la théorie de Venkatapuram pour sa faible capacité à discriminer la santé d'autres notions centrales dans la théorie des capabilités, telles que l'éducation, l'amitié ou le revenu. En considérant les dix capabilités de bases décrites par Nussbaum, la santé ne peut être ni *la* méta-capabilité de posséder les capabilités de base ni *une* méta-capabilité de les posséder. Richardson propose une approche de la santé comme un *aspect* de la méta-capabilité de posséder les capabilités de base. Il s'agit de l'aspect corporel non-volontaire (*bodily, non-voluntary*) de la méta-capabilité, qui s'articule avec d'autres aspects tels que l'amitié, la richesse ou l'éducation. Envisager un aspect biologique et involontaire pour définir la santé pose, selon Richardson, la question de la prise en compte des troubles mentaux dans cette approche de la santé. En effet, il pourrait être argué que les pathologies mentales ne reposent pas sur des atteintes corporelles et que certains comportements, comme les addictions, ne sont pas complètement involontaires. Pour Richardson, l'approche qu'il propose est compatible avec les troubles mentaux puisque les substrats biologiques les sous-tendant sont aujourd'hui de mieux en mieux connus et constituent, y compris dans les addictions, un aspect à la fois corporel et non-volontaire de leur survenue. Ainsi, considérer la santé comme l'aspect organique involontaire de la méta-capabilité permettrait de prendre en compte à la fois les troubles physiques et mentaux.

[785] RICHARDSON H.S. (2016). Capabilities and the definition of health: comments on Venkatapuram. *Bioethics*, *30*(1), 1–7.

En revanche, le philosophe suédois Per-Anders Tengland adopte une position radicale quant à la possibilité d'envisager la santé comme une capabilité, qu'il considère comme inadéquate[786]. En effet, selon Tengland la santé ne peut être considérée comme une capabilité et encore moins en tant que méta-capabilité, mais plutôt comme une condition d'exercice des différentes capabilités de base. Il propose en effet de considérer la santé comme une *part* nécessaire des dix capabilités de base. Considérer la santé comme capabilité et donc comme potentialité d'exercice de capacités revient à opérer deux erreurs conceptuelles et pratiques : a) la santé ne peut pas être un bien *potentiel* mais un bien qui doit être *actuel*, b) l'état de santé peut dépendre en partie de l'environnement, sans que les conditions environnementales et sociales ne doivent nécessairement entrer directement en compte dans la définition de la santé. Tengland rappelle que les capabilités représentent à la fois les conditions d'exercice d'une ou plusieurs capacités et les conditions externes rendant possible l'expression de ces capacités. Au contraire, être en bonne santé ne consiste pas à être capable d'acquérir la capacité d'arriver à atteindre un but, mais d'être en capacité d'utiliser ici et maintenant des capacités préalablement acquises. La capabilité correspond à la fois en la capacité d'arriver à atteindre un état souhaité et avoir acquis cet état de manière à ce qu'il puisse être utilisé ici et maintenant. A ce titre, santé et capabilité ne peuvent être synonymes et la santé ne peut constituer qu'une part des capabilités de base. De plus, si inclure l'environnement dans la définition des capabilités est pertinent et qu'envisager la problématique des inégalités sociales de santé l'est tout autant, cela ne signifie qu'il soit nécessaire d'inclure l'environnent dans la définition de la santé, au risque de la rendre beaucoup trop large. Tengland rappelle ainsi que les déterminants sociaux de santé doivent être considérés comme des déterminants de la santé, et non comme la santé elle-même. La santé demeure un état individuel, dépendant de l'environnement, sans qu'il n'en fasse cependant

[786] TENGLAND P.A. (2016). Venkatapuram's capability theory of health: a critical discussion. *Bioethics*, *30*(1), 8–18.

complétement partie. Tengland prend l'exemple de la malnutrition, qui selon la définition de Ventakapuram ne constituerait pas un état de mauvaise santé, alors que le serait en revanche le fait de ne pouvoir apprendre à se nourrir. En effet, la perte de la capabilité à être normalement nourri (capacité de second-ordre) serait considérée comme pathologique dans la théorie de Venkatapuram davantage que le fait même d'être dénutri (capabilité de premier-ordre) puisque l'accent est mis sur la capabilité d'être en bonne santé.

Le philosophe anglais Thomas Schramme identifie pour sa part deux limites principales à la théorie de Sridhar Venkatapuram, qu'il appelle respectivement le problème métrique (*the metric problem*) et le problème du seuil (*the threshold problem*)[787]. Le problème métrique repose sur la difficulté de la théorie de la capabilité d'être en bonne santé à distinguer ce qui constitue les biens qui doivent être disponibles pour répondre aux enjeux de justice. Schramme rappelle en effet qu'une théorie de la justice sociale, en reposant sur la notion d'inégalité, doit nous permettre de fixer un étalon de mesure à partir duquel il est possible de faire des comparaisons entre les individus ou les groupes[788]. Si Venkatapuram utilise les capabilités comme étalon de base pour la justice sociale, Schramme considère qu'il s'agit d'une « devise » trop large, ce d'autant qu'il la synthétise sous la notion de méta-capabilité. Cette question d'étalon de mesure se pose également dans le champ de la santé publique, puisque la désignation d'un déterminant social de la santé nécessite en effet, de reposer sur des statistiques qui permettent d'établir des niveaux précis de risque en fonction du niveau d'exposition au facteur impliqué. De la même manière, les niveaux selon lesquels une capabilité de base va impliquer ou non la santé d'un individu devrait être mieux précisés et reposer sur des mesures détaillées, permettant de distinguer comment chacune des capabilités de base pourra, à l'échelle

[787] SCHRAMME T. (2016). The metric and the threshold problem for theories of health justice: a comment on Venkatapuram. *Bioethics*, *30*(1), 19–24.

[788] Schramme évoque notamment le terme « d'espace d'évaluation » (*evaluative space*) utilisé par Amartya Sen ou celui de « devise » de justice sociale (*currency of social justice*) développé par Jerry Cohen.

populationnelle et individuelle, constituer un bien social nécessaire pour préserver la capabilité d'être en bonne santé. Or, le parallèle qu'établit Venkatapuram entre les déterminants sociaux de la santé et les capabilités humaines de bases nous éloigne encore davantage de la possibilité d'un étalon de mesure en matière de justice sociale puisqu'aucun outil de mesure n'est envisagé.

Le problème du seuil quant à lui s'inscrit dans l'absence de définition par Venkatapuram d'un seuil précis qui permette de distinguer la maladie de la bonne santé, au risque d'une expansion du champ que Schramme appelle « le santéisme » (*healthism*). Selon Schramme, la théorie de la capabilité d'être en bonne santé pose à la fois un problème de seuil qualitatif et de seuil quantitatif. Sur le plan qualitatif, Venkatapuram semble solutionner cette question en considérant que les conditions sociales nécessaires pour vivre une vie décente correspondent à la capabilité d'être en bonne santé. Sur le plan quantitatif, Venkatapuram ne fait pas mention de ce qui peut constituer un seuil à partir duquel on peut considérer que quelqu'un possède ou non un niveau suffisant de capabilités humaines de base, et laisse l'évaluation de ce seuil dépendre des sociétés, au risque d'un relativisme culturel majeur. La question du seuil se pose également dans l'autre sens, à savoir jusqu'où il est nécessaire de viser l'accès aux capabilités humaines de base pour les individus. Ne pas atteindre le plus haut niveau possible de capabilités humaines de base est-il mauvais pour la santé ? Inversement, pourrait-il être délétère d'atteindre un trop haut niveau de capabilités humaines de bases ? En utilisant une définition de la santé très large, qui s'éloigne de la distinction entre santé et maladie, Venkatapuram rend peu clair, selon Schramme, la possibilité d'établir ces seuils et donc de proposer une théorie qui réponde à la fois aux enjeux en termes de philosophie de la santé (comprendre la santé et la maladie) et de justice sociale (établir les conditions d'une société juste).

Enfin, Eszter Kollar, Sebastian Laukötter et Alena Buyx soulignent que la théorie de la santé comme méta-capabilité répond davantage à un impératif humanitaire qu'à une

problématique de justice sociale[789]. En effet, ces auteurs retiennent deux points centraux manquant dans l'approche par les capabilités, à savoir une définition précise de ce qu'est l'injustice et un argumentaire autour de la notion d'obligation[790]. La théorie des capabilités en santé proposé par Venkatapuram se trouverait ainsi dans l'incapacité de distinguer entre les défauts de santé causé par des déterminants sociaux défavorables et celles dues à des circonstances malheureuses pour lesquelles personne ne peut être considéré comme responsable. La théorie de la justice en santé de Daniels semble à ce titre davantage répondre à cette difficulté en définissant clairement la notion d'injustice. Daniels écrit ainsi que « les inégalités de santé entre des groupes sociaux sont considérés comme injustes quand ils résultent d'une distribution injuste de déterminants sociaux contrôlables qui affectent la santé des populations et sa distribution »[791]. Tandis que les principes d'humanité sont basés sur des objectifs ('*goal-based'*) en termes de bien-être en visant à diminuer la détresse et le désavantage social, les principes de justice sont quant à eux basés sur des droits ('*rights based'*) et s'intéressent au fait que des membres de la société aient des obligations à l'égard d'autres de ses membres. Kollar, Lauttöker et Buyx critiquent l'utilisation, à leur sens partielle, que fait Venkatapuram des déterminants sociaux de santé en insistant uniquement sur leur rôle empirique et non sur leur rôle normatif, à savoir les obligations qu'ils entraînent du point de vue de l'allocation des ressources. La définition précise de ce qu'est une inégalité injuste s'avère dès lors nécessaire en vue de pouvoir fonder une approche normative de la justice en santé. A ce titre, la théorie de Norman Daniels semble mieux répondre à cet impératif normatif selon ces trois auteurs, en proposant une définition claire de l'injustice et en discutant dans le même temps l'obligation de justice corrective qui se déploie face aux inégalités de santé.

[789] KOLLAR E., LAUKÖTTER S., & BUYX A. (2016). Humanity and justice in Global Health: problems with Venkatapuram's justification of the Global Health duty. *Bioethics*, *30*(1), 41–48.

[790] « The capabilities approach in its prominent current shape lacks crucial elements of a theory of justice, such as an account of injustice and an account of obligation » (*Ibid*, p. 43).

[791] DANIELS N. *JH*, p. 334.

Ainsi, de nombreuses critiques ont été formulées à l'égard de l'extension que propose Venkatapuram de l'approche par les capabilités à la santé. Tout d'abord, le caractère non contraignant de sa théorie de la santé comme méta-capabilité constitue une limite importante du modèle qu'il propose. En effet, la discussion que mène Venkatapuram sur la pertinence de considérer ou non la santé comme un droit fondamental n'indique nullement comment sa théorie doit s'appliquer concrètement dans l'organisation des systèmes de santé ou dans la relation de soin. Si Venkatapuram énonce clairement sa volonté que sa théorie de la santé par les capabilités puisse informer les politiques de santé, force est de constater qu'en l'état actuel, son approche a comme limite principale de ne pouvoir apporter des réponses concrètes aux décideurs ou aux professionnels de santé. De plus, s'il décrit de manière précise la notion de déterminant social de santé, plusieurs auteurs ont souligné le risque inhérent à la définition de la santé comme méta-capabilité de rendre la frontière entre le normal et le pathologique plus floue que ne l'envisage initialement Venkatapuram. Alors qu'il cherche à définir un modèle théorique qui se veut précis sur la distinction entre le normal et le pathologique à partir de la théorie de Nordenfelt, ainsi qu'entre les déterminants sociaux de la santé et leurs effets sur la santé, le constat est que cette notion de méta-capabilité réintroduit un flou conceptuel et pratique dans la définition de la santé et de la maladie. Plusieurs auteurs ont souligné la difficulté à identifier si l'objet principal de la justice sociale repose chez Venkatapuram sur la bonne santé ou sur la capabilité d'être en bonne santé[792], voire sur « la capabilité d'avoir la capabilité d'être en bonne santé » puisque la santé est considérée comme un méta-capabilité qui englobe et subsume les autres capabilités de base. Per-Anders Tengland souligne notamment qu'en matière de justice sociale en santé on ne peut se contenter de viser à offrir aux plus démunis la

[792] « The claim that there is an entitlement to the capability for health rather than an entitlement to health itself is thus not required to establish an entitlement to social bases of health. » (SELGELID M.J. (2016). Capabilities and incapabilities of the capabilities approach to health justice. *Bioethics*, *30*(1), 25–33, p. 33).

possibilité d'être en bonne santé, mais bien le fait d'être en bonne santé[793]. Distinguer ainsi ce qui relève de la lutte contre les effets délétères des déterminants sociaux de santé et de l'amélioration effective de la santé des populations est primordial car une politique de santé ne saurait se satisfaire de ses résultats si elle n'entraîne aucun impact réel sur l'état de santé des populations. Ainsi, le fait de mettre la capabilité d'être en bonne santé au cœur de la justice sociale en santé s'avère discutable et plus limité que la mise en avant des besoins de santé des populations, de fonctionnement normal ou d'opportunités comme le fait Norman Daniels. Ainsi, les critiques formulées à l'égard de l'approche de la santé par les capabilités que propose Venkatapuram tendent à montrer la plus grande pertinence de l'approche de Daniels à répondre adéquatement aux enjeux de justice sociale en santé.

[793] « Thus, to have a capability, as distinct from health, is both to be able (and to have the opportunity) to acquire a desired state, for example, an education, and having acquired it and being in a state where it could be used, here and now » (TENGLAND P.A., *op.cit*., p. 14).

7.4. APPROCHE TRIDIMENSIONNELLE DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

Récemment, le chercheur en sciences infirmières Arnel Borras a développé dans un article intitulé *Toward an Intersectional Approach to Health Justice*[794] une triple approche des dimensions de la justice en santé en reprenant la topologie de la philosophe Nancy Fraser qui distingue, en sus des enjeux de justice redistributive, ceux liés à la reconnaissance et à la représentation sociale.

7.4.1. L'APPROCHE TRIDIMENSIONNELLE DE LA JUSTICE SOCIALE

Nancy Fraser a proposé une première théorie bidimensionnelle de la justice sociale qui prend en compte à la fois les enjeux distributifs et ceux liés à la reconnaissance en partant du constat de l'existence d'un dilemme entre redistribution et reconnaissance qu'elle juge impossible de faire disparaître ou de résoudre. Selon Fraser, on ne peut au mieux que tendre à minimiser la tension entre ces deux dimensions de la justice en cherchant à proposer une approche qui poursuive simultanément les deux[795]. En effet, les approches centrées sur la reconnaissance vont faire appel à la valorisation de la spécificité de groupes culturels ou sociaux, dont il s'agira de reconnaître les particularités et les attentes propres, tandis que les approches centrées sur la redistribution vont au contraire s'attacher à abolir les dispositifs économiques qui tendent à créer des différences iniques entre certains groupes culturels ou sociaux. Ainsi, la reconnaissance appelle à des mesures transformatives qui soulignent les

[794] BORRAS A.M. (2021). Toward an intersectional approach to health justice. *International Journal of Health Services*, *51*(2), 206–225.

[795] « Le dilemme redistribution/reconnaissance est réel. Il n'y a pas d'exercice théorique qui permette de le faire disparaître ou de le résoudre. Tout au plus peut-on l'atténuer en trouvant des approches qui minimisent la tension entre la redistribution et la reconnaissance lorsque ces deux objectifs doivent être poursuivis simultanément. » (FRASER N., *QJS*, p. 40).

spécificités de groupes, tandis que la redistribution s'inscrit dans une dimension corrective qui se veut davantage universelle et plus aveugle aux différences culturelles ou sociales. Ces types de mesures différentes peuvent mener à des impasses, puisque la transformation peut empêcher la correction, tandis que la correction n'amène pas nécessairement de mesures transformatrices.

Fraser prend l'exemple du genre et de la race comme paradigme des doubles enjeux de justice sociale et de l'impossibilité de les réduire à une seule dimension d'injustice. Elle décrit en effet comment l'accent porté sur les questions de reconnaissance ou de redistribution et les solutions qui sont proposées pour y remédier peuvent mener à des réponses contradictoires. En effet, des mesures redistributives correctives vont tendre à soutenir partiellement la différenciation entre les groupes de genre ou de race tout en entraînant une tendance au déni de reconnaissance, tandis que les mesures correctives en termes de reconnaissance vont réallouer les identités de groupes et affirmer leur différenciation. Dans le même temps, des approches plus transformatives vont tendre à réallouer en profondeur les identités de groupe sur le plan de la redistribution et de la reconnaissance, au prix de la différenciation entre les groupes. Ainsi, alors que les approches actuelles de la reconnaissance penchent en faveur d'une reconnaissance de la différenciation entre les groupes, viser une réelle transformation des systèmes de domination qui sont à l'œuvre dans les processus de déni de reconnaissance amène, selon Fraser, à une déstabilisation de la différenciation entre les groupes. Lutter contre les injustices salariales en fonction du genre peut se faire de manière corrective, au risque d'un déni de reconnaissance à l'égard du groupe des femmes qui pourrait se considérer comme assistées et privilégiées, sans transformer en profondeur les rapports de domination hommes/femmes. Transformer en profondeur ce système de domination nécessite d'en passer par une refonte radicale des rapports hommes/femmes et de la place du genre dans la société, en abolissant à terme la notion de différenciation de groupe, ce qui apparaît plutôt éloigné des revendications actuelles de la plupart des mouvements féministes. De même, dans le cas du racisme, les

mesures correctives en termes de redistribution ou de reconnaissance n'amènent pas une transformation radicale du système de racisme systémique et peuvent entraîner des préjugés négatifs à l'égard des personnes de couleur au risque d'un mépris et d'un déni de reconnaissance. Encore une fois, les politiques transformatives apparaissent plus efficientes à long terme en visant une modification profonde des structures de domination raciale, mais qui se trouvent éloignée de la reconnaissance des différences de groupe le plus souvent prônée par les mouvements de défense des droits des personnes racialisées.

Partant de ce constat, Fraser a proposé dans un premier temps une approche bidimensionnelle de la justice sociale qu'elle articule autour de la notion de « parité de participation sociale » qui permet de prendre en compte concomitamment les enjeux de distribution économique inique et les enjeux de reconnaissance liée à la volonté d'expression des différences sociales et culturelles. Pour Fraser, le point commun entre les formes d'injustice sociales liées à la distribution inique et au déni de reconnaissance se trouve dans l'incapacité qui est faite aux victimes d'injustice sociale d'obtenir un statut social paritaire et égal à celui d'autres membres de la société[796]. La redistribution inégale des ressources économiques entraîne la négation pour les personnes concernées de leur capacité à interagir avec les autres en tant que pairs, tandis que le déni de reconnaissance empêche de leur accorder un statut de participation égale à celle des autres membres. Pour Fraser, dans sa première théorie bidimensionnelle de la justice, il s'agit alors de prendre en compte à la fois les enjeux de reconnaissance et de redistribution en les articulant par le biais de la parité de participation, sans réduire une des deux formes d'injustice sociale sous le primat de l'autre.

La possibilité de la parité de participation nécessite selon Fraser deux conditions qu'elle décrit comme « objective » et « intersubjective ». La première est constituée par l'éradication

[796] « Selon cette notion, la justice requiert des dispositions sociales telles que chaque membre (adulte) de la société puisse interagir en tant que pair avec les autres » (*Ibid*, p. 53).

des formes d'inégalité matérielle et de dépendance économique qui entravent la parité de participation, répondant principalement aux enjeux de justice distributive. La seconde comprend le bannissement des modèles culturels qui déprécient de manière systématique certaines catégories ou certains groupes de personnes et, de fait, les qualités qui leur sont associées. Fraser souligne que la parité de participation est une norme universaliste qui laisse la possibilité de considérer le besoin de reconnaissance de la particularité de l'individu ou du groupe ou bien la reconnaissance d'une commune humanité. En tant que remède à l'injustice, la reconnaissance qu'engage l'objectif de parité de participation peut prendre la forme de la reconnaissance universelle lorsque la commune humanité d'un individu ou d'un groupe est niée et celle de la reconnaissance de la différence lorsque c'est la particularité qui est niée. Le « dualisme perspectiviste » proposé par Fraser vise dès lors à « prendre en considération à la fois la redistribution et la reconnaissance, sans réduire l'une à l'autre »[797].

Dans son article *Reframing justice in a globalizing World*,[798] Fraser fait le constat de l'inadaptation du modèle bidimensionnelle de la justice sociale aux enjeux soulevés par l'ère de la mondialisation. Les problématiques migratoires tendent en effet à amener les états à redéfinir les contours juridiques du droit des étrangers et des nationaux, autour de la question fondamentale de savoir qui peut jouir ou non du droit d'accéder à une distribution juste des ressources et à une reconnaissance réciproque[799]. La dimension politique apparaît dès lors centrale dans la question de la justice sociale, puisqu'elle permet d'établir les critères selon lesquels telle ou telle personne pourra ou non faire valoir son droit à la redistribution et à la

[797] *Ibid*, p. 66.

[798] FRASER N. (2009) Reframing justice in a globalizing World. *Lua Nova: Revista de Cultura e Poltica*, 11-39

[799] « Establishing criteria of social belonging, and thus determining who counts as a member, the political dimension of justice specifies the reach of those other dimensions: it tells us who is included, and who excluded, from the circle of those entitled to a just distribution and reciprocal recognition. Establishing decision rules, likewise, the political dimension sets the procedures for staging and resolving contests in both the economic and the cultural dimensions: it tells us not only who can make claims for redistribution and recognition, but also how such claims are to be mooted and adjudicated » (*Ibid*, p. 238).

reconnaissance, mais également comment ces demandes devront être opérées et arbitrées. La notion de représentation sociale se trouve ainsi engagée au cœur de cette dimension politique, autour de l'appartenance sociale à un groupe considéré comme légitime pour réclamer la redistribution et la reconnaissance mais également des procédures qui vont encadrer et réguler les processus de contestation ainsi que l'arbitrage des décisions concernant la contestation. Le défaut de représentation sociale (*misrepresentation*) constitue selon Fraser une troisième forme d'injustice qui, si elle tend à y être fortement liée, n'est réductible ni au défaut de redistribution, ni au manque de reconnaissance.

De plus, dans le cadre de la théorie de la justice sociale que propose Fraser sous l'angle de la parité de participation sociale, il convient de considérer qu'il existe des obstacles d'ordre politique à la parité qui n'entrent ni dans le cadre d'enjeux de redistribution économique ni de reconnaissance culturelle. La délimitation du groupe social des personnes considérées comme légitimes exclue-t-telle injustement des personnes qui ont vocation à la représentation ? Les règles de la communauté ou de l'État accordent-elles une voix égale dans les délibérations publiques et une représentation juste à l'ensemble des leurs membres ? En dehors des enjeux de reconnaissance ou de redistribution, cette dimension politique de l'accès à la représentation sociale, induit une catégorie d'injustice qui s'inscrit dans le défaut de représentation et intervient dès lors que les frontières politiques ou les règles de décision nient à certaines personnes la possibilité de participer sur un pied d'égalité avec d'autres membres de la société dans l'interaction sociale. Deux formes de défaut de représentation peuvent être distinguées, le défaut politique ordinaire de représentation (*ordinary-political misrepresentation*) et le « défaut de cadrage » (*misframing*). La première interroge les systèmes politiques ordinaires et leur capacité à prendre en compte les avis de leurs membres ou leur tendance à nier au contraire la possibilité de participer à certains de leurs membres. La seconde, davantage corrélée aux enjeux de mondialisation, découle de la délimitation par les systèmes politiques contemporains des

frontières entre les personnes qui sont totalement exclues de la possibilité de participer. En instituant des membres et des non-membres, le plus souvent désignés sous l'étiquette de nationaux et de non-nationaux ou de légaux et d'illégaux, les systèmes politiques excluent de fait des groupes entiers de la communauté des personnes légitimes à être considérés sur le plan de la redistribution, de la reconnaissance, et de la reconnaissance politique de premier ordre.

Le *misframing* constitue une sorte de méta-injustice puisqu'elle implique l'impossibilité pour les personnes concernées de réclamer l'accès aux enjeux de justice de premier ordre, dont la reconnaissance et la redistribution. Il ne s'agit plus de s'intéresser au « comment ? » de la justice sociale, qui interroge les moyens mis en œuvre pour lutter contre les injustices, mais au « qui ? », à savoir quelle sont les personnes légitimes pour bénéficier de la justice sociale. Fraser désigne cependant une troisième forme de défaut de représentation, qu'elle considère comme étant une forme métapolitique, qui s'inscrit dans la négation de la possibilité de participer aux délibérations sur le cadrage (*frame-setting*) des frontières de la communauté jugée comme légitime (le « qui ? » de la justice sociale par représentation). Fraser argumente alors en faveur d'une approche tridimensionnelle de la justice sociale qui articule la dimension culturelle de reconnaissance, la dimension économique de redistribution et la dimension politique de représentation sociale[800]. La prise en compte de ces trois dimensions de justice permet selon Fraser d'envisager de répondre aux enjeux contemporains de l'injustice sociale en luttant contre la redistribution inique, le déni de reconnaissance et le défaut de participation sociale. Prendre en compte le « quoi ? », le « comment ?» et le « qui ? » de la justice sociale constitue en effet une voie pertinente et nécessaire en vue de répondre de manière exhaustive aux injustices observées dans un monde globalisé[801].

[800] « Incorporating the political dimension of representation alongside the economic dimension of distribution and the cultural dimension of recognition. » (*Ibid*, p. 236).

[801] « Democratic processes of determination must be applied not only to the "what" of justice, but also to the "who" and the "how". In that case, by adopting a democratic approach to the "how", the theory of justice

7.4.2. EXTENSION AUX DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

Borras s'appuie sur l'approche tridimensionnelle décrite par Fraser et argumente son intérêt dans le champ de la santé pour permettre de répondre adéquatement aux inégalités sociales de santé et à leurs causes multiples. Borras distingue en effet au sein des déterminants sociaux de santé les trois dimensions décrites par Fraser de manque de juste redistribution, de défaut de reconnaissance et défaut de représentation sociale. Prenant l'exemple du racisme et de ses effets délétères sur la santé, Borras décrit les effets négatifs d'une distribution injuste sur le plan socioéconomique pour les personnes racialisées (difficultés d'accès à l'emploi, au logement, à l'éducation…), ainsi que le déni de reconnaissance de leurs cultures, croyances et valeurs auquel elles se trouvent confrontées. Par ailleurs, le racisme structurel et les politiques néolibérales entraînent également, selon Borras, le maintien de rapport de domination politique et sociale de personnes racialisées qui va favoriser le maintien d'une distribution injuste des déterminants sociaux de santé par l'organisation du marché du travail, de la société civile et du champ politique.

Borras propose le tableau suivant pour décrire l'approche tridimensionnelle des déterminants sociaux de la santé :

assumes a guise appropriate to a globalizing world: dialogical on every level, meta-political as well as ordinary-political. » (*Ibid*, pp. 251-252).

Sphères de justice en santé	Attentes en termes de justice en santé	Champ d'action de la justice en santé	Type d'injustice à corriger
Redistribution	Redistribution économique	Intérêt de classe	Distribution économique injuste
Reconnaissance	Reconnaissance culturelle	Identité de groupe : race, ethnicité, genre ou nationalité	Défaut de reconnaissance culturelle
Représentation sociale	Représentation politique	Politiques de la représentation	Défaut de représentation politique

TABLEAU 1. TRIPLE APPROCHE DE LA JUSTICE SOCIALE EN SANTE (ADAPTE DE BORRAS, 2021[802])

Ainsi, Borras plaide pour une approche intersectionnelle de la justice sociale en santé qui intègre des analyses, des stratégies et des interventions prenant en compte les sphères économiques, culturelles et politiques respectivement liées à la redistribution, à la reconnaissance et à la représentation. Selon lui, seule une approche prenant en compte l'ensemble des enjeux de justice sociale liés à la santé est à même d'apporter des réponses adaptées et effectives à la problématique des inégalités sociales de santé. Pour autant, il convient de souligner que malgré sa description tridimensionnelle des déterminants sociaux de la santé, Borras ne décrit pas comment ces trois dimensions de justice sociale en santé doivent s'inscrire dans les systèmes de santé ou dans la pratique professionnelle en vue de limiter les effets délétères des déterminants sociaux de la santé. Il ne propose pas non plus de théorie spécifique de la justice sociale en santé, se contentant de s'appuyer sur l'approche de Fraser pour classer les différents types d'injustice sociale en santé et identifier les objectifs des réponses sociales nécessaires face à ces injustices. Or, les théories de Nancy Fraser ne s'intéressent pas particulièrement à la santé, et encore moins à la santé mentale, si bien qu'il

[802] BORRAS A.M. (2021), *op.cit*, p. 261.

demeure nécessaire de discuter plus en détail l'intérêt des approches existantes dans le champ de la justice sociale en santé pour répondre adéquatement aux enjeux précédemment soulevés.

7.5. CONCLUSION

L'existence d'inégalités sociales de santé, basées sur la répartition injuste des déterminants sociaux de la santé, invite à envisager la santé comme un enjeu de justice sociale. Les approches distributives de la justice sociale ont récemment bénéficié d'extension au domaine de la santé, permettant à la fois d'opérer une redéfinition des notions de santé et de maladie à l'aune des inégalités sociales de santé, mais également d'étendre les approches rawlsiennes ou seniennes de la justice sociale dans une domaine d'application pratique. Norman Daniels a proposé une extension des théories de la justice comme équité qui permet de s'appuyer sur l'équitable égalité des opportunités en considérant la bonne santé et le fonctionnement normal comme une condition nécessaire à la préservation pour un individu de sa gamme normale d'opportunités. L'idée de Daniels que « la justice sociale est bonne pour la santé » repose en effet sur le principe selon lequel viser à maintenir l'opportunité induit une obligation de mener des politiques publiques cherchant à lutter contre les inégalités sociales de santé pour maintenir une égale équité des opportunités.

Sridhar Venkatapuram, dans une approche critique de la théorie proposée par Daniels, a opéré une extension de la théorie par les capabilités en santé amenant à considérer la capabilité d'être en bonne santé comme une méta-capabilité parmi les dix capabilités humaines de bases décrite par Martha Nussbaum. Cette approche de la santé, centrée sur la répartition équitable de la capabilité d'être en bonne santé comme capabilité centrale permettant de vivre une vie digne d'être vécue, s'articule avec la théorie holistique de la santé proposée par Nordenfelt. Elle permet notamment de prendre en compte de manière dynamique les interactions entre l'individu et son environnement social en ne s'arrêtant ni aux seuls soins de santé, ni aux seules ressources matérielles.

Ces deux approches, si elles ont l'avantage de proposer une définition de la santé qui intègre les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé, possèdent des limites dans leurs capacités respectives à proposer une théorie pertinente de la justice sociale en santé mentale. Le manque de précision de Norman Daniels quant à sa définition de la santé ou l'absence d'obligations pour les individus ou les institutions dans la théorie de Venkatapuram constituent par exemple des manquements importants qu'il est nécessaire de dépasser.

L'approche tridimensionnelle des déterminants sociaux de la santé récemment proposée par Arnel Borras, à partir de la théorie de la justice sociale de Nancy Fraser, ouvre des pistes intéressantes pour envisager la santé mentale des personnes migrantes au prisme de la justice sociale. Cette approche permet notamment de prendre en compte l'ensemble des enjeux de justice sociale dans une approche cosmopolite de la justice. Cependant, l'approche de Borras demeure purement descriptive en s'intéressant uniquement au sujet des déterminants sociaux de la santé et ne propose pas de théorie globale de la justice en santé. De plus, ni Borras ni Fraser n'évoque la question de la santé mentale, si bien qu'il demeure nécessaire de discuter en profondeur des conditions et définitions nécessaires à l'établissement d'une théorie de la justice sociale pour la santé mentale des personnes migrantes. Nous envisagerons cette étape nécessaire dans le dernier chapitre de notre thèse.

CHAPITRE 8

QUELLE THEORIE DE LA JUSTICE SOCIALE POUR LA SANTE MENTALE DES PERSONNES MIGRANTES ?

Dans les suites de nos discussions, nous pourrions faire le constat d'une impasse au vu des limites inhérentes à l'ensemble des approches que nous avons décrites dans les chapitres précédents. Les critiques formulées à l'encontre des théories de la reconnaissance, d'un côté, et des approches redistributives de l'autre dans le champ de la santé pourraient nous mener à la conclusion d'une impossible redéfinition du débat sur la santé mentale des personnes migrantes sous l'angle de la justice sociale. Pour autant, les intérêts respectifs des approches de Norman Daniels et de Sridhar Venkatapuram ouvrent des pistes fécondes pour repenser l'articulation de la philosophie de la santé et de la philosophie politique.

Dans ce dernier chapitre, nous proposons ainsi de définir et formuler une liste de principes de base nécessaires à l'établissement d'une approche de la santé mentale des personnes migrantes sous l'angle de la justice sociale. Une fois ces principes établis, il nous faudra alors discuter la pertinence des approches que nous avons précédemment présentées pour répondre à cette liste de principes de base. Nous viserons notamment à démontrer que l'articulation entre l'approche rawlsienne de la santé établie par Norman Daniels et la définition du trouble mental comme « dysfonction préjudiciable » développée par Jerome Wakefield offre un cadre pertinent pour dessiner une approche socialement responsable, délibérative, centrée sur les déterminants sociaux de santé et limitant le risque du relativisme culturel dans la définition des troubles mentaux. Cette approche couplée permet également de prendre en compte les enjeux

de reconnaissance et de redistribution, notamment au sujet des effets de la discrimination raciale sur la santé mentale.

8.1. DEFINIR LES PRINCIPES DE BASE POUR LA JUSTICE SOCIALE DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE DES PERSONNES MIGRANTES

8.1.1. DEFINITION DES PRINCIPES

Notre analyse des intérêts et limites des approches de Norman Daniels et de Sridhar Venkatapuram, associée à l'analyse critique de l'ethnopsychiatrie française menée dans la première partie de cette thèse, nous amène à distinguer plusieurs principes fondamentaux permettant de définir les bases d'une théorie pertinente pour répondre aux enjeux de justice sociale posés par la santé mentale des personnes migrantes.

Tout d'abord, l'enjeu épistémologique posé par la distinction entre le normal et le pathologique, notamment dans le cas précis de la santé mentale des personnes migrantes et issues de minorités ethniques, doit figurer au premier rang des principes. En effet, nous avons démontré l'écueil important que constitue le fait de céder au relativisme culturel dans le cadre de la santé mentale des populations migrantes, écueil prépondérant dans l'approche ethnopsychiatrique française contemporaine. Les ethnopsychiatres, en insistant sur la notion « d'erreur diagnostique » et sur la relativité culturelle des diagnostics psychiatriques, induisent en effet le risque d'une relativisation des notions de normal et de pathologique en érigeant le contexte culturel comme unique cadre de référence valable pour le processus diagnostique en psychiatrie. Richard Rechtman a notamment formulé dans son article *De l'ethnopsychiatre à l'a-psychiatrie culturelle*[803] une critique importante de l'ajout dans la démarche diagnostique d'une étape de « diagnostic culturel » qui serait nécessaire pour s'assurer que le diagnostic médical établi est valide dans le contexte culturel concerné. Selon Rechtman, cette étape de diagnostic culturel, outre ses nombreux biais potentiels, tend à modifier significativement l'acte

[803] RECHTMAN R. (1995), *op.cit.*

diagnostique en lui-même, au point de lui faire perdre son essence même. Si l'erreur diagnostique constitue une discrimination potentielle pour les personnes migrantes ou issues de minorités ethniques, ce risque est engagé autant dans le sens d'un diagnostic qui serait posé à tort que d'un diagnostic qui ne le serait pas. A ce titre, notre analyse des théories de la justice sociale en santé a souligné l'importance d'inscrire les discussions entre les approches naturalistes et normativistes de la santé dans les réflexions sur la justice sociale en santé, telles qu'on les retrouve chez Daniels et Venkatapuram.

A cet égard, l'absence de définition chez Emmanuel Renault du normal et du pathologique constitue une limite majeure de son approche et engendre une vision trop imprécise et inopérante des notions de « souffrance sociale » ou de « souffrance psychique ». Envisager la santé mentale des personnes migrantes sous l'angle de la justice sociale nécessite ainsi de prendre à la fois en compte les prévalences importantes de troubles mentaux présentées par ces populations et la réalité de la difficulté du diagnostic psychiatrique en situation transculturelle, tout en définissant avec suffisamment de clarté ce qui relève du normal et du pathologique.

Deuxièmement, les enjeux de justice sociale en termes de reconnaissance et de redistribution doivent pouvoir être pris en compte, ce qui implique de réfléchir aux interférences et obstacles potentiels posés par leur abord simultané et différencié. Nancy Fraser a souligné l'apparente incompatibilité entre les approches redistributives et celles portées sur la reconnaissance, pour mieux souligner l'importance de les considérer concomitamment[804]. Il s'avérera ainsi nécessaire de discuter la capacité de chacune des approches à intégrer dans le même temps les questions redistributives et les attentes en termes de reconnaissance. Est-il possible de considérer que la théorie rawlsienne de la justice intègre les enjeux de

[804] FRASER N., *QJS*.

reconnaissance sous l'angle des bases sociales du respect de soi ? Inversement, les approches en termes de reconnaissance tendent-elles nécessairement à effacer les questions redistributives ? Nous nous situerons à ce titre dans le cadre défini par Fraser d'une nécessaire prise en compte simultanée des problématiques de redistribution et de reconnaissance, que ce soit au travers d'une approche les articulant ou par le rapprochement entre deux approches distinctes.

Troisièmement, l'appui sur les notions d'inégalités sociales de santé et de déterminants sociaux de la santé, formulées selon des définitions précises et consensuelles, s'avère également nécessaire. Une analyse détaillée des implications de ces concepts centraux en matière de santé mentale des personnes migrantes doit ainsi être proposée par l'approche retenue. A nouveau, le concept imprécis de « souffrance sociale » utilisée par Emmanuel Renault constitue, par exemple, un cadre trop vague pour envisager une réelle compréhension des inégalités sociales de santé et de leurs impacts sur la santé individuelle et collective des populations migrantes. Les approches de Venkatapuram et Daniels apparaissent en revanche plus pertinentes sur ce point, bien que Venkatapuram reproche à Daniels une mauvaise compréhension de la notion de déterminant social de la santé[805].

Quatrièmement, le caractère normatif du cadre théorique apparaît comme un principe majeur afin que les concepts théoriques puissent avoir une efficience opérationnelle en termes de modifications effectives du système de santé et d'impact sur les compétences attendues des professionnels de la santé. Nous avons démontré que la question de la justice sociale en santé n'implique pas uniquement des dimensions théoriques, mais également des implications pratiques qui s'exercent dans le champ de la santé. La seule conceptualisation des déterminants

[805] Pour rappel, selon Venkatapuram, Daniels semble en effet avoir compris les déterminants sociaux de santé comme des éléments positifs qu'il couple avec les biens primaires. Il ajoute que le modèle proposé par Daniels ne pourrait considérer les inégalités de santé comme injustes qu'à un niveau collectif et non individuel, si bien qu'un individu seul ne serait pas en mesure de faire une réclamation au sujet des déterminants sociaux affectant sa santé. (VENKATAPURAM Sridhar, HJ, *op.cit.,* p.197).

sociaux de la santé sous l'angle de la justice sociale, telle que la formule par exemple Arnel Borras[806], ne suffit ainsi pas à établir une approche pouvant entraîner une diminution des inégalités sociales de santé et une amélioration de la santé physique ou mentale de personnes les plus défavorisées. En effet, les enjeux de justice sociale en santé mentale doivent être entendus à la fois dans le cadre de la relation de soin individuelle et dans celui de l'organisation du système de santé. Les enjeux de justice peuvent en effet différer entre la volonté de préserver l'autonomie, les droits et les libertés d'un patient d'un côté et le souhait de prendre en compte les dimensions de santé publique et d'équité d'accès aux soins de l'autre.

Enfin, l'apport des pratiques innovantes développées au cours des dernières années, telles que l'humilité culturelle[807] ou la responsabilité sociale en santé[808], doit guider l'établissement d'une théorie basée sur la délibération, la participation sociale et la responsabilité sociale au sein du système de santé et des pratiques professionnelles. Par le cadre théorique et pratique qu'elles offrent autour de concepts clés tels que la réponse aux besoins de santé des populations, l'*empowerment* ou la pratique délibérative, elles offrent des pistes concrètes pour l'expression de la justice sociale en santé. L'approche retenue doit ainsi offrir un cadre théorique normatif capable de définir les modalités de mises en œuvre de ces pratiques socialement responsables et délibératives. La notion de responsabilité sociale rappelle que les pratiques de soin s'intègrent dans un système social complexe qui comprend un certain nombre d'agents impliqués, et mutuellement dépendants, dans la délibération concernant ces pratiques. On peut compter, de manière non exhaustive, parmi les agents impliqués dans la délibération les professionnels de santé mentale, les épidémiologistes, les décideurs politiques, les théoriciens de la santé et de la philosophie politique ainsi que les personnes migrantes.

[806] BORRAS A. (2021), *op.cit.*
[807] FORONDA C. *et al.* (2016), *op.cit.*
[808] BOELEN C. (2011), *op.cit.*

Au total, il apparaît à l'issue de cette première étape d'analyse des différentes approches qu'une liste de cinq principes fondamentaux peut être établie pour fonder une théorie de la justice sociale en santé mentale. Il conviendra que l'ordre des principes de base satisfasse, autant que faire se peut, l'ensemble des agents impliqués dans la délibération.

8.1.2. Formulation des cinq principes de base

Nous pouvons formuler la liste des cinq principes de base suivants pour une approche de la santé mentale des personnes migrantes au prisme de la justice sociale :

1) Reposer sur une théorie de la santé permettant de définir avec le plus de précision possible ce qui relève du normal et du pathologique dans le cadre de la santé mentale.
2) Prendre en compte l'ensemble des enjeux de justice sociale en santé mentale, notamment les enjeux de redistribution et de reconnaissance propres aux personnes migrantes.
3) Reposer sur les connaissances scientifiques actuelles au sujet des inégalités sociales et des déterminants sociaux de la santé mentale des personnes migrantes.
4) Répondre aux enjeux de justice propres à la relation de soin autant qu'à ceux liés à l'organisation des systèmes de santé mentale et de la formation des professionnels de santé mentale.
5) Définir les modalités de mise en œuvre de pratiques de soins psychiatriques socialement responsables, délibératives, participatives et collaboratives en santé mentale.

Nous considérerons ces principes nécessaires et suffisants pour établir une théorie de la justice sociale pour la santé mentale des personnes migrantes. L'approche retenue devra permette d'y répondre de manière exhaustive et adéquate, en proposant des définitions théoriques, conceptuelles et pratiques de chacun d'entre eux.

Nous n'assignons aucun ordre hiérarchique particulier à l'énonciation des cinq principes de base, si bien que nous ne considérons pas que certains principes sont primaires et d'autres secondaires. Nous ne retenons notamment aucun ordre de priorité qui conférerait une primauté

de certains des principes sur d'autres au motif d'une plus grande importance empirique, pratique ou théorique supposée des premiers par rapport aux seconds. Ainsi, l'ensemble des principes énoncés s'avère nécessaire pour établir une théorie de la justice sociale dans le cadre de la santé mentale des personnes migrantes. Des ordres de priorité différents pourraient être assignés à notre liste par des agents distincts en fonction de la place qu'ils occupent dans le système de santé. Un(e) psychiatre et un(e) philosophe de la santé pourraient ainsi donner la primauté au premier principe concernant la définition du normal et du pathologique, tandis qu'un(e) épidémiologiste considérerait plus important le troisième principe sur les déterminants sociaux de la santé. La direction d'une agence régionale de santé pourrait en revanche considérer le quatrième principe portant sur l'organisation du système de santé mentale comme le plus pertinent, tandis qu'un(e) philosophe politique considérerait les troisièmes et cinquièmes principes concernant les formes de justice et la délibération politique prioritaires. Notons que cette remarque sur les ordres de priorité que différents agents du système de santé conféreraient sans doute à notre liste des principes de base pourrait justement faire considérer le cinquième principe comme prioritaire, puisqu'une délibération entre les agents impliqués (psychiatres, épidémiologistes, agences régionales de santé, philosophes) permettrait justement de trouver un consensus au sujet des quatre autres principes. Cependant, le cinquième principe ne s'intéresse pas tant à la délibération politique au sujet des principes de bases qu'à relation de soin et au système de santé, ce qui ne lui confère à ce titre aucune primauté sur les autres principes.

Nous ne retenons pas non plus d'ordre logique entre les cinq principes de bases, le second principe ne découlant pas nécessairement du premier. Les exemples sont ainsi nombreux pour démontrer que les réflexions des philosophes de la santé concernant les définitions du normal et du pathologique ne les ont pas amenés à discuter des enjeux de justice sociale qui peuvent y être associés. De même, nous avons souligné, avec Daniels et Venkatapuram, la nécessité de

formuler les enjeux de justice sociale en santé sous l'angle des déterminants sociaux de la santé, ce qui souligne l'absence de rapport de logicité entre le second et le troisième principe. L'absence d'implication logique dans l'ordre d'énonciation des principes de base souligne également la nécessité de prendre en compte chacun d'entre eux.

L'ordre de juxtaposition que nous retenons nous amène à considérer l'ensemble des principes comme prioritaires et nécessaires pour fonder une théorie pertinente. Il s'agit ainsi de souligner les rapports de complémentarité qui existent entre des principes d'ordre épistémologique (premier principe) ou épidémiologique (troisième principe), ceux portant sur des enjeux de justice sociale (second et cinquième principes) ainsi que sur des implications en termes de politique de santé et de pratiques professionnelles (quatrième principe). Cette complémentarité entre les principes nous assure également de leur exhaustivité, nous permettant de les considérer comme suffisants.

8.1.3. DISCUSSION DES CINQ PRINCIPES DE BASE

8.1.3.1. DEFINIR LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE EN SANTE MENTALE

Outre les limites préalablement discutées de la théorie naturaliste de Christopher Boorse et de l'approche normativiste de Lennart Nordenfelt, ces deux auteurs ne donnent pas de définition satisfaisante des troubles mentaux. En effet, Nordenfelt, malgré ses travaux sur la psychiatrie à partir des théories de l'action[809], n'a pas discuté en détail les implications de sa théorie holistique pour la spécificité des troubles mentaux[810]. Boorse, en revanche, a discuté l'extension de sa théorie biostatistique à la santé mentale en considérant que rien ne s'oppose, en principe, à ce que les maladies mentales répondent aux conditions de définition naturaliste

[809] NORDENFELT L. (2007). *Rationality and compulsion : applying action theory to psychiatry*. Oxford University Press.

[810] LEMOINE M. (2012). La définition des « troubles mentaux » : Brève introduction à une question fondamentale de la philosophie de la psychiatrie contemporaine. *L'Enseignement philosophique*, 62, 58-70.

de la maladie puisqu'il suffit pour cela de « mettre en évidence les fonctions mentales normales et la manière dont elles permettent d'atteindre les buts propres à l'espèce »[811]. Comme le rapporte Maël Lemoine, Boorse teste son hypothèse sur le cas de l'homosexualité, considérée comme une pathologie mentale par la psychiatrie et la psychanalyse pendant des décennies[812]. Boorse retient, selon les critères de la théorie biostatistique, l'existence de deux types d'homosexualité, à savoir l'une pratiquée par choix qui n'est pas pathologique, et la seconde, causée par une incapacité de se reproduire de la manière typique propre à l'espèce, qu'il convient de considérer, selon lui, comme pathologique. Cette position intenable démontre l'insuffisance des théories existantes, si bien qu'une autre approche de la définition du trouble mental s'avère nécessaire.

Le philosophe de la santé Jerome Wakefield a établi au cours des années 1990 une définition du trouble mental en cherchant à prendre en compte à la fois les substrats biologiques et les facteurs sociaux impliqués dans les troubles mentaux[813]. Critiquant le piège du relativisme qui a amené certains philosophes, notamment foucaldiens, et les antipsychiatres à remettre en cause l'existence des pathologies mentales, mais aussi la tendance naturaliste de certains psychiatres cherchant à définir comme trouble mental tout syndrome comportemental négatif à partir d'une cause biologique ou psychologique établie, Wakefield propose une définition qui reformule les termes du débat entre normativisme et naturalisme. Pour ce faire, il propose le terme de « dysfonction préjudiciable » (*harmful dysfonction*) qui permet de prendre en compte dans le même temps l'existence d'une dysfonction psychologique, corrélée à un mécanisme psychologique objectif et mesurable, et le caractère préjudiciable de cette dysfonction, concept

[811] Pour rappel, la théorie biostatistique de Boorse considère la maladie comme le fonctionnement biologique d'une partie de l'organisme statistiquement subnormal pour l'espèce et la santé comme « la conformité au design de l'espèce », le design de l'espèce étant défini comme « l'organisation fonctionnelle typique d'un membre d'une espèce ».
[812] LEMOINE M., *op.cit.*
[813] WAKEFIELD J. (1992). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *The American Psychologist, 47*(3),73-88.

évaluatif basé sur des valeurs sociales[814]. Le caractère évaluatif du trouble considère qu'une condition psychologique n'est considérée comme un trouble que si elle est préjudiciable au regard de valeurs sociales. Wakefield donne l'exemple de l'incapacité d'apprendre à lire (liée par exemple à une dyslexie) qui sera préjudiciable dans les sociétés alphabétisées, mais ne le sera pas dans les sociétés pré-littéraires dans lequel le fait de lire n'est pas une compétence enseignée ou valorisée. De la même manière, le fait que l'albinisme ou l'inversion du cœur ne soient pas considérés comme des troubles soulignent bien selon Wakefield l'existence d'une composante évaluative à tout trouble.

Cependant, un trouble doit comporter une composante factuelle qui s'avère nécessaire pour distinguer les réels troubles des autres conditions négatives qui ne sont pas considérées comme des troubles mentaux, comme l'ignorance, le manque d'adresse, le manque de talent ou la bêtise. Wakefield définit alors la dysfonction qui constitue la composante factuelle du trouble et renvoie au « jugement faillible, purement non évaluatif, factuel, selon lequel un quelconque aspect du fonctionnement naturel d'un humain fait défaut »[815]. Plus précisément, Wakefield considère qu'une dysfonction existe lorsqu'un mécanisme interne est incapable d'accomplir sa fonction naturelle. Même si les mécanismes des maladies mentales ne sont à ce jour que partiellement élucidés, l'utilisation du terme de dysfonction s'avère pertinente, car elle s'intéresse à la finalité du mécanisme naturel et pas nécessairement aux substrats qui sous-tendent son fonctionnement. Si les mécanismes à l'œuvre dans l'aphasie, la phobie ou l'insomnie, par exemple, ne sont que partiellement connus, il n'empêche que l'existence d'une dysfonction est factuelle puisque des mécanismes naturels, comme parler ou dormir, ne sont pas efficients.

[814] *Ibid*.
[815] *Ibid*, p. 42.

Ainsi, en s'attachant au caractère préjudiciable du trouble, la définition de Wakefield prend en compte le rôle des déterminants sociaux de la santé et de l'environnement social sur la santé mentale. De plus, sans céder au relativisme auquel confronte l'approche culturaliste de l'ethnopsychiatrie, la prise en compte du caractère préjudiciable de la dysfonction permet d'informer la problématique des variations culturelles d'expression des troubles mentaux et de s'intéresser au contexte culturel de survenu des symptômes. Ainsi, lorsqu'une famille migrante ou issue d'une minorité ethnique amène l'un de ses proches aux urgences psychiatriques en décrivant un ensemble de symptômes inhabituels (troubles du comportement, propos insensés, insomnie…), le concept de dysfonction préjudiciable rend impossible la relativisation du trouble à des critères culturels. En effet, la présence de dysfonctions, associée à l'évaluation par la famille du caractère préjudiciable du trouble, doit faire considérer avec acuité l'existence d'un trouble mental chez la personne concernée. Inversement, si une famille amène son proche pour des comportements jugés inappropriés dans une culture donnée (refus de l'autorité, homosexualité, athéisme…), l'absence de dysfonction permettra de réfuter la présence d'un trouble mental.

Le concept de dysfonction préjudiciable établit donc un cadre conceptuel précis à la définition d'un trouble mental, en articulant une double approche normativiste et naturaliste. Elle permet ainsi d'éviter l'écueil du relativisme social ou culturel dans le champ de la santé mentale, tout en prenant en compte le caractère socialement évaluatif du trouble. A la différence des définitions de la santé utilisés par Daniels et Venkatapuram, la dysfonction préjudiciable s'intéresse ainsi précisément aux troubles mentaux et à la distinction entre le normal et le pathologique en santé mentale. De plus, comme nous l'avons précédemment discuté, l'articulation que propose Venkatapuram entre la théorie normativiste de Nordenfelt et l'approche par les capabilités introduit un flou conceptuel important concernant les notions de santé et de maladie, qu'il s'agisse de la santé physique ou mentale, ne permettant pas d'éviter

le relativisme culturel. De même, le primat donné par Daniels à la théorie biostatistique de Boorse s'avère inopérant pour la santé mentale, au vu de l'incapacité de cette approche à identifier comme étant normale une condition telle que l'homosexualité. S'il existe des critiques à l'égard du concept de dysfonction préjudiciable[816], il constitue aujourd'hui la définition la plus robuste du trouble mental, ce qui nous permet de le choisir dans le cadre de l'élaboration du premier de nos principes de bases. Il conviendra ainsi d'analyser la capacité des approches existantes à s'articuler avec la définition du trouble mental comme dysfonction préjudiciable dans le cadre du premier principe de base.

8.1.3.2. LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE AU CŒUR DU MODELE

En vertu du troisième principe de notre liste des principes de base, nous avons placé les déterminants sociaux de la santé au cœur de notre approche. Or, l'appui d'une théorie de la justice sociale en santé sur les déterminants sociaux de la santé a fait l'objet de critiques récentes de la part de philosophes, comme le canadien Daniels Weinstock. Dans son article *Les déterminants sociaux de la santé : Un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé*[817], Weinstock appelle tout d'abord à la prudence quant à la transposition de l'association connue entre déterminants sociaux et santé vers la mise en œuvre de politiques publiques visant à lutter contre ces déterminants sociaux. En effet, association ne signifie nullement causalité, si bien que les liens reconnus entre déterminants sociaux et santé doivent être compris au travers de la complexité des mécanismes impliqués. Ainsi, le renversement de l'association n'implique pas nécessairement un effet bénéfique d'une politique sociale sur la santé des populations. A ce titre, nous pouvons prendre l'exemple des effets bénéfiques attendus d'un médicament pour traiter une maladie dont le modèle physiopathologique est connu. En

[816] FAUCHER L. & FOREST D. (2021). *Defining mental disorder: Jerome Wakefield and his critics*. MIT Press.
[817] WEINSTOCK D. (2019), *op.cit.*

réalité, la connaissance d'un processus physiopathologique n'est pas forcément corrélée à l'efficacité des molécules permettant de contrecarrer ce processus. Ainsi, un médicament peut agir dessus mais entraîner une cascade d'autres processus qui vont au final s'avérer délétères, plutôt que bénéfiques, pour la prise en charge de la maladie concernée. De même, la tentative d'annihiler l'effet des déterminants sociaux de la santé au travers de politiques publiques n'implique pas nécessairement une amélioration de l'état de santé des personnes et des populations. La méconnaissance des mécanismes précis impliqués dans l'association entre un déterminant social et la santé doit ainsi nous amener à la plus grande prudence quant aux prises de décision en termes de politiques de santé.

Ensuite, Weinstock s'intéresse au concept « d'aversion au risque » dans l'établissement des principes de justice à partir de la position originelle imaginée par Rawls. En effet, les agents moraux impliqués dans le processus délibératif, étant empêchés par le voile d'ignorance de connaître leur position sociale au sein de la société, vont tendre à limiter les risques pour ceux qui seront dans la position sociale la plus défavorisée puisqu'ils pourraient en faire partie. Weinstock fait le constat, comme Daniels, que Rawls n'intègre pas la santé dans la liste des biens primaires, mais considère qu'il faudrait « imposer au raisonnement sur l'identification des principes qui géreront l'accès aux biens qui sont nécessaires à ce que les individus puissent jouir d'autant de santé que possible la même condition que celle qui a été imposée dans le cas des autres biens sociaux premiers ». Weinstock étend ensuite son raisonnement au cas d'un décideur politique devant choisir entre un soin médical ayant été rigoureusement testé et une politique sociale en faveur de la santé agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Pour Weinstock, le décideur penchera plutôt en faveur du financement du soin médical efficace au regard des deux arguments précédemment cités. L'incertitude concernant l'efficacité réelle d'une politique consacrée aux déterminants sociaux de la santé couplée à l'aversion au risque amènerait ce décideur à choisir la solution la plus sûre. En effet, même si choisir la politique

sociale apportait un bénéfice plus grand que le soin médical, l'incertitude concernant son effet bénéfique entraînera un choix prudent en faveur du soin médical, par aversion au risque. Ainsi, Weinstock ne cherche pas à discréditer la prise en compte des déterminants sociaux dans le champ de la justice sociale en santé, mais discute la place centrale qui peut leur être donnée, proposant de s'intéresser plus globalement aux principes et processus de la justice sociale.

Weinstock soulève donc deux problèmes philosophiques importants dans le champ de la justice sociale en santé, auxquels ne sont pas aveugles les spécialistes du domaine. Le premier concerne la philosophie de l'épidémiologie au travers de l'épistémologie de la causalité, de l'ontologie des déterminants causaux et de l'influence des valeurs dans la recherche en santé publique, discutées par Venkatapuram et Marmot dans leur article *Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research*[818]. Venkatapuram et Marmot considèrent en effet que la nature des associations causales entre déterminants sociaux et santé s'avère complexe et nécessite de repenser les pratiques épidémiologiques. Cependant, plutôt que de mener au scepticisme concernant la réalité des inégalité sociales de santé, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé offre des perspectives nouvelles en termes de recherche et de politiques de santé[819]. Daniels et Venkatapuram soulignent tous deux les phénomènes causaux complexes qui lient les déterminants sociaux et l'état de santé individuel et collectif, au travers notamment de l'exemple du racisme. Le second problème concerne l'allocation des ressources dans un contexte de ressources limitées, à laquelle Norman Daniels consacre une grande partie de sa réflexion. Comme nous l'avons vu, il développe la notion de « responsabilité pour le caractère rationnel » des décisions en termes de politique de santé qu'il fait notamment reposer sur la délibération politique, à partir des données issues des sciences

[818] VENKATAPURAM S. & MARMOT M. (2009), *op.cit.*

[819] « Social determinants of health research has the potential to significantly transform the theory and practice of epidemiology as a whole through expanding its scope and possibly ushering in a new explanatory paradigm. » (*Ibid,* p. 81).

biomédicales[820]. Ainsi, mettre les déterminants sociaux de la santé au cœur du modèle ne s'oppose aucunement à la prise en compte de données scientifiques probantes démontrant l'efficacité d'une nouvelle thérapeutique.

Si l'on reprend l'exemple décrit par Weinstock, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé n'implique pas nécessairement le financement du programme de politique publique. En effet, mettre les inégalités sociales de santé au cœur du modèle de la justice sociale en santé amène à discuter sous un angle nouveau la notion d'efficacité du soin médical testé. Sommes-nous certains que ce soin médical testé n'augmente pas les inégalités sociales de santé ? En réalité, son effet pourrait être d'améliorer très fortement la santé des plus favorisés (augmentation de l'état de santé, de l'espérance de vie…), sans augmentation significative, voire au prix d'une altération, de la santé des plus défavorisés. Daniels donne notamment l'exemple des outils numériques en santé qui, au vu de la fracture numérique, peuvent être très efficaces auprès des plus favorisés mais moins efficaces, voire inefficaces, pour les plus défavorisés par défaut d'accès ou de compétence pour les utiliser correctement. Dès lors, serait-il pertinent et juste de financer ce soin médical ? Si le soin médical testé améliore la santé de l'ensemble de la population, quel que soit le niveau socioéconomique des bénéficiaires, voire que son effet bénéfique est plus marqué pour les plus défavorisés, alors il semble en effet pertinent et juste de le financer, sans doute davantage que la politique sociale. Selon Daniels, au-delà du choix entre l'une ou l'autre des solutions, il importe que les conditions de la prise de décision en faveur de l'une ou de l'autre soient rendues publiques, soient pertinentes, révisables et régulées[821]. Les remarques de Weinstock soulignent ainsi des points d'attention, bien connus des spécialistes du domaine, pour un modèle centré sur les déterminants sociaux de la santé plutôt que sa remise en cause.

[820] DANIELS N., *JH*, pp. 118-119.
[821] *Ibid,* pp. 118-119.

8.1.3.3. REDISTRIBUTION, RECONNAISSANCE ET DISCRIMINATION DANS LA SANTE MENTALE DES PERSONNES MIGRANTES

En conclusion de l'ouvrage *De la question sociale à la question raciale*, Didier et Eric Fassin discutent des enjeux de redistribution et de reconnaissance dans la justice sociale en faveur des minorités raciales en s'appuyant sur l'approche proposée par Nancy Fraser d'une complémentarité entre ces deux dimensions de la justice sociale. Les frères Fassin évoquent la notion de « paradoxe minoritaire » qui souligne la nécessité pour les minorités « d'affirmer et de refuser à la fois la différence » comme une manière de « parler en tant que pour refuser d'être traité comme – Noir, Arabe ou Juif » [822]. Plaidant comme Fraser en faveur d'une prise en compte simultanée des questions de redistribution et de reconnaissance, ils proposent cependant de ne pas se focaliser sur la demande de reconnaissance, mais plutôt sur le déni de reconnaissance. Autrement dit, les frères Fassin se positionnent davantage en faveur d'une compréhension de la reconnaissance comme moyen de lutte contre les discriminations que comme outil de valorisation des identités culturelles. Cette position rejoint celle de Magali Bessone qui écrit dans l'ouvrage collectif *Le multiculturalisme a-t-il un avenir ?* qu'il « importe de pouvoir reconnaître les groupes et les membres des groupes comme égaux, non pas cependant au sens où leurs cultures seraient égales, mais au sens où le marqueur identitaire de ces groupes ne doit pas fonctionner comme un marqueur d'infériorité et de subordination »[823].

Nous avons décrit en détail, dans un chapitre précédent, les déterminants sociaux de la santé impliqués dans la mauvaise santé mentale des personnes migrantes. A ce titre, le rôle central de la discrimination ethno-raciale doit notamment être pris en compte, et ce à double titre. Tout d'abord, les données issues de la littérature scientifique démontrent le rôle prépondérant que prend la discrimination dans la santé mentale des minorités sexuelles, raciales

[822] FASSIN E. & FASSIN D., *op.cit.,* pp. 260-261.
[823] BESSONE M. (2013), *op.cit.,* p. 113.

ou sociales. Plus précisément, nous avons décrit le rôle majeur de la discrimination ethno-raciale dans la santé mentale dégradée des personnes migrantes, par ses effets directs et indirects. Ensuite, la prise en compte de la discrimination constitue également un enjeu épistémologique et théorique important puisque mettre la lutte contre la discrimination au cœur d'une théorie de la justice sociale pour la santé mentale des personnes migrantes revient, comme l'ont souligné les frères Fassin, à repenser en profondeur le paradigme de la reconnaissance.

Ainsi, notre approche devra placer la discrimination au centre des déterminants sociaux de la santé mentale en articulant redistribution et reconnaissance au travers d'une compréhension précise des effets de la discrimination sur le plan de la santé mentale et de la justice sociale. Entendre la discrimination comme une double problématique de redistribution (inégalités d'accès aux ressources économiques et matérielles telles que le logement ou l'emploi) et de reconnaissance (sous l'angle du déni de reconnaissance et du mépris) constitue en effet un point central pour notre second et troisième principes de base.

8.1.3.4. RESPONSABILITE SOCIALE EN SANTE ET SANTE MONDIALE

Les quatrième et cinquième principes de base s'intéressent au caractère normatif de la théorie de la justice sociale en santé mentale que nous souhaitons établir au sujet de la santé mentale des personnes migrantes. Nous avons préalablement démontré que cette thématique constitue une limite importante de la théorie proposée par Sridhar Venkatapuram qui n'évoque aucun caractère d'obligation pour le système de soins ou des professionnels de santé à partir de l'approche par les capabilités. En revanche, la théorie de Norman Daniels s'intéresse précisément à cette question en offrant un cadre précis d'obligations pour les professionnels et pour l'organisation du système de soin[824].

[824] Pour rappel, Daniels développe le concept du médecin comme « avocat idéal » (*ideal advocate*) qui s'inscrit à la fois dans la pratique médicale auprès des patients et dans la juste distribution de la santé et des soins de santé. Les institutions et les professionnels de santé se doivent ainsi d'être responsables pour le caractère raisonné de leurs décisions et comportements, notamment de leur capacité à favoriser la juste

Cependant, Venkatapuram critique la dimension étatique de la théorie rawlsienne et son incapacité à analyser précisément ce que Fraser appelle le « 'qui' de la justice sociale »[825]. La question des non-nationaux et du cosmopolitisme apparaît *a priori* comme un point aveugle de l'approche de Norman Daniels, à l'instar de celle de Rawls. Si tel est le cas, la théorie de Daniels serait inadéquate pour traiter de la santé mentale des personnes migrantes. Cette objection est toutefois infondée. En effet, Daniels consacre un chapitre de *Just Health* à la question de la justice internationale en matière de santé, en partant du constat d'inégalités de santé majeures à l'échelle mondiale.[826]. Malgré le relatif silence de l'approche rawlsienne sur les questions internationales, Daniels se donne ainsi l'objectif de clarifier les types d'obligations existant à l'échelle internationale pour dépasser le caractère intra-sociétal (*intrasocietal*) de son approche[827].

Tout d'abord, Daniels distingue trois sources différentes d'inégalités internationales de santé. La première provient « d'injustices domestiques » (*domestic injustice*) dans la distribution des déterminants sociaux de la santé et inclut les inégalités selon le niveau socioéconomique, la race, la caste, la religion, le genre ou le lieu de résidence. La seconde source d'inégalités internationales de santé repose sur les inégalités internationales concernant d'autres conditions qui affectent la santé, tels que les ressources naturelles, l'accès à l'eau, le climat, la faune ou la flore. Enfin, la troisième source s'inscrit dans les pratiques internationales en termes d'institutions, d'organes de réglementations ou de traités internationaux, qui vont

distribution des biens de santé tout en préservant les droits et les libertés individuelles de chacun de leurs patients. Le concept de « responsabilité pour le caractère raisonnable » (*accountability for reasonableness*) repose sur l'idée principale d'une responsabilité publique voulant que les raisons et rationnels portant sur l'allocation limitée des ressources soient rendus publiques. Ainsi, les raisons de ces décisions doivent pouvoir répondre à l'impératif d'un accord commun et d'un processus délibératif de coopération sociale et de justification publique tels que décrits par Rawls (DANIELS N., *JH*)

[825] FRASER N., *QJS.*

[826] "International Jealth Inequalities: A Concluding Challenge" (DANIELS N., *JH*, pp. 333-355).

[827] « Our account of just health informs us about intrasocietal obligations to eliminate health inequities, but it is silent about important questions of international justice. » (*Ibid*, p. 335).

affecter le niveau de santé dans certains pays. Daniels évoque ainsi les problématiques de gestion de la dette des états, de fuite des cerveaux chez les professionnels de santé (*brain drain*)[828] ou les accords internationaux de commerce qui peuvent léser certains pays. Ces sources d'inégalités ne sont pas exclusives, les pratiques internationales pouvant, par exemple, rendre plus difficile pour un état donné de distribuer justement les déterminants sociaux de la santé. Ainsi, si les enjeux d'inégalités domestiques constituent une source primaire d'inégalités sociales de santé, cela ne signifie pas qu'un état donné doive être considéré comme seul responsable de la santé de ses citoyens.

Afin de proposer une approche internationale de la justice en santé, Daniels propose de se situer à mi-chemin entre l'approche cosmopolite et l'approche étatiste (*statism*) portée par des philosophes tels que Thomas Nagel[829]. Nagel soutient en effet que la justice sociale ne peut s'établir que dans le cadre d'une relation spécifique entre les citoyens, définie par l'état, si bien qu'il serait possible pour les membres de cette société d'ignorer les inégalités extra-sociétales (*extrasocietal inequalities*). Pour Nagel, les institutions internationales, telle que l'Organisation Mondiale de la Santé, n'ont pas de rôle coercitif direct sur les individus et les citoyens, rendant caduque toute tentative d'établir des principes de justice à l'échelle extranationale. Daniels formule deux objections à l'égard de l'approche étatiste de la justice sociale à savoir que certaines institutions internationales imposent des conditions coercitives aux états et aux citoyens et que des obligations en termes de justice peuvent également survenir dans des institutions internationales qui ne sont pas coercitives. L'exemple de l'Organisation Mondiale de la Santé démontre qu'une institution internationale peut viser la répartition juste et équitable

[828] Le *brain drain* fait référence à l'exode de professionnels qualifiés venus de pays du Sud en direction de pays du Nord. Des systèmes de régulation peuvent, ou non, être mis en place pour limiter ce phénomène ou en limiter les conséquences pour les pays voyant partir une part importante des professionnels qualifiés.

[829] « We need good reason to resist the pull of both the cosmopolitan views and the strongly statist view that form the poles of the current debate » (DANIELS N., *JH,* p. 346).

d'un bien tel que l'expertise et la technologie en santé publique (*public health expertise and technology*).

Dans son approche de la justice internationale en santé, Daniels n'évoque pas directement la question des personnes migrantes. Au vu des trois sources d'inégalités et du rapport à l'État qu'il discute, nous pouvons cependant distinguer plusieurs réalités en fonction des situations administratives des personnes migrantes. Concernant le cas des personnes en demande d'asile ou réfugiées, nous pouvons considérer qu'elles se situent dans le cadre d'une approche étatique de la justice sociale en santé puisque ces migrants « autorisés » entrent pleinement dans le cadre du droit étatique en vigueur dans le pays où ils ont déposé, ou obtenu, leur demande d'asile. Le droit d'asile constitue en effet une dimension du droit étatique, si bien que l'approche rawlsienne peut s'étendre aux personnes en demande d'asile et réfugiées. De plus, elles entrent également dans le cadre de la troisième source d'inégalités internationales puisque les effets des pratiques internationales peuvent impacter les modalités de distribution des biens primaires au sein de leur pays d'origine et favoriser leur émigration. Le cas des migrants non-autorisés, évoqué notamment par Sophie Djigo via l'exemple de la jungle de Calais[830], s'avère plus complexe car ces derniers se trouvent en dehors du droit étatique. Dans ce cas, les pratiques internationales doivent entrer en vigueur à partir d'organes de régulation internationales telle que l'Organisation Mondiale de la Santé, dont Daniels donne l'exemple. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé s'est dotée d'un « Programme santé et migrations » et défend à ce titre le

[830] Sophie Djigo écrit dans son ouvrage *Les migrants de Calais* au sujet des migrants illégaux qui attendent de passer en Angleterre dans demander l'asile en France que « paradoxalement, alors que les migrants sont surveillés constamment par la police, donnant à l'observateur extérieur le sentiment d'un état de siège, qu'ils sont nombreux à subir régulièrement des violences policières, ce dont ils auraient besoin c'est d'une protection de la force publique. […] Or, une telle force au service du respect des règles fait défaut dans la « jungle », dont les habitants ne peuvent finalement compter que sur l'autonomie des uns et des autres. » (DJIGO S. (2016). *Les migrants de Calais*, Agone, pp. 43-44).

droit à la santé et la couverture sanitaire universelle pour l'ensemble des personnes migrantes[831].

Ainsi, contrairement à l'objection formulée par Venkatapuram, l'approche de Daniels ne peut être considérée comme aveugle aux enjeux d'inégalités internationales de santé et cantonnée aux enjeux intra-sociétaux de justice et de santé. Elle offre même un cadre d'analyse des conditions de vie des personnes migrantes sous l'angle de la justice sociale.

[831] « L'OMS est d'avis que toutes les personnes, y compris les réfugiés et les migrants, devraient pouvoir jouir du droit à la santé et de l'accès à des services de santé de qualité, centrés sur la personne sans devoir subir des difficultés financières, comme indiqué dans notre engagement en faveur de la couverture sanitaire universelle. Les systèmes de santé devraient intégrer les besoins des réfugiés et des migrants dans les politiques de santé nationales et locales, le financement, la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation. » https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health.

8.2. ADEQUATION DES APPROCHES EXISTANTES AVEC LES PRINCIPES DE BASE

Nous allons à présent discuter dans ce sous-chapitre des capacités respectives des approches évoquées précédemment – approche par les capabilités de Sridhar Venkatapuram et approche rawlsienne de Norman Daniels[832] – à répondre à la liste des cinq principes de base. Nous discuterons ainsi de leur pertinence respective en nous appuyant à la fois sur les textes des auteurs et sur les critiques qui leur ont été adressées, que nous avons déjà discutées.

8.2.1. L'APPROCHE PAR LES CAPABILITES DE VENKATAPURAM

L'approche de Sridhar Venkatapuram par les capabilités apparaît insuffisante pour répondre à l'ensemble des enjeux soulevés, notamment les quatrième et cinquième principes identifiés à partir de l'analyse des approches récentes de la relation de soin par la responsabilité sociale et l'humilité culturelle. Tout d'abord, l'approche de Venkatapuram se veut initialement précise sur la définition de la santé, du normal et du pathologique, en s'appuyant sur la théorie holistique de Lennard Nordenfelt. Cependant, Venkatapuram lui-même critique la théorie holistique pour son incapacité à limiter le relativisme culturel dans la définition du normal et du pathologique[833]. En effet, en intégrant dans sa définition de la santé la notion de circonstances standards (*standard circumstances*), Nordenfelt défend une approche

[832] Au vu des limites précédemment identifiées de l'approche par la reconnaissance que propose Emmanuel Renault, cette dernière n'apparait pas en capacité de répondre aux principes que nous avons établis. En effet, le défaut majeur concernant le manque de définition du normal et du pathologique sous les termes imprécis de « souffrance sociale » ou de « souffrance psychique » (premier principe), le manque de précision sur la notion de déterminant social de santé au profit d'une catégorisation décrite sous l'angle subjectif du défaut de reconnaissance (troisième principe), le caractère non-normatif de son approche (quatrième principe) ou encore l'absence de description des modalités de mise en œuvre de pratiques participatives et délibératives (cinquième principe) constituent autant de points d'inadéquation de son approche par la reconnaissance avec notre liste des principes fondamentaux.

[833] « Because it has normative aspects, his definition of cannot be seen to be adequate for its complete cultural and ethial relativism » (VENKATAPURAM S., *HJ*, p. 62).

normativiste qui ne permet pas d'évaluer les droits de santé des citoyens dans les pays où les conditions de vie se trouvent en-dessous du seuil de ce qui constitue des circonstances raisonnables. Venkatapuram prend l'exemple du mauvais état de santé et de la mortalité prématurée des femmes dans de nombreux pays à faible niveau de revenus qui pourrait être considérée comme normale au vu des circonstances standards en vigueur dans ces pays.

Dès lors, un amendement apparaît nécessaire pour limiter le relativisme inhérent à la théorie holistique, en proposant une définition de la santé qui prenne en compte les circonstances locales, sans y être complètement assujettie[834]. Selon Venkatapuram, le rapprochement qu'il opère entre les buts vitaux de Nordenfelt et les capabilités humaines de bases formulées par Martha Nussbaum permet justement de limiter cette objection en fixant avec précision, au travers des capabilités humaines de base, le contenu des « buts vitaux » qui définissent la santé. Venkatapuram soutient que la formulation de capabilités humaines de base telles que, par exemple, la capacité à vivre une vie selon une espérance de vie normale (*live a normal lenght of lifespan*), posséder une bonne santé (*having good health*) ou maintenir l'intégrité du corps (*maintain bodily integrity*), évite le relativisme puisque ces capabilités subsument les contextes locaux et sont applicables à tout être humain quelles que soit ses circonstances de vie[835]. L'espérance de vie, la bonne santé ou l'intégrité du corps, qui sont les trois premières capabilités humaines de base décrites par Nussbaum, ne dépendraient pas de circonstances standards locales, mais peuvent constituer des étalons dans toutes les circonstances.

Cependant, en articulant les théories de Nordenfelt et de Nussbaum à partir de la notion de buts vitaux, Venkatapuram ne répond pas réellement au problème posé par les circonstances

[834] « We want a conception of health to be informed but not wholly determined by local conditions and practices » (*Ibid*, p. 63).

[835] « And the bases for these capabilities being species-wide, across all societies, come from their grounding in basic human liberty and equal human dignity » (*Ibid*, p. 64).

standards. Il n'indique en effet pas la manière dont doivent être définis les standards pour ces différentes capabilités, qui peuvent fortement varier d'un pays à l'autre. L'espérance de vie « normale » n'est ainsi pas la même au Soudan ou au Japon, ce qui interroge comment établir un standard international pour cette capabilité de base. Une délibération internationale, menée par exemple par l'Organisation Mondiale de la Santé, serait-elle pertinente et valide ? De plus, si une espérance de vie moyenne était fixée par l'Organisation Mondiale de la Santé, les pays où l'espérance de vie est supérieure à ce standard seraient-ils moralement autorisés à diminuer leurs dépenses de santé puisqu'ils dépasseraient les circonstances standards ? De même, l'intégrité du corps, notamment des femmes et des jeunes filles, peut être très différente selon les contextes religieux, culturels ou sociaux. Ainsi, alors que nous avons souligné l'importance d'une définition précise du normal et du pathologique permettant d'éviter le relativisme culturel, l'articulation entre les buts vitaux de Nordenfelt et les capabilités humaines de base de Nussbaum maintient le relativisme. Il s'agit donc d'une limite majeure de l'approche par les capabilités proposée par Venkatapuram concernant notre premier principe de base.

Ensuite, les critiques de plusieurs philosophes soulignent l'imprécision de la théorie de la santé comme méta-capabilité à offrir un cadre normatif précis sur les réponses à apporter pour satisfaire les besoins de santé des populations et limiter l'impact des déterminants sociaux de la santé. Le rôle que peut jouer la notion de capabilité dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé mentale ou l'organisation du système de santé mentale s'avère, en l'état actuel de l'approche proposée par Venkatapuram, insuffisamment précis. En effet, cette approche ne donne aucune information sur la manière de répondre aux quatrième et cinquième principes relatifs à la responsabilité sociale en santé et à l'humilité culturelle. Ainsi, envisager la justice sociale en santé sous l'angle des capabilités et définir la santé comme une méta-capabilité ne permet pas de décrire précisément la manière d'implémenter des pratiques

socialement responsables, participatives et délibératives dans l'organisation du système de santé ou dans les pratiques professionnelles.

8.2.2. L'APPROCHE RAWLSIENNE DE DANIELS

La théorie de Norman Daniels semble en revanche pouvoir répondre à la majorité des principes établis puisqu'elle met au cœur de son approche les déterminants sociaux de santé (troisième principe), qu'elle offre un cadre normatif à la pratique professionnelle et à l'organisation du système de soin (quatrième principe) et qu'elle inscrit la démarche délibérative et participative comme méthode de développement des cadres pratiques d'actions des professionnels de santé ainsi que des décideurs politiques (cinquième principe). Les dimensions individuelles et collectives de la justice sociale en santé mentale, propres à la relation de soin et aux problématiques de santé publique, sont ainsi prises en compte. La réponse adéquate à la majorité des principes établis souligne la pertinence de l'extension des théories de la justice comme équité à la santé que propose Norman Daniels. Nous ne reviendrons pas en détail sur la manière dont chacun de ces points, décrits de manière précise dans un chapitre précédent, sont formulés par Daniels. Rappelons cependant que Daniels propose le concept de « responsabilité pour le caractère raisonnable » des décisions de santé (*accountability for reasonableness*) qui repose sur une responsabilité publique voulant que les raisons et justifications portant sur l'allocation limitée des ressources soient rendues publiques. Les raisons de ces décisions doivent pouvoir répondre à l'impératif d'un accord commun et d'un processus délibératif de coopération sociale et de justification publique, soulignant la compatibilité de la théorie de Daniels avec, entre autres, notre cinquième principe.

Il convient de souligner cependant à nouveau deux points de faiblesse de l'approche proposée par Norman Daniels, qu'il s'agisse de sa précision dans l'articulation d'une théorie de la santé et de la maladie clairement définie avec la théorie de la justice (premier principe) et

de sa capacité à prendre en compte les enjeux de reconnaissance au même titre que ceux de redistribution (deuxième principe). Dès lors, il apparaît nécessaire de réfléchir plus précisément à la manière dont nous pouvons articuler l'approche de Daniels avec d'autres théories de la santé et de la justice sociale pour répondre à l'ensemble des principes définis. Nous discuterons ainsi dans le sous-chapitre suivant de la manière de dépasser ces limites pour étendre la théorie rawlsienne de la santé formulée par Daniels à la santé mentale des personnes migrantes.

8.3. VERS UNE APPROCHE RAWLSIENNE DE LA JUSTICE SOCIALE POUR LA SANTE MENTALE DES PERSONNES MIGRANTES

Partant du constat que l'approche proposée par Norman Daniels s'avère plus adéquate pour répondre aux principes de base que celle de Venkatapuram, il s'avérerait insatisfaisant de faire le constat d'une construction par défaut d'un modèle reposant uniquement sur un jeu d'élimination des théories les moins adéquates au profit de celle qui serait la moins inadéquate. Il ne s'agit pas en effet de proposer une théorie de la justice sociale en santé mentale au rabais, mais bien de fonder une liste de principe à même d'informer de manière effective l'établissement de la théorie la plus adéquate et les pratiques qui doivent en découler. Ainsi, des reformulations de la théorie actuelle de Daniels apparaissent nécessaires pour qu'elle puisse constituer une théorie pertinente pour la justice sociale en santé mentale et contribuer adéquatement à la lutte contre les inégalités sociales de santé mentale. A ce titre, les travaux de Jerome Wakefield sur la définition des troubles mentaux à l'articulation des approches normativistes et naturalistes, et la question des bases du respect de soi comme enjeu de reconnaissance offrent des pistes intéressantes pour étendre l'approche de Daniels. Nous allons ainsi discuter la pertinence de la théorie rawlsienne de la justice sociale en santé pour proposer une théorie de la justice sociale en santé mentale répondant adéquatement à la liste des principes établis concernant la santé mentale des personnes migrantes.

8.3.1. REPRENDRE LES LIMITES ET CRITIQUES DE L'APPROCHE DE DANIELS

8.3.1.1. NORMAL ET PATHOLOGIQUE : LA DYSFONCTION PREJUDICIABLE EN TERMES D'OPPORTUNITES

Dans *Just Health*, Daniels se montre critique à l'égard de la définition du trouble mental par Wakefield qu'il considère comme foncièrement normativiste puisqu'elle implique des valeurs sociales en cherchant à définir le caractère préjudiciable de la dysfonction. Daniels plaide en effet pour une définition de la santé qui repose sur une distinction entre le fonctionnement normal et la pathologie, ce qui lui permet par la suite de corréler le fonctionnement normal avec la notion de « gamme normale d'opportunités ». Prendre en compte la notion évaluative de préjudice ne lui paraît ni pertinent ni souhaitable pour définir la santé et la maladie dans l'objectif de fonder une théorie de la justice sociale en santé. Daniels soutient en effet que la distinction entre le normal et le pathologique ne doit souffrir d'aucune controverse afin de favoriser la réflexion théorique et pratique sur la justice sociale en santé, notamment en ce qui concerne la délibération que doivent pouvoir mener les membres de la société quant à la répartition des moyens alloués à la santé et la juste distribution de déterminants sociaux de santé. Ajouter une étape de délibération sur ce qui relève ou non du normal et du pathologique risquerait ainsi davantage de brouiller la recherche d'un consensus sur l'allocation des moyens de santé. Daniels prend l'exemple de la masturbation ou de la drapétomanie, tendance des esclaves à s'enfuir, qui ont été considérée à certaines époques et à tort comme des pathologies selon les valeurs sociales de l'époque, et constituent des arguments forts contre toute tentative de définir la maladie selon des critères sociaux.

Cependant, on peut objecter que selon l'approche de Wakefield, c'est l'absence de dysfonction factuelle, plutôt que la valeur sociale, qui ne fait pas considérer ces comportements comme des maladies. Le même argumentaire peut être fait avec l'homosexualité qui a été

considérée comme une maladie jusque dans les années 1970-1980 dans de nombreuses classifications psychiatriques. De plus, la notion de valeur sociale ne doit pas être entendue seulement dans le sens péjoratif d'une erreur potentielle de sociétés qui considéreraient à tort des conditions non pathologiques comme des maladies. Dans le cas des maladies évoquées, ce sont bien les évolutions sociétales et les débats autour de la sexualité et des droits des personnes dominées qui ont amené à redéfinir le champ du normal et du pathologique. La possibilité pour une société donnée de délibérer autour de ce qui constitue le normal et le pathologique est un état de fait qu'il semble nécessaire de prendre en compte dans une définition de la santé, notamment dans le champ de la santé mentale.

Nombreux sont les exemples où la société civile, comprenant les associations de patients notamment, ont, davantage que le corps médical, permis de mettre la lumière sur des pathologies peu étudiées ou méconnues ou, au contraire, fait abandonner la vision pathologique de conditions humaines, permettant de redéfinir le champ de la santé et de la maladie. Ainsi, sans le travail des associations de personnes homosexuelles dans les années 1960 à 1980, il est probable que l'homosexualité aurait été considérée comme une pathologie mentale plusieurs années supplémentaires dans les classifications psychiatriques[836]. Sylvain Tousseul montre comment le manque de confrontation de la psychanalyse avec les associations de personnes homosexuelles l'a amené à considérer jusqu'en 2001 l'homosexualité comme une perversion pathologique dans les classifications psychanalytiques, soit plus de vingt ans après les classifications psychiatriques[837]. Le travail de plaidoyer de certaines associations pour la santé

[836] TOUSSEUL S. (2016). Petite histoire conceptuelle de l'homosexualité. *Psychologie clinique et projective*, *22*, 47-68.

[837] « Il convient de remarquer que la psychiatrie ne fait pas de découvertes à la suite desquelles elle s'aperçoit de ses erreurs, puisque l'homosexualité sort des maladies mentales uniquement en raison de la pression que les associations d'homosexuels exercent sur elle. […] Or, dans la mesure où la psychanalyse ne subit aucune pression de la part des homosexuels, elle n'a pas de raisons de se remettre en cause, ce qui la conduit à garder sensiblement le même discours sur l'homosexualité tout au long du xx^{e} siècle, avant de commencer à changer ses positions au début du siècle suivant. » (*Ibid*, p. 62).

mentale des femmes victimes de violences conjugales ou pour la santé mentale des personnes noires de peau ont également amené à la réalisation de travaux de recherche sur le rôle de déterminants sociaux de la santé dans l'état de santé mentale de ces populations.

Ainsi, le refus de Daniels d'adhérer à la théorie de Wakefield par son rejet du normativiste se doit d'être nuancé par les éléments que nous avons précédemment discutés. Notamment, l'argument quant à la nécessité de pouvoir mettre en discussion les définitions du normal et du pathologique au sein d'une société donnée apparaît tout à fait compatible avec les théories rawlsiennes de la justice comme équité et, plus précisément, avec l'approche de la santé proposée par Daniels qui repose sur la capacité de délibération autour de l'allocation des moyens de santé. L'absence de délibération sur les définitions du normal et du pathologique, que permet pourtant la définition de Wakefield, peut conduire à une définition arbitraire de la santé et de la maladie, au risque de voir des populations privées d'accès à des moyens de santé par non-reconnaissance de leur trouble ou, inversement, des moyens alloués en direction de conditions désignées arbitrairement comme pathologique. Une société pourrait ainsi refuser de financer des services d'addictologie pour aider les personnes souffrant de troubles de l'usage de drogues en les considérant comme des criminels et, dans le même temps, allouer des moyens pour des thérapies de conversion à destination des personnes homosexuelles considérées comme malades. En revanche, la combinaison de la définition du trouble mental par Wakefield et de la théorie rawlsienne de la justice sociale en santé de Daniels permet une délibération rationnelle sur la définition de la santé et pas uniquement sur l'allocation des ressources de santé.

De plus, Wakefield s'appuie sur les concepts de dysfonction et de fonction normale sur lesquels Daniels fait reposer son extension des théories rawlsiennes aux questions de santé à travers la notion de gamme normale d'opportunités. Si, comme nous l'avons montré, concéder à l'approche partiellement normativiste de Wakefield apparaît compatible avec la théorie de

Norman Daniels, alors cette extension de sa théorie permet d'assurer son adéquation avec la question de la santé mentale. Si Daniels souligne dans *Just Health* son souhait de s'appuyer sur une théorie de la santé qui ne soit ni naturaliste ni normativiste pour éviter les écueils de chacune de ces deux approches, il nous semble que souscrire à la théorie de Wakefield permet de répondre à cette attente[838]. En articulant normativisme et naturalisme au sein d'une approche intégrative, Wakefield permet en effet d'éviter les écueils craints par Daniels et de prévenir à la fois les risques du tout naturalisme et du tout normativisme.

De plus, la notion de dysfonction (*dysfunction*) développée par Wakefield apparaît compatible avec l'approche de Daniels qui repose sur le concept de fonction normale (*normal functioning*) qu'il considère comme étant le niveau de santé de base associé à la notion de gamme normale d'opportunités. Rappelons que Daniels accorde une importance particulière à la préservation du fonctionnement normal car il maintient la « gamme normale d'opportunités » et donc l'équitable égalité des chances des individus. Dès lors, la survenue d'une dysfonction, telle que définie par Wakefield, dans le cadre d'un trouble mental compromet l'accès à la gamme normale d'opportunités de l'individu atteint par ce trouble. Par ailleurs, Norman Daniels appuie sa définition de la notion de besoins sur la définition qu'en donne David Wiggins[839] et qui prend en compte le préjudice (*harm*) que va générer le fait de ne pas combler les besoins de l'individu. Daniels articule ce préjudice avec le fonctionnement normal en stipulant que le préjudice évoqué par Wiggins provient, dans le cadre de la santé, du défaut de fonctionnement normal[840]. Il apparaît ainsi que, comme chez Wakefield, les notions de dysfonction, en miroir de celle de fonctionnement normal, et de préjudice sont centrales dans

[838] Daniels se dit en effet prêt à concéder au normativisme, tant que le pan naturaliste de la définition de la santé est respecté. Il écrit ainsi « It will not matter if what counts as a disease category is relative to some features of social roles in a given society and thus to normative judgements, provided that the basic notion of normal functioning is left intact. » (DANIELS N., *JH*, p.42).

[839] WIGGINS D. (2010). *Needs values truth : essays in the philosophy of value* (3. ed. repr). Clarendon Press.

[840] « Wiggins (1998) analysis builds on the claim that our needs are necessary to prevent harms to us. […] I focus on the harm that comes from departure from normal functionning » (DANIELS N., *JH*, p. 34).

l'approche de Daniels et peuvent aisément s'inscrire dans la définition de la santé mentale proposée par Wakefield, donc dans le premier principe de base que nous avons établi. Ainsi, contrairement à l'objection que formule Venkatapuram à l'égard de Daniels, l'approche de ce dernier s'inscrit dans une articulation entre théorie philosophique de la santé et théorie de la justice, permettant d'articuler les concepts de la justice comme équité avec une définition du normal et du pathologique en santé mentale.

Dans l'ouvrage collectif *Defining mental disorders, Jerome Wakefield and his critics*[841], la philosophe britannique Rachel Cooper souligne le manque de précision de Wakefield sur la notion de préjudice[842], ce dont ce dernier convient d'ailleurs volontiers dans son chapitre de réponse à Cooper[843]. Cette dernière s'interroge notamment sur qui peut, ou doit, évaluer la nature de ce préjudice. S'agit-il en effet d'un préjudice subjectif, ressenti par la personne porteuse d'une dysfonction ? Dans ce cas, faut-il considérer comme une maladie une dysfonction qui n'est pas ressentie comme préjudiciable par un patient ? Un patient atteint de trouble psychotique, tel que la schizophrénie, peut-il alors être considéré comme non malade s'il dit ne pas ressentir de préjudice ? Doit-on plutôt considérer le fait que cette dysfonction est habituellement considérée comme préjudiciable par les personnes en étant porteuses et donc en faire de même chez ce patient ? Dans ce cas, puisque la schizophrénie est généralement considérée comme préjudiciable, alors il convient de considérer ce patient comme étant malade. Au contraire, s'agit-il d'un préjudice ressenti par la société plutôt que par la personne concernée ? Dans ce cas de figure, si ce patient ne se considère pas préjudicié mais que ses

[841] FAUCHER L. & FOREST D. (2021). *Defining mental disorder : Jerome Wakefield and his critics*. MIT Press.

[842] COOPER R. (2021) On harm. In : FAUCHER L. & FOREST D. (Eds., 2021). *Defining mental disorder: Jerome Wakefield and his critics*. MIT Press.

[843] « I have written relatively little about the HDA's harm compnent other than to defend the necessity of a harm criterion against pure naturalist accounts. » (WAKEFIELD J. (2021). Reply to Rachel Cooper. In : FAUCHER L. & FOREST D. (Eds., 2021). *Defining mental disorder : Jerome Wakefield and his critics*. MIT Press).

proches, ou la société, observent un préjudice dû à sa dysfonction, alors il peut être considéré comme malade. Pour Cooper, il convient de considérer le préjudice selon l'avis subjectif de la personne concernée, ce qui permet de limiter les erreurs qu'une société donnée peut commettre dans sa définition de ce qui constitue un préjudice, et donc une maladie.

Wakefield répond que l'établissement de la dysfonction préjudiciable cherche avant tout à limiter le risque des approches relativistes de Foucault et de Szasz, si bien que la notion de dysfonction a été davantage discutée. Pour Wakefield, la question du préjudice doit avant tout être évaluée selon des valeurs sociales qui dépendent de standards socioculturels. Au vu des discussions que nous avons préalablement menées, nous pouvons proposer la notion de « dysfonction préjudiciable en termes d'opportunité » comme définition du trouble mental. Il s'agit alors de considérer la gamme normale d'opportunité comme étalon socialement évaluable permettant de distinguer le préjudice associé à une dysfonction.

En effet, l'articulation de la définition de Wakefield avec Daniels apparaît pertinente à deux points de vue. Tout d'abord, l'importance donnée par Daniels à la « gamme normale d'opportunités » fixe un cadre potentiel de définition du préjudice impliqué dans la dysfonction préjudiciable. En effet, le défaut d'accès à la gamme normale d'opportunités causé par une dysfonction permet d'évaluer objectivement ce qui constitue ou non un préjudice. Ce préjudice peut être évalué à l'échelle individuelle (ressenti pour un patient donné), générale (atteinte de la gamme normale d'opportunités habituelle pour une dysfonction donnée) mais aussi à l'échelle de la société (l'absence de ressenti subjectif d'atteinte de sa gamme normale d'opportunités par une personne donnée peut être pondérée par le ressenti de la société concernant son préjudice réel). Ainsi, il ne s'agit pas que la société considère qu'une personne constitue un problème ou un danger en son sein, mais bien que sa gamme normale d'opportunités soit diminuée par la dysfonction qu'il présente. Le jugement qui peut être porté par d'autres membres de la société sur une personne ne repose pas sur des questions de

dangerosité ou de troubles à l'ordre public, mais bien sur lr préjudice en termes de justice sociale pour l'individu. De plus, la partie objectivement mesurable que représente la dysfonction permet d'éviter des diagnostics abusifs sur la seule base de l'évaluation d'un préjudice. Une personne ne présentant qu'une altération de sa gamme normale d'opportunités ne sera pas considérée comme malade mentalement si elle ne présente aucune dysfonction, ce qui permet de faire la distinction entre la maladie et un certain nombre de conditions sociales altérant les opportunités (pauvreté, statut minoritaire…).

Ensuite, le modèle de la dysfonction préjudiciable en termes d'opportunités fixe également un modèle pour le processus délibératif, puisque l'approche rawlsienne de Daniels informe les processus délibératifs qui doivent être mis en place dans le cadre de la justice sociale en santé. Ainsi, le jugement concernant ce qui constitue un préjudice au regard d'une altération de la gamme normale d'opportunités pourra être évalué socialement selon un processus délibératif établi. Daniels insiste notamment sur l'importance d'appuyer les décisions de santé sur les données de la science biomédicale, ce qui s'avère tout à fait compatible avec un processus délibératif plus global incluant d'autres membres de la société que les médecins et les chercheurs. La responsabilité pour le caractère raisonnable des décisions politiques en matière de santé définie par Daniels soutient en effet le caractère public des décisions de santé (*publicity condition*), que l'on peut étendre à la réflexion sur le normal et le pathologique pour les cas litigieux. Des exemples récents, tel que l'endométriose, démontrent à ce titre que des mouvements de patients ou d'usagers sont à même de faire émerger l'existence de pathologies peu, voire pas étudiées, par la médecine, sans qu'il ne s'agisse pour autant de créations abusives de maladies.

Wakefield rappelle que toute théorie définissant la santé trouvera toujours un cas particulier venant la réfuter, ce qui est dans doute le cas de la dysfonction préjudiciable en termes d'opportunités. Par exemple, une dysfonction qui n'est habituellement pas considérée

comme préjudiciable en termes d'opportunités mais qui l'est pour un patient donné posera question. Encore une fois, la délibération, ici réalisée entre le patient, les médecins et les médecins du travail ou de la sécurité sociale, pourra se situer à l'échelle individuelle. Un tel exemple tend également à montrer la vision uni-diagnostique de la plupart des théories qui cherchent à définir la santé et la maladie, or l'existence de plusieurs pathologies chez un même individu constitue une réalité épidémiologique et clinique de plus en plus fréquente. A ce titre, la multi-morbidité, notamment entre pathologies physiques et mentales, est particulièrement fréquente chez les personnes migrantes et issues de minorités ethniques, favorisée par la discrimination ethno-raciale[844]. L'effet des inégalités sociales de santé est également de favoriser la survenue concomitante de troubles physiques et mentaux et donc de limiter d'autant plus la gamme d'opportunités, ce qui nécessite de sortir de modèles uni-diagnostiques de définition du normal et du pathologique. A même niveau de dysfonction, deux personnes pourront ressentir un niveau de préjudice différent selon le niveau de comorbidité qu'elles subissent. Cette réalité épidémiologique nécessite qu'une délibération sur le préjudice puisse être menée à une échelle sociétale et individuelle, ce que permet la dysfonction préjudiciable en termes d'opportunités.

8.3.1.2. DANIELS, RAWLS ET LA RECONNAISSANCE

Dans son argumentaire, Nancy Fraser considère que les théories redistributives ne sont pas en capacité de prendre en compte les enjeux de reconnaissances rencontrées dans le champ de la justice sociale, notamment concernant les minorités raciales, ethniques ou sexuelles. L'objectif mis sur la réduction des inégalités sociales due à une distribution inique des biens premiers ou des capabilités indiquerait une abrasion des différences sociales et culturelles, au détriment d'une reconnaissance des demandes de reconnaissance venant des minorités.

[844] OH H.Y., Leaune E., Vancampfort D., Shin J.I. & Stickley A. (2022). Multimorbidity among Latinx-Americans and Asian American/Pacific Islanders. *Journal of Ageing and Longevity.*

Cependant, plusieurs auteurs ont discuté la place donnée dans la théorie rawlsienne ou dans l'approche par les capabilités aux questions de reconnaissance[845].

Christian Lazzeri questionne notamment dans son article *Le problème de la reconnaissance dans le libéralisme déontologique de John Rawls*[846] la capacité de la théorie rawlsienne à prendre en compte les enjeux de reconnaissance. Lazzeri considère que Rawls « semble disposer d'une véritable théorie de la reconnaissance publique aussi bien qu'interindividuelle »[847]. Rawls considère en effet le respect de soi comme un « bien premier fondamental » et écrit que les « bases sociales du respect de soi » constituent à ce titre le « bien premier le plus important »[848]. Ainsi, le respect et l'estime de soi figurent parmi les biens primaires les plus fondamentaux parce qu'ils constituent « la condition fondamentale de construction des projets rationnels de vie des individus »[849]. L'importance du respect de soi comme bien premier s'étend dans la capacité des individus à pouvoir exprimer leurs talents dans le contexte de leur plan rationnel de vie, mais également dans les facultés morales du raisonnable et du rationnel qui peuvent également conférer une reconnaissance aux agents moraux dans le cadre de la coopération avec autrui et de la conception du bien auxquels ils consentent. Plus précisément, on peut considérer que « le respect de soi constitue le plus important de tous les biens premiers, le premier bien de tous les biens premiers »[850], si bien que la reconnaissance constitue la condition première et la garantie de l'obtention des droits

[845] GRAF G. & SCHWEIGER G. (2013). Capabilities, recognition and the philosophical evaluation of poverty: a discussion of issues of justification and the role of subjective experiences, *International Critical Thought, 3*(3), 282-296.

[846] LAZZERI C. (2004). Le problème de la reconnaissance dans le libéralisme déontologique de John Rawls. *Revue du MAUSS*, *23*(1), 165-179.

[847] *Ibid*, p. 167.

[848] « Rawls ne cesse d'ailleurs de souligner que le « respect de soi-même, comme bien premier, a une place centrale » [*cf*. JT, § 11, p. 93; JD, p. 65,88,164,175], qu'il constitue « un bien fondamental » [*cf*. JT, § 17, p. 137; LP, VIII, § 6, p. 377], « primordial », qu'il « est peut-être le bien premier le plus important » ou, plus exactement d'ailleurs, que ce qui est le plus important en tant que bien premier, ce sont les « *bases sociales* du respect de soi » » (*Ibid*, pp. 167-168).

[849] *Ibid*, p. 168.

[850] *Ibid*, p. 169.

économiques et sociaux et des droits politiques. En effet, l'obtention de ces droits est à la base des conditions de réalisation de leur conception du bien et d'exercice de leurs talents. Lazzeri écrit ainsi que sans reconnaissance sociale, et donc sans respect de soi préalable, les agents n'auront pas le désir d'obtenir des droits et de développer leurs talents[851]. En retour, l'obtention des droits et l'exercice des talents constituent les conditions nécessaires pour la reproduction de la reconnaissance et du respect de soi. Les institutions politiques vont dès lors viser la juste distribution des bases sociales du respect de soi pour offrir aux citoyens une reconnaissance formelle et publique qui va venir compléter la reconnaissance informelle issue de l'exercice des droits et des talents.

Daniels reprend à son compte l'importance donnée par Rawls aux bases sociales du respect de soi dans la liste des biens premiers en les intégrant dans les déterminants sociaux de la santé, au même titre que les droits, les niveaux de revenu ou les libertés. Il cite ainsi l'exemple de la souffrance au travail en la corrélant avec un défaut de protection des bases sociales du respect de soi, démontrant ainsi qu'une prise en compte du déni de reconnaissance est possible au sein d'une théorie redistributive de la justice sociale en santé mentale[852]. Ainsi, Daniels souligne que les différences de salaires ne sont pas les seuls déterminants impliqués dans la mauvaise santé des salariés les plus défavorisés. Étant donné que Rawls ne donne aucune information sur une potentielle hiérarchie entre les différents biens primaires ou sur la manière dont ils devraient s'agencer entre eux, il est possible considérer les bases sociales du respect de

[851] « Chacun a besoin des libertés de base pour développer ses deux facultés et ses différents talents, et a besoin de moyens pour les exercer non seulement en tant qu'excellences, mais en tant que sources de reconnaissance. Si donc les agents désirent obtenir des biens premiers de ce type, c'est pour réaliser leurs intérêts de premier ordre et d'ordre supérieur incluant évidemment la reconnaissance. Sans reconnaissance sociale et sans respect de soi préalables, nul ne pourrait jamais désirer mettre en œuvre ces deux catégories d'intérêts et ainsi désirer développer les deux facultés morales et les talents en général. » (*Ibid*, p. 169).

[852] « Marmot documents how hierarchical workplaces may create health inequalities through the effect of status on stress. […] From Marmot's wok, we may infer that hierarchical workplaces not only undermine health, and thus opportunity, but do so because there is inadequate protection of self-respect » (DANIELS N., *JH,* pp. 94-95).

soi comme un bien premier d'une importance particulière dans l'approche redistributive rawlsienne de la justice sociale, voire comme le bien premier le plus fondamental.

8.3.1.3. DANIELS ET LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

Alors que Venkatapuram critique la compréhension, selon lui inepte, que formule Daniels des déterminants sociaux à partir de la notion rawlsienne de biens premiers, il convient en réalité de réhabiliter Daniels sur ce point précis. L'exemple qu'il donne du racisme et de ses effets sur la santé mentale et physique démontre bien que Daniels n'entend pas, comme le pense Venkatapuram, les déterminants sociaux de la santé comme des « bonnes choses » que l'on peut coupler avec les biens premiers[853]. Au contraire, il les considère comme des préjudices directs et indirects pour la santé physique et mentale des personnes, injustement distribués au sein de la société et à la base des inégalités sociales de santé. Rappelons que Daniels, qui se base sur les travaux scientifiques sur le sujet, décrit les effets directs, indirects et systémiques du racisme sur la santé des minorités raciales. Ainsi, contrairement à l'objection de Venkatapuram, l'approche de la justice sociale en santé établie par Daniels répond adéquatement à notre troisième principe de base.

8.3.2. EXTENSION DE L'APPROCHE DE NORMAN DANIELS A LA SANTE MENTALE DES PERSONNES MIGRANTES

Ainsi, la théorie rawlsienne de la justice sociale en santé de Norman Daniels apparaît la plus à même de répondre aux cinq principes que nous proposons. En reprenant l'exemple du racisme évoqué par plusieurs auteurs, dont Daniels dans *Just Health*[854], nous pouvons montrer comment son approche permet de répondre adéquatement à cette problématique centrale dans

[853] « Daniels seems to have understood social determinants as good things and has paired them up with Rawls' primary goods » (VENKATAPURAM S., *HJ,* p. 197).
[854] NORMAN D., *JH,* pp. 299-312.

l'altération de la santé mentale des personnes racialisées. Pour rappel, Daniels décrit trois types d'impacts du racisme sur la santé des individus, à savoir a) un défaut d'accès aux services de santé du fait de pratiques discriminatoires inscrites dans le système de santé et les pratiques professionnelles, b) les effets délétères directs de l'exposition au racisme sur la santé des individus par le biais d'atteintes psychologiques (détresse psychologique) et biologiques (augmentation de la pression artérielle, stress…) et c) l'exposition cumulative à des facteurs de risque délétères pour la santé résultant du racisme structurel[855]. Cette recension précise des effets du racisme peut s'articuler avec l'approche tridimensionnelle de Fraser pour prendre en compte l'ensemble des enjeux de justice sociale en santé posé par le racisme (second principe) et permet également de définir avec précision les déterminants sociaux de santé des populations concernées (troisième principe). La prise en compte de la notion de dysfonction préjudiciable en termes d'opportunités permettra de distinguer ce qui ressort d'une réaction normale (participation à des actions de lutte contre le racisme, activisme politique, dénonciation du racisme…) et d'une réaction pathologique, dans le cas par exemple d'une personne délirante qui se considérerait victime d'un complot à son égard du fait de ses caractéristiques ethno-raciales (premier principe). Dans sa discussion des mesures à prendre pour lutter contre les effets délétères sur la santé du racisme, Daniels évoque la possibilité de proposer des sessions de formation aux professionnels de santé portant sur les stéréotypes et préjugés à l'égard des personnes racialisées ou un référentiel de pratiques opposables pour les professionnels (quatrième et cinquième principes).

Se pose dès lors la question de savoir si le système de santé doit ou non donner la priorité à cette problématique, au risque que d'autres enjeux de justice sociale en santé et d'autres populations à risque ne soient pas pris en compte. Si la réponse est positive, de quelle manière cette priorité doit-elle s'inscrire dans le système de santé ? Reprenant les discussions menées

[855] *Ibid*, pp. 299-300.

par Larry Temkin[856], Daniels discute alors la possibilité de juger si, entre deux inégalités sociales de santé, l'une est plus injuste que l'autre et doit recevoir une plus grande priorité que l'autre. Par exemple, les inégalités de santé liées au genre doivent-elles prendre le pas sur celles liées au statut ethno-racial ? Pour Daniels, l'impossibilité de juger objectivement d'une hiérarchie entre les inégalités de santé démontre la nécessité d'un processus délibératif afin de dégager des consensus et de dépasser les désaccords pour apporter des réponses concrètes (cinquième principe). En s'appuyant sur les meilleures preuves et arguments (*best evidence and arguments*) au cœur du processus délibératif, Daniels soutient que des solutions en faveur de la justice en santé pour les personnes racialisées pourront s'engager, guidées en cela par le principe de responsabilité du caractère raisonnable (*accountability for reasonableness*) des décisions prises.

[856] TEMKIN L.S. (1997). *Inequality*. New York: Oxford University Press

8.4. LA CAPACITE DES PRINCIPES DE BASE A EVALUER DE NOUVELLES APPROCHES

La proposition d'une extension de la théorie rawlsienne de la justice sociale en santé proposée par Norman Daniels à la santé mentale des personnes migrantes et issues de minorités ethniques permet d'initier une réflexion sur la justice sociale en santé mentale. En effet, en nous appuyant sur la liste des cinq principes de base, nous avons pu démontrer que l'approche de Daniels, couplée à celle de Wakefield, est la plus à même d'apporter des réponses théoriques et pratiques aux enjeux soulevés. On pourrait objecter que notre modèle, certes intéressant pour la santé mentale des migrants, est limité à ce domaine. Il convient donc d'interroger les extensions possibles de ce modèle philosophique de la justice sociale en santé mentale.

Afin d'évaluer sa pertinence, nous proposons, en tant que psychiatre spécialisé dans la prévention du suicide, de le tester en citant la « théorie culturelle du suicide », récemment établie par la psychologue américaine Joyce P. Chu et son équipe. A ce titre, l'enjeu de santé publique soulevé par les conduites suicidaires en termes de justice sociale s'avère fondamental. En effet, les différences de mortalité par suicide en fonction du niveau socio-économique sont aujourd'hui identifiées et les études internationales montrent une augmentation de ces inégalités au cours des dernières décennies[857], ce alors que les inégalités sociales de mortalité dues à d'autres causes tendent plutôt à diminuer[858]. Les facteurs impliqués dans l'augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide ne sont que partiellement connus[859], ce qui indique

[857] LORANT V., de Gelder R., Kapadia D., Borrell C., Kalediene R., Kovács K., Leinsalu M., Martikainen P., Menvielle G., Regidor E., Rodríguez-Sanz M., Wojtyniak B., Strand B. H., Bopp M., & Mackenbach J. P. (2018). Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: the widening gap. *The British Journal of Psychiatry*, *212*(6), 356–361.

[858] MACKENBACH J.P., Kulhánová I., Artnik B., Bopp M., Borrell C., Clemens T., Costa G., Dibben C., Kalediene R., Lundberg O., Martikainen P., Menvielle G., Östergren O., Prochorskas R., Rodríguez-Sanz M., Strand B.H., Looman C.W. & de Gelder R. (2016). Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *BMJ (Clinical research ed.)*, *353*, i1732. 2.

[859] LORANT V., Kapadia D., Perelman J., & DEMETRIQ study group (2021). Socioeconomic disparities in suicide: Causation or confounding?. *PloS one*, *16*(1), e0243895.

la mise en œuvre des travaux de recherche dédiés en épidémiologie et en sciences sociales. Malgré le travail initial d'Émile Durkheim dès la fin du XIXème siècle sur les causes sociales du suicide[860], force est de constater que les travaux s'intéressant aux inégalités sociales de santé dans le champ des conduites suicidaires demeurent en effet insuffisants.

L'ethnopsychiatrie elle-même n'a guère prêté d'attention à cette problématique clinique et épidémiologique. En plus de vingt ans de publications dans la revue *L'autre*, on ne recense par exemple que deux articles sur le sujet, datés respectivement de 2015 et de 2022, preuve du manque d'intérêt de la discipline pour la question des conduites suicidaires. Le premier est un court résumé d'une thèse de médecine réalisée sur la prévention du suicide chez les enfants de moins de 13 ans à la Réunion[861], tandis que le second est un résumé d'une étude en cours de réalisation s'intéressant aux représentations culturelles de la dépression et du suicide chez les personnes francophones ouest-africaines du Québec et de Côte d'Ivoire[862]. Nous avons vu que Devereux évoque le suicide chez les Indiens Mohaves dans son traité d'*Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves*[863], en utilisant le cadre complémentariste dont nous avons démontré les limites. Le cas du suicide des jumeaux sur lequel il s'appuie confond en réalité des situations de suicide avérés de jumeaux adultes et des décès prématurés, considérés comme volontaires, survenant chez des bébés jumeaux. Devereux cite ainsi l'exemple de jumeaux mort-nés, issus d'une union entre une femme et un homme, originaires de deux tribus différentes. Les Mohaves auraient considéré qu'il s'agissait d'un suicide car ces jumeaux ne souhaitaient pas naître entre deux tribus[864].

[860] DURKHEIM É. (1930). *Le suicide. Etude de sociologie*. Presses universitaires de France.

[861] BAUX CAZAL L. & GOKALSING E. (2015). Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans dans le monde et à La Réunion. *L'Autre*, *16*, 333-335.

[862] N'GORAN N. & ZOLDAN Y. (2022). Représentation culturelle de la dépression et du suicide chez les Francophones ouest-africains du Québec et de Côte d'Ivoire. *L'autre*, *23*, 321-325.

[863] DEVEREUX G. (1996), *op.cit*, pp. 574-587.

[864] *Ibid*, p. 585

Ainsi, il convient de proposer des modèles s'intéressant aux facteurs socio-culturels du suicide dans les populations migrantes et les minorités ethniques afin de mettre en œuvre des stratégies de prévention dédiées. L'utilisation de notre liste de cinq principes de base pour la justice sociale en santé mentale permettra de guider une telle entreprise.

Le modèle de la *théorie culturelle du suicide* vise à prendre en compte les facteurs de stress spécifiques rencontrées par les minorités ethno-raciales dans le cadre des conduites suicidaires[865]. Se basant sur une revue de littérature portant sur plus d'une centaine d'articles, quatre facteurs culturels du suicide sont retenus par Chu et son équipe : les sanctions culturelles du suicide, les idiomes de détresse, le stress minoritaire et la discorde sociale. La notion de « sanctions culturelles » (*cultural sanctions*) renvoie au caractère jugé acceptable ou inacceptable du suicide dans une société donnée. Certaines cultures vont par exemple sanctionner fermement le suicide en tant qu'acte moralement condamnable, pouvant en partie expliquer des taux de suicide excessivement faibles dans certaines minorités ethno-raciales. Au contraire, d'autres cultures vont tendre à valoriser le suicide comme moyen honorable de faire face à une situation honteuse ou déshonorante. Dans le même temps, la sanction de certains comportements va pouvoir majorer le risque de suicide chez certains membres d'une communauté donnée. Les cultures ou religions condamnant ou sanctionnant par exemple l'homosexualité pourront considérer comme étant moins inacceptable le suicide d'une personne homosexuelle, majorant le stress perçu par les individus concernés. De même, certains évènements de vie considérés comme honteux dans certaines cultures (être victime d'agression sexuelle, avortement, déshonneur public…) peuvent précipiter des passages à l'acte suicidaire.

Les « idiomes de détresses » (*idioms of distress*) sont définis comme des variations culturelles ou ethno-raciales dans la manifestation ou l'expression de symptômes

[865] CHU J.P., Goldblum P., Floyd R., & Bongar B.M. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Journal of Applied & Preventive Psychology, 14*, 25-40.

psychologiques ou psychiatriques. Chu *et al*. décrivent à ce titre trois manières différentes dont les conduites suicidaires peuvent varier culturellement : la capacité d'exprimer ses idées suicidaires, l'expression des symptômes suicidaires et les méthodes de passage à l'acte. Les individus appartenant à certaines minorités ethno-raciales semblent par exemple moins enclins à verbaliser spontanément leurs idées suicidaires. De même, les symptômes associés aux idées suicidaires vont différer, des émotions habituelles telles que la perte d'espoir, la perte d'estime de soi ou le retrait social apparaissant moins fréquentes chez les personnes issues de certaines minorités ethno-raciales au profit de symptômes tels que la colère, l'irritabilité ou la prise de risque. Enfin, les moyens utilisés pour le passage à l'acte suicidaire peuvent varier en fonction des minorités ethno-raciales, les armes à feu ayant par exemple une place différente selon les groupes.

Le concept de « stress minoritaire » (*minority stress*) correspond aux facteurs de stress auxquels sont confrontées les minorités ethno-raciales du fait de leur position sociale. On définit généralement deux niveaux de stress minoritaire : un niveau distal qui comprend les expériences quotidiennement répétées de discrimination et de rejet, sous la forme notamment des micro-agressions, et un niveau proximal qui comprend l'internalisation des vécus négatifs, des stéréotypes et croyances au sujet d'un groupe culturel ou ethno-racial. Le stress acculturatif, les micro-agressions ethno-raciales et la précarité sociale constituent notamment les composants de ce stress minoritaire et sont tous trois corrélés au risque suicidaire dans les minorités ethno-raciales.

Enfin, la notion de « discorde sociale » (*social discord*) souligne l'importance du soutien social dans les conduites suicidaires. Le manque ou la perte de soutien social sont en effets fortement corrélés au risque suicidaire et sont souvent situés au cœur des modèles actuels

de compréhension des conduites suicidaires[866]. Cependant, le rôle des conflits familiaux ou de la perte de soutien familial, des expériences de rejet social dans le monde du travail ou au sein de la communauté vont prendre une part plus ou moins importante et une forme différente selon les minorités ethno-raciales. La force des liens familiaux, le sentiment d'appartenance à sa propre communauté ou la valeur donnée au travail sont en effet différentes d'un groupe minoritaire à l'autre, en fonction du contexte social et politique.

A partir de ces quatre dimensions culturelles des conduites suicidaires, Chu *et al.* proposent le modèle de la *Théorie culturelle du suicide* qui s'appuie sur trois principes fondamentaux. Le premier principe stipule que la culture affecte la manière dont les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont exprimées. Le second principe souligne que la culture affecte les facteurs de stress qui mèneront aux conduites suicidaires dans les minorités ethno-raciales. Enfin, le dernier principe postule que le sens culturel données aux facteurs de stress et aux conduites suicidaires va influer sur le développement d'idées suicidaires, l'intentionnalité de passage à l'acte et sur le passage à l'acte. Selon ce modèle, le caractère tolérable ou non des évènements de vie et le niveau d'acceptabilité culturelle du suicide vont ainsi favoriser ou empêcher des passages à l'acte suicidaires chez des personnes issues de minorités ethno-raciales.

Au regard de notre liste des cinq principes de bases, nous pouvons souligner que la théorie culturelle du suicide répond aux premier et troisième principes en interrogeant les définitions du normal et du pathologique concernant les conduites suicidaires et en s'appuyant sur les déterminants sociaux de la santé à partir, notamment, de la notion de stress minoritaire. L'articulation entre facteurs culturels et sociaux apparaît également à même de prendre en compte les enjeux de justice sociale en termes de reconnaissance et de redistribution soutenus

[866] VAN ORDEN K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A. & Joiner T.E.Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600.

par le second principe. L'incertitude est plus grande concernant les quatrième et cinquième principes puisque les implications du modèle sur l'organisation du système de santé ne sont pas évidentes et que la mise en œuvre de pratiques socialement responsables et délibératives n'est pas ouvertement proposée. Nous pouvons cependant faire l'hypothèse qu'une extension du modèle de la théorie culturelle de suicide en termes de pratiques de soin, sous l'angle de l'humilité culturelle, et d'organisation du système de santé, à partir des concepts de la responsabilité sociale, permettrait de répondre adéquatement à l'ensemble des principes établis par notre modèle. Dans cet exemple, notre modèle offre ainsi des pistes d'amélioration qui semblent à première vue pertinentes pour répondre aux enjeux de justice sociale en santé mentale dans le cadre spécifique d'un modèle socioculturel de compréhension des conduites suicidaires.

8.5. CONCLUSION

Notre réflexion nous a amené à distinguer dans ce dernier chapitre cinq principes fondamentaux afin d'élaborer une théorie de la justice sociale pour la santé mentale des personnes migrantes, en nous appuyant à la fois sur les théories existantes de la justice sociale en santé, mais aussi sur des approches innovantes du soin auprès des personnes migrantes et défavorisées. Cette double approche théorique et empirique nous a permis de dégager des principes nécessaires et suffisants pour répondre le plus adéquatement aux enjeux de justice sociale posés par la question de la santé mentale des personnes migrantes. Après avoir analysé la capacité des théories existantes à répondre à ces principes fondamentaux, il s'est avéré que l'approche rawlsienne défendue par Norman Daniels apparaît comme la plus adéquate. Cependant, il ressortait également que des limites persistaient dans la capacité de l'extension de l'approche rawlsienne, à savoir le manque de définition précise des notions de santé et de maladie, l'imprécision sur la capacité à articuler enjeux de redistribution et de reconnaissance chez Daniels et les objections concernant le caractère prétendument étatiste et non cosmopolite de sa théorie de la justice sociale. Afin de tenter de répondre aux deux principes qui étaient insuffisamment pris en compte par l'approche de Daniels, nous avons proposé une double extension de sa théorie concernant 1) la définition de la santé au travers de l'approche de Wakefield nous permettant de définir le trouble mental comme « dysfonction préjudiciable en termes d'opportunité » et 2) aux enjeux de reconnaissance par le biais du rôle central conféré par Rawls aux bases sociales du respect de soi en tant que bien primaire. Il est apparu que ces propositions permettaient de consolider son intérêt pour répondre adéquatement à la liste de principes fondamentaux que nous avons établie.

De plus, nous avons analysé l'approche internationale en termes de santé mondiale que propose Daniels dans *Just Health* et qui permet la prise en compte de la santé mentale des personnes migrantes dans le cadre d'une approche rawlsienne de la justice sociale. En décrivant

les sources des inégalités internationales en santé et en situant son approche dans la critique des approches étatistes de la justice sociale, Daniels offre un cadre théorique et pratique à la prise en compte des enjeux de santé mondiale et de la santé mentale des personnes migrantes.

Nous avons placé au cœur de notre modèle la question du racisme que Daniels utilise justement pour exemplifier les effets complexes des déterminants sociaux sur la santé des personnes et des populations. Sa critique des pratiques de soins discriminatoires à l'égard des minorités racialisées lui permet d'apporter un cadre normatif à l'amélioration du système de soin et des pratiques professionnelles, ce qui inscrit son approche dans une série d'obligations liées à la justice sociale en faveur de la santé. L'extension de la théorie de Daniels à la santé mentale des personnes migrantes permet ainsi de proposer un cadre normatif permettant de distinguer ce qui relève du normal et du pathologique en évitant l'écueil du relativisme culturel, de prendre en compte à la fois les enjeux de reconnaissance et de redistribution, d'inscrire les déterminants sociaux de la santé mentale, et notamment la discrimination, au cœur du modèle et d'apporter les bases d'une transformation des pratiques professionnelles et du système de santé en faveur de la responsabilité sociale des institutions et des professionnels.

Le modèle que nous proposons s'est montré pertinent pour évaluer une théorie récemment développée concernant les facteurs culturels et sociaux impliqués dans les conduites suicidaires des personnes migrantes et issues de minorités ethniques. La nécessité de mieux définir les implications de ce modèle en termes de pratiques professionnelles et de modification du système de santé devra faire l'objet de travaux de recherche dédiés.

CONCLUSION

Dans le chapitre qu'il consacre à la description des conditions de vie des Indiens des Plaines, Georges Devereux écrit en conclusion qu'il convient de lire l'histoire de Jimmy Picard « en gardant constamment présente à l'esprit la nature du cadre social dans lequel les différents incidents qu'on rapporte ont eu lieu »[867]. Derrière cette notion de cadre social, Devereux évoque clairement le rôle de la discrimination[868], signe de sa connaissance des phénomènes discriminatoires dont les minorités autochtones sont victimes ainsi que de leur rôle potentiel sur la santé mentale de ces populations. Cependant, nous avons démontré combien la fondation de l'ethnopsychiatrie par Devereux s'affranchit des réalités sociales et politiques auxquelles se trouve confronté Jimmy Picard, au profit d'une inflation interprétative soutenue par une lecture culturelle et psychanalytique de ses troubles. Cette phrase de Devereux souligne une subtilité majeure, à savoir que l'ethnopsychiatrie ne s'est pas construite sur le déni fondamental des facteurs sociaux affectant la santé, notamment la discrimination raciale, mais plutôt sur une élaboration théorique ne permettant pas de les prendre en compte. Le complémentarisme revendiqué par l'ethnopsychiatrie française entre l'anthropologie, dans sa version la plus archaïque, et la psychanalyse, la réduit ainsi à l'impossibilité d'inclure adéquatement dans le modèle qu'elle propose les effets des déterminants sociaux de la santé sur les populations auprès desquelles elle intervient.

De plus, cette inflation interprétative, partant du postulat d'une confusion entre rêve et réalité chez les Amérindiens, contrevient à plusieurs égards au principe philosophique de

[867] DEVEREUX G., *PIP*, p. 78.
[868] « Nous dirons que le secteur de la culture américaine est si chargé de pratiques discriminatoires et de manière à la fois stéréotypées et destructrices de voir l'Indien, que le surprenant n'est pas que tant d'Indien présentent des signes de désorganisation de la personnalité mais bien plutôt que quelques-uns d'entre eux soient parvenus à développer une personnalité saine et bien intégrée. » (*Ibid*, pp.77-78).

charité qui enjoint de sauver les évidences empiriques et logiques dans l'interprétation des propos d'autrui[869]. Nous avons ainsi démontré que l'analyse opérée par Georges Devereux du cas de Jimmy Picard s'inscrit dans une évidente filiation intellectuelle avec les travaux de Lucien Lévy-Bruhl sur la prétendue mentalité prélogique des peuples dits primitifs. En dépit des nombreuses critiques formulées à l'égard du concept de mentalité, ce dès sa théorisation par Lévy-Bruhl, nous avons rappelé les références élogieuses que fait Devereux, dans d'autres de ses ouvrages, à l'égard de cet auteur[870]. De plus, une analyse empirique approfondie du cas de Jimmy Picard nous a permis de déconstruire le postulat d'une confusion entre rêves et réalité chez Picard, ce dernier illustrant à plusieurs reprises sa capacité à distinguer le monde du rêve de la réalité. Marqués par les thématiques de la perte de statut social, du vécu de la maladie, de la guerre, de l'acculturation ou encore de la discrimination, les rêves de Picard recèlent nombres d'expressions franches de son expérience passée et présente, vécue en tant qu'individu social dont le quotidien s'inscrit dans une réalité historique et politique qu'il perçoit avec acuité.

Norman Daniels, évoquant la théorie rawlsienne de la justice, écrit à la fin de son article *L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé,* que « pour une théorie qui a commencé par poser un monde dans lequel il n'y a ni maladie, ni handicap, ni mort prématurée, le chemin parcouru est long ».[871] Nous pourrions reprendre à notre compte ce constat en conclusion de notre thèse. En effet, en partant d'une absence de travaux portant sur la justice sociale dans le champ de la santé mentale, et plus précisément au sujet de la santé mentale des personnes migrantes, « le chemin parcouru est long ». En reprenant le fil de notre thèse, nous pouvons ainsi retisser la logique qui nous a amené, en partant d'une analyse critique du travail réalisé par Georges Devereux auprès de Jimmy Picard, à l'énonciation d'une hypothèse centrée sur la théorie rawlsienne de la justice pour apporter un cadre compréhensif

[869] DELPLA I. (2001), *op.cit.*
[870] DEVEREUX G., *EEG*.
[871] DANIELS N. (2009), *op.cit.*

et normatif de la prise en charge psychiatrique des personnes migrantes. Le constat de la place centrale donnée à l'ethnopsychiatrie en France depuis les années 1990 dans la compréhension et la prise en charge des personnes migrantes constitue une réalité historique, sociologique et politique qui s'explique autant par l'histoire spécifique du système de santé psychiatrique français que par le rapport complexe qu'entretient notre pays avec les problématiques discriminatoires dont sont victimes les populations migrantes et les minorités ethniques.

L'essor progressif de la psychanalyse dans le système psychiatrique français au cours de la seconde moitié du XXème siècle a notamment favorisé l'insertion dans le réseau de soins d'une pratique inscrite dans la pure tradition freudienne, colorée par les travaux de l'anthropologie du XXème siècle. Dans le même temps, le développement d'une théorie culturaliste aveugle aux discriminations ethniques ou raciales et aux inégalités sociales a contribué à occulter la réalité de ces enjeux dans la prise en charge des populations migrantes. La difficulté pour la tradition républicaine et universaliste française à affronter, sans euphémisme ni déni, la question des discriminations ethniques et raciales confronte à une incapacité à nommer dans l'espace public ce phénomène pourtant majeur[872]. Dès lors, la proposition culturaliste et psychologique apportée par l'ethnopsychiatrie participe activement à l'invisibilisation de la question sociale et de la question raciale dans la compréhension des problématiques rencontrées par les populations migrantes.

Nous avons cependant démontré dans la seconde partie de notre thèse le rôle prépondérant des déterminants sociaux de la santé, notamment de la discrimination raciale, sur la santé mentale des populations migrantes. En effet, les études internationales en épidémiologie, en psychiatrie ou en psychologie sociale apportent des résultats probants quant à la prévalence élevée de trouble mentaux chez les populations migrantes et au rôle prépondérant de facteurs sociaux tels que le défaut d'accès à la citoyenneté, au travail ou à un

[872] FASSIN D. & FASSIN E. (2012), *op.cit.*

logement décent. De même, la discrimination raciale constitue un facteur de risque reconnu de survenue de troubles mentaux chez les populations migrantes et issues de minorités ethniques, qu'il s'agisse de symptômes dépressifs, de troubles psychotiques ou de conduites suicidaires. Soumises à la précarité sociale, au stress acculturatif et à des discriminations répétées, les populations migrantes voient leur santé mentale se dégrader rapidement dès les premières années passées dans le pays d'accueil, ce en dépit d'un état de santé mentale relativement bon à leur arrivée dans le pays d'accueil du fait de phénomènes de sélection en amont du départ et tout au long du trajet migratoire. Ainsi, l'injustice sociale à laquelle ces populations paupérisées, précarisées et marginalisées sont confrontées se double d'une injustice sanitaire les confrontant à la détérioration de leur état de santé mentale et à un défaut d'accès aux soins de santé mentale.

Dès lors, la réflexion portée sur la santé mentale des populations migrantes se doit de proposer un cadre théorique prenant ouvertement en compte les enjeux de justice sociale liées aux inégalités sociales de santé. Or, en parallèle du constat de l'absence de prise en compte des questions de justice sociale par les spécialistes de la santé mentale des migrants, nous avons également fait celui d'une absence de prise en compte des questions de santé mentale par les théories philosophiques de la justice. Les philosophes Norman Daniels[873] et Sridhar Venkatapuram[874] ont respectivement proposé une extension des théories rawlsiennes de la justice comme équité et de l'approche par les capabilités à la santé, sans s'intéresser cependant spécifiquement à la question de la santé mentale. Le manque de travaux existants dans ce domaine nécessitait ainsi de discuter la possibilité et la pertinence d'étendre les théories de la justice sociale à la santé mentale.

[873] DANIELS N., *JH*.
[874] VENKATAPURAM S., *HJ*.

Les débats contemporains dans le champ de la justice sociale s'articulent notamment autour de deux grandes approches que sont les théories hégéliennes de la reconnaissance et les approches distributives, centrées sur l'équité dans la distribution des biens sociaux, pour reprendre la terminologie rawlsienne, ou des capabilités théorisées par Amartya Sen et Martha Nussbaum. Les premières s'intéressent particulièrement aux injustices sociales sans l'angle du déni de reconnaissance, entendues dans le sens d'un défaut de reconnaissance de la part de la société, qu'il s'agisse par exemple de la part de sa famille, de populations majoritaires dans l'espace social ou de la hiérarchie dans le cadre du travail[875]. Être reconnu par autrui constituerait ainsi un besoin fondamental, sur le plan psychologique et politique, et central dans l'expérience de chaque citoyen afin de bénéficier d'une égalité de traitement dans la sphère sociale. Le primat donné au cours des dernières années aux théories de la reconnaissance tend à apporter une lecture des relations sociales portée principalement sur la question de la reconnaissance réciproque que peuvent s'apporter, ou non, les membres d'une société. L'injustice est alors pensée sous l'angle du déni de reconnaissance et de ses effets sur le plan politique et psychique.

Dans le cas de la santé mentale des personnes migrantes, la notion de reconnaissance pouvait à première vue s'avérer particulièrement pertinente pour envisager les enjeux liés notamment aux questions de discrimination et le manque de reconnaissance qui s'y associe. La question identitaire se trouve en effet au cœur des théories de la reconnaissance en insistant sur le besoin des minorités de se voir reconnues dans leurs identités minorisées et discriminées. La « reconnaissance-distinction »[876] prônée par Charles Taylor vise ainsi à la reconnaissance de chaque groupe social dans sa différence et dans son identité particulière, qu'elles reposent sur une distinction de genre, de sexualité, d'ethnie ou encore de race[877]. Ainsi, les travaux

[875] HONNETH A., *LPR*.
[876] BLUM L. (1994), *op. cit.*
[877] TAYLOR C., *MDD.*

d'Emmanuel Renault sur l'extension des théories de la reconnaissance à l'expérience de la souffrance psychique auraient pu apporter un cadre normatif pertinent pour fonder une approche centrée sur l'injustice sociale vécue par les populations migrantes[878]. Renault développe en effet un modèle nosographique articulant les différentes formes de reconnaissance avec la notion de souffrance psychique, dans une approche résolument clinique de l'injustice sociale. Il s'appuie pour ce faire sur la psychodynamique du travail développée par Christophe Dejours[879] et sur les apports empiriques de la clinique psychosociale issue de la psychiatre française. Si nous avons retenu l'intérêt de porter attention aux enjeux de reconnaissance pour fonder une approche philosophique de la santé mentale des personnes migrantes, les critiques importantes à l'égard des théories de la reconnaissance ne permettaient cependant pas de la faire reposer sur ces seuls enjeux. L'essentialisation des identités culturelles et la psychologisation des problématiques sociales, doublée d'une prise en compte insuffisante ou imprécise des déterminants sociaux de la santé, nous confrontaient en effet aux mêmes écueils que ceux identifiés dans notre analyse de l'ethnopsychiatrie française. De plus, le manque de précision chez Renault des définitions du normal et du pathologique ainsi que des effets précis des différentes formes de reconnaissance en termes de troubles mentaux ne permettait pas de répondre adéquatement à la possibilité de céder au relativisme culturel concernant la santé mentale des personnes migrantes.

Norman Daniels et Sridhar Venkatapuram ont développé deux théories distinctes de la justice sociale en santé (*health justice*), en étendant respectivement la théorie rawlsienne de la justice comme équité et l'approche par les capabilités d'Amartya Sen. Tous deux inscrivent les déterminants sociaux de santé au cœur de leur approche, afin de proposer un modèle permettant de renouveler la compréhension des questions de santé sous l'angle de la justice sociale. En

[878] RENAULT E., *EI*.
[879] DEJOURS C. (2009), *op.cit.*

articulant la notion rawlsienne d'opportunité avec celle de fonctionnement normal défini par Christopher Boorse, Daniels postule que la santé est d'une importance particulière pour la justice sociale[880]. En effet, en promouvant le fonctionnement normal, la santé préserve la gamme d'opportunités d'un individu, ce qui fait conclure à Daniels que la justice sociale est bonne pour la santé. Il propose alors des implications pratiques en termes de pratiques professionnelles et d'organisation des systèmes de santé orientées vers la justice sociale. A partir d'une critique de Daniels, Venkatapuram s'appuie de son côté sur une articulation entre la théorie holistique de la santé de Lennart Nordenfelt et l'approche par les capabilités. En considérant la liste des dix capabilités humaines de bases établie par Martha Nussbaum, il définit la santé comme « la capabilité d'être en bonne santé » qui constitue selon lui une méta-capabilité[881]. Les critiques de l'approche établie par Venkatapuram reposent principalement sur le flou qu'elle induit concernant les définitions de la santé et de la maladie, sur le fait qu'elle considère la santé comme un bien potentiel plutôt qu'actuel et sur son caractère non contraignant pour les professionnels de santé ou le système de santé.

En nous appuyant sur l'analyse comparée des théories de Daniels et Venkatapuram, nous avons alors pu dégager une liste de cinq principes de bases nécessaires et suffisants pour fonder une approche de la justice sociale portée sur la santé mentale des personnes migrantes. Ces cinq principes articulent des enjeux épistémologiques, épidémiologiques, politiques, empiriques et théoriques sans ordre de priorité chronologique ou logique. Ainsi, la nécessité de définir les notions de normal et de pathologique concernant les troubles mentaux, la prise en compte des enjeux de reconnaissance et de redistribution, le rôle central donné aux déterminants sociaux de la santé, le caractère normatif de l'approche proposée et la description des modalités de mise en œuvre de pratiques délibératives et socialement responsables constituent autant de

[880] DANIELS N., *JH*.
[881] VENKATAPURAM S., *HJ*.

principes prioritaires, distincts mais complémentaires, pour favoriser la délibération entre les agents impliqués dans la prise en charge psychiatrique des personnes migrantes (professionnels de santé, décideurs politiques, épidémiologistes, philosophes de la santé, philosophes politiques, personnes migrantes…).

Nous avons alors démontré que l'articulation entre l'approche rawlsienne de la justice sociale en santé établie par Norman Daniels et la définition du trouble mental de Jerome Wakefield permet de répondre adéquatement à l'ensemble des cinq principes. Cherchant à éviter les écueils des approches normativistes et naturalistes de la santé au sujet des troubles mentaux, Wakefield a en effet proposé de définir le trouble mental sous l'angle du concept de dysfonction préjudiciable[882]. Cette définition considère, dans le même temps, le dysfonctionnement impliqué dans les troubles présentés et la valeur sociale accordée à ce dysfonctionnement pour le caractériser comme trouble mental. La présence concomitante d'une dysfonction mentale et d'un préjudice associé caractérise et définie, selon Wakefield, le trouble mental. La complémentarité de l'approche de Daniels avec la définition de Wakefield offre la possibilité de fonder les bases d'une philosophie normative orientée vers la responsabilité sociale en santé et la délibération politique, à partir d'une définition du trouble mental comme « dysfonction préjudiciable en termes d'opportunités ». Cette approche philosophique prend ainsi en compte les enjeux de justice sociale en termes de redistribution et de reconnaissance à partir de la liste des biens premiers établie par Rawls, tout en offrant une définition du normal et du pathologique dans le champ de la santé mentale par le biais de la théorie de la dysfonction préjudiciable de Wakefield. Ainsi, la place centrale que donne Daniels au fonctionnement normal comme condition à la préservation de la « gamme normale d'opportunités » de l'individu peut s'articuler avec les notions de dysfonction, en tant qu'atteinte de la fonction normale pour l'espèce, et de préjudice, entendue comme altération de la gamme normale

[882] WAKEFIELD J. (1992), *op.cit.*

d'opportunités. La place centrale donnée aux déterminants sociaux de la santé, et notamment à la discrimination raciale, pour repenser les pratiques professionnelles et l'organisation du système de santé constitue un paradigme renouvelé de la santé mentale des personnes migrantes. Les concepts de responsabilité sociale[883] en santé et d'humilité culturelle[884] constituent à ce titre des modèles innovants ouvrant la voie à une refonte significative des pratiques de soin en direction des populations précarisées et minorisées. Ainsi, nous nous sommes engagés à reposer, de façon renouvelée et avec objectivité, les termes du débat concernant le rôle des facteurs sociaux et culturels dans la santé mentale des personnes migrantes. Notre thèse n'évacue donc pas le rôle des facteurs culturels, mais vise au contraire à les resituer dans un contexte plus global. Envisager dans le même temps les déterminants sociaux, politiques, historiques et culturels en matière de santé permet en effet d'interroger leurs rôles spécifiques sans opposer de manière systématique et stérile d'un côté le « social » et de l'autre le « culturel ». La notion de déterminants sociaux de la santé permet notamment de prendre en compte l'ensemble de ces facteurs dans une approche compréhensive complexe et dynamique, que l'on peut qualifier de « socio-développementale », des effets de l'environnement social et culturel sur la santé mentale.

En nous focalisant sur la santé mentale des personnes migrantes, notre thèse n'avait pas vocation à aborder d'autres enjeux de justice sociale important dans le champ de santé mentale. Pour autant, outre la problématique des populations migrantes et des minorités ethniques, la justice sociale traverse de manière plus large le champ de la psychiatrie. Ainsi, la participation sociale des usagers en santé mentale, l'inclusion professionnelle des personnes atteintes de maladies mentales ou les phénomènes de stigmatisation représentent autant d'enjeux que nous n'avons pas discuté en détail dans notre approche de la justice sociale en santé mentale. Les

[883] BOELEN C. (2011), *op.cit.*
[884] FORANDA C. *et al*. (2016), *op.cit.*

personnes atteintes de maladies mentales souffrent en effet d'un isolement social majeur, causé autant par certains symptômes psychiatriques que par les phénomènes de stigmatisation sociale dont elles sont victimes et qui vont obérer leurs capacités à s'insérer socialement et professionnellement. Les représentations négatives des personnes atteintes de troubles mentaux au sein de la société constituent notamment un facteur important de perte d'opportunités sociales pour les individus concernés. Nous pouvons également citer l'apparition précoce de la plupart des troubles mentaux, entre quinze et vingt-cinq ans, qui vont impacter les personnes concernées au moment même du développement où l'établissement d'un plan rationnel de vie prend sa genèse. La pertinence de l'extension potentielle de notre liste des principes de base à la santé mentale en général devra ainsi faire l'objets de travaux et de réflexions spécifiques dont nous ne pouvons ici qu'esquisser les prémisses.

Le cinquième principe portant sur la description des modalités de mise en œuvre de pratiques socialement responsables délibératives, participatives et collaboratives en santé mentale semble en capacité de répondre adéquatement à la problématique de la participation sociale des usagers en santé mentale. De même, l'articulation entre enjeux de reconnaissance et de redistribution que propose Nancy Fraser[885], et placée au cœur du second principe, peut s'intégrer à la réflexion par l'intérêt qu'elle donne à la parité de participation sociale. Enfin, le second principe indiquant de prendre en compte les enjeux de reconnaissance et de redistribution soutient *a priori* la mise en place de pratiques d'inclusion professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux et de lutte contre les phénomènes de stigmatisation.

Le philosophe britannique Mohammed Abouelleil Rashed a récemment proposé une approche de la santé mentale par la théorie de la reconnaissance[886] en s'appuyant sur les

[885] FRASER N., *QJS*.

[886] RASHED M.A. (2019). *Madness and the demand for recognition: a philosophical inquiry into identity and mental health activism*. Oxford University Press.

mouvements d'usagers de la psychiatrie, tels que le « mouvement des entendeurs de voix »[887] ou la « Mad Pride »[888] qui militent en faveur de la participation sociale des personnes atteintes de troubles mentaux et de la lutte contre la stigmatisation. Rashed soutient en effet que ces mouvements s'inscrivent dans la catégorie de la reconnaissance décrite par Axel Honneth en permettant aux individus concernés de revendiquer une identité de groupe en tant que « fous » (*mad*). Cependant, l'auteur retient le rejet de la médicalisation des troubles mentaux et de la notion de maladie mentale, dans une approche résolument antipsychiatrique et relativiste, comme possibilité d'émergence d'une identité positive partagée à partir de laquelle les personnes peuvent entrer dans une forme spécifique de lutte pour la reconnaissance. Ce postulat contrevient directement aux deux premiers principes de notre liste en ne proposant aucune définition des concepts de santé et de maladie, tout en évacuant les enjeux de redistribution en faveur d'une analyse portée uniquement sur les problématiques de reconnaissance. Ainsi, il ne semble à première vue pas pertinent de retenir l'approche de Rashed pour étendre la justice sociale à la santé mentale mais une analyse plus approfondie de ses propositions s'avère évidemment nécessaire. Cet exemple souligne à nouveau l'intérêt de notre liste de cinq principes fondamentaux pour évaluer la pertinence des approches philosophiques proposées dans le champ de la santé mentale, telle que celle de Rashed.

Pour conclure ce travail de thèse, nous proposons de discuter les bases d'un champ de recherche spécifique portant sur la justice sociale en santé mentale (*mental health justice*). Le financement de programmes de recherche pluridisciplinaires, impliquant usagers, philosophes,

[887] Mouvement d'usagers, en dehors de la psychiatrie, qui vise à promouvoir une approche des voix et des autres perceptions, expériences ou vécus inhabituels, respectueuse des personnes et de leur expertise : https://www.collectif-schizophrenies.com/aides-et-entraides/rev

[888] Mouvement qui regroupe des utilisateurs actuels de services de santé mentale, des anciens utilisateurs et des personnes associées qui considère que les personnes atteintes de troubles mentaux doivent être fières de leur identité « folle ». Le premier événement de ce type, initié par des gens qui s'identifiaient survivants/consommateurs/ex-patients de psychiatrie s'appelait « Psychiatric Survivor Pride Day », et s'était tenu à Toronto, au Canada, le 18 septembre 1993 : https://madpride.ch/fr/bienvenue-a-la-mad-pride/

professionnels de santé mentale et chercheurs en santé publique, orientés vers la *mental health justice* apparait en effet nécessaire pour approfondir les hypothèses avancées dans notre travail. Le caractère pluridisciplinaire, participatif et collaboratif de ces programmes de recherche constitue une condition *sine qua none* de leur réussite et de la pertinence de leurs conclusions futures en vue d'orienter les évolutions des pratiques professionnelles et du système de santé mentale. La recherche centrée sur les usagers (*user-centered research*) s'est en effet développée au cours des dernières années afin de favoriser la coproduction collaborative de savoirs et de pratiques de soin fondées sur l'articulation entre savoirs expérientiels et expertises professionnelles[889]. La participation active des usagers tout au long du processus de recherche tend à assurer la pertinence des conclusions de la recherche et leur transférabilité dans les pratiques quotidiennes. Il conviendra que ces programmes de recherche participative permettent de dépasser la trop fréquente utilisation des catégories imprécises de « souffrance sociale » ou de « souffrance psychique » à des fins de critique du néolibéralisme pour s'intéresser, à l'articulation entre sciences sociales, santé publique et santé mentale, aux conditions pratiques de développement d'approches renouvelées des inégalités sociales de santé mentale.

L'implication d'une délibération plus large concernant l'établissement de notre liste des cinq principes de base constitue un premier champ de recherche. En effet, alors que nous soulignons, dans les suites de Rawls et Daniels, l'importance de pratiques participatives et délibératives dans le champ de la santé, les principes que nous avons identifiés l'ont été à partir de l'analyse de textes philosophiques et de concepts cliniques émergents, associés à notre pratique de psychiatre hospitalier impliquant des échanges professionnels, sans participation d'experts, d'usagers de la santé mentale, de personnes en situation de migration, de décideurs

[889] LEAUNE E., Lestienne L., Grandgenèvre P., Morgiève M., Vaiva G., Vieux M., Chalancon B., Laplace N., Haesebaert J. & Poulet E. (2021). Development of an online resource for people bereaved by suicide: a mixed-method user-centered study protocol. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 770154.

politiques ou de membres de la société civiles. Les hypothèses formulées dans notre thèse pourront ainsi faire l'objet d'une deuxième phase de processus délibératif d'amendement, puis de validation, d'une liste de principes fondamentaux en faveur de la justice sociale en santé mentale dans le cadre d'un programme de recherche dédié. Engager un processus de réflexion large, impliquant des acteurs cliniques, scientifiques et politiques, des usagers et des personnes concernées apparaît nécessaire pour avancer plus en direction d'un établissement d'une théorie de la justice sociale en santé mentale. L'élargissement de notre approche à la question plus large de la santé mentale en général constituerait à ce titre un objectif important, nécessitant d'identifier l'ensemble des enjeux de justice sociale à l'œuvre dans le champ spécifique de la santé mentale.

Des travaux pluridisciplinaires et participatifs portant sur les effets de la discrimination s'avèrent également nécessaires pour mieux appréhender la manière dont les discriminations, raciales, ethniques, sexuelles ou liées à la santé affectent la santé mentale. Un tel programme de recherche pourrait ainsi s'intéresser au rôle des discriminations dans le champ de la santé mentale, qu'il s'agisse de leurs effets sur les populations minorisées, ou des pratiques discriminatoires existantes dans le contexte du soin psychiatrique. L'articulation entre travaux épidémiologiques, enquêtes qualitatives, observations de terrain et approches philosophiques permettrait de proposer une meilleure compréhension des phénomènes à l'œuvre ainsi que des pistes concrètes de transformation des pratiques professionnelles et du système de santé mentale. Un modèle de soin socialement responsable en psychiatrie, orienté vers la justice sociale en santé mentale (*just mental health*), pourrait ainsi reposer sur la lutte contre les discriminations et la préservation des opportunités, tant au sein de la société qu'à l'intérieur du système de santé.

Comme l'écrivait Émile Durkheim en 1897 dans *Le suicide* « une fois qu'on a établi l'existence du mal, en quoi il consiste et de quoi il dépend, quand on sait, par conséquent, les

caractères généraux du remède et le point auquel il doit être appliqué, l'essentiel n'est pas d'arrêter par avance un plan qui prévoie tout ; c'est de se mettre résolument à l'œuvre »[890]. La responsabilité sociale en santé constitue un paradigme répondant adéquatement aux enjeux de justice sociale en santé développés dans notre thèse et qui permet d'offrir une ligne directrice pertinente pour l'avenir du système de santé mentale et des pratiques professionnelles de soin. A ce titre, nous rejoignons Didier Fassin lorsqu'il écrit qu'il convient « de faire de la lutte contre les inégalités sociales en tant que telles une priorité en même temps qu'une grille de lecture et un instrument d'évaluation de l'action publique, et plus spécifiquement, de la santé publique »[891]. Dès lors, l'extension à la santé mentale des questions de justice et de responsabilité sociale apparaît comme une urgence fondamentale pour comprendre et prévenir le rôle délétère des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé chez les populations racialisées et minorisées. La notion centrale d'opportunités développée par Daniels à partir de la théorie rawlsienne de la justice comme équité trouve ici un sens particulièrement aigu tant l'injustice sociale, doublée de l'injustice raciale, altère la santé mentale des personnes migrantes précaires et obère leurs capacités à participer équitablement à la vie sociale. Plutôt que de ramener Jimmy Picard à sa réserve indienne, il convient en réalité de rendre aux personnes les plus défavorisées leur pouvoir d'agir et l'égalité des opportunités.

[890] DURKHEIM É. (1930), *op.cit.*

[891] FASSIN D. (2008). *Faire de la santé publique* (2e éd. révisée). Éd. de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique.

ANNEXES

ANNEXE 1. PHOTOGRAPHIE DU *WINTER GENERAL HOSPITAL* (1964)

(https://www.kshs.org/index.php?url=km/items/view/316872, récupéré le 17/12/2019)

ANNEXE 2 : *VERBATIM* DES REVES DE JIMMY PICARD

Séance 3

#1. « J'étais en train de découper du bœuf. » (7 mots)

#2. « Je me battais avec un homme. Je ne m'enfuyais pas. L'autre homme tirait son couteau et voulut m'attraper. Il se précipita sur moi. Je ne pouvais ni m'enfuir ni lever les bras. Je me suis éveillé et j'ai bondi de mon lit. Je ne sais pas qui était l'homme. » (49 mots)

Séance 4

#3. « J'ai rêvé que j'étais en train de verser du collyre dans les yeux d'un tas de gens. » (17 mots)

Séance 5

#4. « Je crois que j'ai rêvé de vous. Du temps où j'étais au collège, un jour que j'étais en train d'attendre l'autobus dans la rue et je vis une très vieille auto, l'une des premières de cette marque. J'ai rêvé que vous conduisiez cette vieille voiture. J'étais avec vous dans la même auto peut-être, moi aussi. Je n'en suis pas sûr. Mais je pense que j'y étais. Voilà ce que j'ai rêvé. » (72 mots)

Séance 6

#5. « J'étais parti à la chasse avec vous. J'avais un fusil et vous n'en aviez pas. Au moment où j'ai vu un ours, mon fusil s'est enrayé. Vous avez dit de ne mettre qu'une seule balle à la fois. Puis j'ai fait un autre rêve. Nous chassions le renard. J'avais une carabine calibrée 22 et vous n'en aviez pas. J'ai tué le renard, l'ai ramassé, et j'étais en train de parler avec vous quand, en regardant à nouveau le renard dans ma main, je vis que je tenais un bébé par la jambe. Il s'était changé en bébé. » (97 mots)

Séance 7

#6. « J'ai rêvé que j'étais au collège et que j'étais en train de rendre visite à quelques garçons que je connais un peu partout dans les différents bâtiments. Il semble que la plupart du temps nous sommes dans les escaliers. » (39 mots)

#7. « J'ai rêvé que j'étais dans ma ville, près de mon église, avec quelques autres garçons, et je crois que nous essayons d'échapper à quelque chose. Comme je regardais derrière moi, j'ai vu que c'était une grosse autochenille (un tracteur). Elle est passée sur nous mais pas sur moi. J'étais juste entre les roues. Me tête n'a pas été touchée. » (59 mots)

Séance 8

#8. « J'ai rêvé que j'étais chez moi, dans ma ville, dans la partie nord de la ville. C'était le soir. J'étais en train de parler à quelques garçons que je connais. Je les ai ensuite quittés et j'ai commencé à marcher le long de la rue. Quelqu'un m'a appelé. Je me suis retourné pour regarder. C'était une femme. Elle m'a demandé de l'accompagner chez elle (pour l'escorter) car elle n'aimait pas y aller seule. Je lui ai dit que j'acceptais. Nous sommes arrivés chez elle. Je lui ai demandé alors où était le plus proche magasin ouvert où je pourrais acheter des cigarettes. Ensuite, quand je me suis retourné pour entendre sa réponse, j'ai remarqué qu'il n'y avait ni toit, à sa maison, ni murs. Il n'y avait qu'un plancher. Vous vous souvenez que je vous ai montré en ville, là où se trouve le collège, l'endroit où les gens vivaient dans le sous-sol d'une maison en construction ? C'était exactement la même chose, sinon qu'elle vivait au rez-de-chaussée. C'était un jour froid et pluvieux et je me demandais comment quelqu'un pourrait vivre dans de telles conditions. Elle avait une maison agréable et il y avait d'autres maisons agréables tout autour. J'avais vraiment de la peine pour elle. J'ai alors décidé que je n'avais aucune raison d'avoir de la peine pour elle parce que j'étais simplement en train de rêver et que bientôt je me réveillerais. » (238 mots)

Séance 10

#9. « J'étais à l'école. Je ne sais pas où. Il y avait beaucoup de monde. J'étais avec mon ex-femme. J'avais des livres et des papiers et j'étais prêt à aller passer quelques tests. J'avais une montre et la regardais sans cesse en pensait quel était temps d'aller passer le test mais je n'étais pas sûr de l'heure. Elle n'arrêtait pas de papoter à propos de magasins et de choses de ce type et je me disais : « Nous sommes divorcés. Pourquoi me soucier de ce qu'elle fait ? Je ferais mieux de partir. » Alors je m'en allai à travers le campus et j'entrai dans un bâtiment, et à ce moment je me suis réveillé. » (112 mots)

Séance 11

#10. « J'ai rêvé que j'étais sur une autoroute avec un groupe d'écoliers. Ils étaient tous devant moi. J'étais derrière. Il me semble que je les poussais à aller là où ils… là où je voulais qu'ils aillent. Puis, arrivé à un certain endroit, je suis passé devant et j'ai regardé la rivière que nous devons traverser et je leur ai dit : « Traversez un par un. » Après qu'ils eurent tous traversé, je leur ai dit d'aller dans un bâtiment. Je ne sais pas ce qu'était ce bâtiment. C'était une maison de chez moi. Ensuite, ils entrèrent tous et, quand tous furent entrés, j'étais dehors. Et je ne sais pas comment, mais l'instant d'après j'étais en selle et je me dirigeais vers un hôtel là-bas chez moi. On l'appelle « The Joint » (le tripot). Il me semble qu'il y avait quatre ou cinq voitures qui m'attendaient toutes. Je ne sais pas pourquoi. Un type est venu et a demandé : « Est-ce que nous continuons ? - Bien sûr, ai-je dit, allez, continuez à avancer. » Je ne sais pas où ils devaient aller, en vérité, mais je l'ai dit malgré tout. C'est alors que je me suis éveillé. » (193 mots)

Séance 12

#11. « Je ne connais pas l'endroit. C'était quelque part à la campagne. Tout était vert et semblait très paisible. J'ai rencontré mon beau-frère là-haut et il m'a dit : « Nous ferions bien d'aller chercher les chevaux et les rassembler tous. Tu vas avec l'ainé de tes frères et vous les rassemblez tous, mais je viendrai plus tard là-haut avec la voiture. » Je ne savais pas où j'allais. Je suis monté sur la colline avec mon frère pour rassembler les chevaux. Après qu'ils eurent été tous rassemblés au sommet de la colline, je regardais en bas vers la rivière. Elle était pleine de plantes vertes. C'était une petite rivière où un marais. Cela ne paraissait pas facile. Je me suis demandé comment nous traverserions. Nous pouvions nous enliser. Juste au moment où je faisais partir les chevaux, mon beau-frère et ma sœur arrivèrent en voiture et lui m'appela : « Viens ici. ». J'allais vers lui. Il me dit : « Je viens de ce ranch là-bas. L'un de vous doit rester. J'ai pensé que c'était toi qui devrais rester. Emmène cette femme en ville à la prison. Elle a tué son mari. » J'ai répondu : « Au diable, je ne veux absolument rien avoir à faire avec elle. Pourquoi est-ce que quelqu'un d'autre ne s'en charge pas ? » Mon beau-frère dit : « Je ne peux pas le faire ». Mon frère prit alors la parole : « Je le ferai. Vous pouvez prendre les chevaux. » Alors mon frère monta dans la voiture avec ma sœur qui conduisait. Mon frère saisit la femme. Ils disparurent ! Mon beau-frère et moi avons conduit les chevaux en bas de la colline escarpée et tout droit à travers le marais. J'ai dit « Les chevaux vont s'enliser. » Mon beau-frère a dit : « Ne t'en fais pas, traverse avec eux. » Nous sommes tous passés. Nous étions profondément enfoncés dans la boue bien que nous soyons à cheval mais nous avons traversé. Quand nous

avons atteint l'autre côté, j'ai regardé en arrière et j'ai constaté que par là où nous étions passés cela ne paraissait pas si difficile. Tout d'un coup : j'étais en ville, avec mon beau-frère, dans sa voiture. Un homme nous a fait signe pour nous dire qu'il voulait le voir de toute urgence. Mais mon beau-frère lui a répondu : « Je ne peux pas, je dois d'abord m'occuper de Jimmy. J'ai vraiment beaucoup de choses à faire avec lui. » Je me suis réveillé à ce moment-là. » (407 mots)

Séance 13

#12. « Ça concernait un endroit, une maison dans la ville où j'habite. Il y avait une femme infirme, qui est une de mes cousines. Son mari est entrepreneur et en été, en général, il prend des contrats pour rentrer le foin. J'ai rêvé de lui la nuit dernière. Le champ où il allait travailler était juste en face de sa maison : dans la réalité, il habite en ville où il n'y a pas de champs. L'herbe avait plus d'un mètre de haut. Je passais par hasard devant la maison. Il m'a demandé d'entrer pour l'aider : « Nous allons à l'autre bout du champ pour couper le foin », m'a-t-il dit. IL avait un camion à côté de la porte et il était en train de prendre l'ameublement. Le mobilier et tout ce dont il avait besoin pour son travail. Il a tout déménagé en dehors de la maison. Je travaillais, je mettais les choses dans le camion. Quand tout a été sorti de la maison, je m'y suis retrouvé seul. Il a appelé et a dit « Va chercher dans la dernière chambre les bottes de travail et les pantalons que nous avons oubliés. » Quand j'y suis allé, elles étaient toutes alignées en rang. Il y avait une paire de grosses bottes hautes avec à côté des pantalons de travail. Ensuite il y avait une paire de petites bottes et des pantalons. Et toute une série d'autres paires de plus en plus petites. La dernière paire était des bottes d'enfant et une paire de petits pantalons. J'aurais pu tout prendre en une fois, mais j'ai d'abord pris les plus grandes. Quand je suis revenu pour prendre les plus petites, il y avait un jeune garçon, assis sur le plancher, en train d'enfiler les bottes. Les pantalons étaient encore sur le lit. Je lui ai dit : « Qu'est-ce que tu es en train de faire là ? Je dois les emporter dans le chariot. » C'était un petit bonhomme entêté. Il refusa de rendre les bottes et je dus le jeter par terre pour les lui enlever. Je les ai alors sorties. Quand je suis revenu, le petit garçon était encore là. Je me suis demandé si je ne devrais pas le faire sortir avant qu'on ne ferme la porte. Je suis donc rentré et un autre petit garçon était sur le lit. Je leur ai dit de sortir et le second garçon a dit : « Je ne peux pas le quitter, j'attends qu'il meure. » Je lui ai répondu : « Emporte-le dehors pour mourir. » Je parlais comme s'il s'agissait d'un animal. Je ne m'en faisais absolument pas pour lui. Je suis donc allé dans une autre pièce et il y avait là un homme près du lit en train de secouer les couvertures. Cet homme était mon oncle. Il est mort il y a dix ans. Il m'a dit, lorsque je suis rentré et que je me suis approché de lui pour

lui demander ce qu'il faisait : « J'ai perdu cette couverture il y a longtemps ; et la voici. » La femme infirme est la sœur de cet oncle. « Je parie que Lily (l'infirme) est venue chez moi et l'a tout bonnement prise. » Alors, je me suis réveillé. J'ai oublié ce qui s'est passé avec le petit enfant. Je ne l'ai plus vu. Je ne sais pas s'il est resté à l'intérieur ou s'il est sorti. » (558 mots)

Séance 14

#13. « J'ai rêvé que j'allais dans un endroit. Une sorte de sous-sol - pour y passer un examen de la vue. Il y avait un grand tableau noir et plusieurs fils électriques, des lumières. Je me suis assis à une extrémité de la chambre, pendant qu'un homme, qui se trouvait à l'autre bout commençait à me montrer des chiffres sur une roue de tombola. Je les déchiffrais facilement. Il m'a dit : « Vous êtes O.K. Vous pouvez avoir le boulot. » Il me dit alors d'aller me placer derrière le comptoir et d'attendre là. Il y avait des chaises de restaurant. Je me suis assis sur l'une d'elles. Un home arrive et dit : « Vous feriez aussi bien de dîner. » Je réponds : « Oui, je vais dîner » et il jette une assiette devant moi, mais elle n'était pas assez bien pour qu'on puisse manger dedans. C'était comme si elle sortait d'une poubelle, rouillée et sale, et la nourriture était posée sur cette saleté. C'était impossible de manger ce plat. Pendant que j'étais assis en train de regarder ce plat, une femme de la même ville que moi, une parente, est entrée et s'est assise à côté de moi. Elle était très agréable à voir la dernière fois que je l'ai vue. Son nom indien est Doll. J'ai tout de suite reconnu sa voix mais quand je l'ai regardée, je ne l'ai pas reconnu. Elle paraissait dure, maigrichonne et pâle, ses vêtements étaient en haillons. « Qu'est-ce que tu fais ? » a-t-elle dit. « Je dois manger ce plat mais je n'ai pas assez faim. Je n'ai pas à le manger. Qu'est-ce qui t'es arrivé ? Tu as l'air affamée et à moitié morte. » Elle n'a pas répondu. Il me semble alors que tout s'est mis à nouveau à changer et je me suis trouvé dans le fond d'un garage de voitures. Un autre homme m'a dit : « Vous êtes le nouveau, et voilà ce que vous avez à faire. Je vais vous envoyer trois portes plus loin avec cette commande ; je veux que vous alliez prendre ces choses mais que vous examiniez chaque pièce parce que ce type est roué et qu'il vous donne des pièces de voiture d'occasion. Dites-lui qui vous êtes et vous n'aurez pas d'ennui. » Alors je suis parti et j'ai donné la liste à cet homme. Il m'a donné le premier article immédiatement. Il était très bien emballé, comme s'il venait de la fabrique. Je lui ai dit : « Arrêtez. Je veux y jeter un coup d'œil. » J'ai ouvert et j'ai regardé à l'intérieur ; il y avait un vieux générateur graisseux. J'ai dit : « Je suis venu chercher du matériel neuf. N'essayez pas de me donner de vieilles pièces. Je n'en veux que des neuves. Reprenez ça. » Il l'a repris mais je n'ai pas fini de me procurer toutes les choses de la liste. Je marchais avec un autre type vers la maison de ma sœur. Il y avait un lac en face de la maison et nous étions de l'autre côté du

lac. Le lac était entre nous te la maison. Je venais de la maison et je ne portais qu'une chemise à manches courtes. Il faisait nuageux. Un jour affreux - tout vert - mais l'herbe était basse comme cela. Les nuages roulaient ; ils étaient noirs et gris. Ils allaient et venaient, se rencontraient en se heurtant les uns les autres. Je continuais à marcher mais l'autre type courait en avant et en arrière, en frissonnant. Je lui ai demandé pourquoi il faisait cela et il a dit qu'il avait froid. « Vous avez peur des nuages », lui ai-je dit, et il a répondu : « Oui. » Je lui ai dit : « Il n'y a pas de raison d'avoir peur des nuages parce qu'ils ne vous feront pas de mal. » Nous avons continué le long du lac sur la rive ouest et nous avancions simplement. Alors il a dit : « Il y a des traces de canards dans la boue. » Il n'y avait pas beaucoup de végétation autour du lac sauf cette herbe basse, de cette hauteur, et on pouvait voir où les canards s'étaient couchés dans l'herbe et l'avaient piétinée. J'ai dit : « Comment pourrions-nous attraper quelques canards ? Nous pourrions les piéger. Il n'y avait pas de mauvaises herbes où les canards pourraient se cacher. » Nous avons très rapidement obtenu quelques pièges. Je ne sais pas d'où. C'étaient des pièges parfaits. J'ai dit : « Il n'y a pas d'endroits où nous pouvons nous cacher. » Et je lui ai dit que nous pourrions aller chez ma sœur et nous asseoir à la fenêtre de devant pour observer les pièges avec des jumelles et, quand nous verrions un canard pris au piège, nous pourrions nous y précipiter. C'est ce que nous avons fait. Nous nous sommes installés dans la pièce de devant et nous avons regardé les pièges à la jumelle ; on pouvait les voir aussi distinctement que s'ils avaient été juste en face de nous. Tout à coup, un canard s'est fait prendre et s'est débattu en battant des ailes - comme s'il se battait. Vous savez à quoi cela ressemble. Quelqu'un est alors entré dans ma chambre et a ouvert la porte, a allumé la lumière et je me suis réveillé. » (864 mots)

Séance 15

#14. « Cette fois-ci j'ai rêvé que j'étais seul dans une chambre très très grande, propre, bien construite et bien éclairée. Je n'avais rien à lire. Il n'y avait pas de chaise, rien. C'était un endroit agréable, bien construit. Je marchais dans la chambre pour voir si je pouvais trouver quelque chose à lire. J'attendais. Un type entre et dit : « Qu'est-ce que vous faites ici ? ». J'ai répondu : « J'attends que le Dr D. et sa femme arrivent. » Je ne sais pas pourquoi je suis en train d'attendre - ce type est alors sorti. Je ne faisais qu'attendre, mais vous n'aviez pas l'air de venir. Alors je me suis éveillé. » (107 mots)

#15. « J'étais chez moi. C'était un endroit où mes parents habitent tout près de la ligne de chemin de fer. Il y avait un ruisseau le long de la voie ferrée. J'étais à cheval. Dans la vie réelle

je vais souvent chasser des poulets. Des poulets de prairie. Dans mon rêve je ne chassais pas. En traversant j'ai fait tomber la clôture et j'ai traversé la voie ferrée du côté où se trouve le ruisseau. J'ai regardé et je me suis dit à moi-même : « C'est le printemps, le ruisseau devrait être plein. » Puis je me suis dit : « Qu'est-ce que je suis en train e faire ici, je ne devrais pas y être !» Alors j'ai décidé d'aller tout de même chasser les poulets. J'ai posé les rênes, mon cheval s'est mis à brouter et j'ai chassé, mais je n'avais pas de fusil. Je suis resté un moment puis un groupe de cheminots est arrivé. J'observais les ouvriers. Ils remuent beaucoup et ne font rien d'autre que décharger leurs outils et je me demande ce qu'ils peuvent bien être en train de faire. Ils disent : « Ce ruisseau inonde la voie ferrée et nous allons réparer la pente. » Je regarde et je vois un train roulant très vite et je dis : « Ce train aura un grave accident » mais, avant que le train n'arrive jusqu'à nous, il se détourne et roule à travers la prairie. Je dis : « Ils ont dut faire une nouvelle voie ferrée par là. » Je ne fais rien pour un temps et quelques gosses arrivent. Le temps devient froid. Je regarde les ouvriers. Ils ne font rien - ils déchargent simplement des outils et je me demande ce que diable ils vont faire. Quelques minutes plus tard, des enfants arrivent et jouent à côté des camions. Un garçon d'environ un mètre dix s'approche de moi pendant qu'un autre garçon est couché dans l'herbe. Je demande : « Qu'est-ce qu'il a ? » Alors le garçon en face de moi dit : « Il est malade et il n'y a personne pour s'occuper de lui. » Je réponds alors : « Je vais m'en occuper » et le garçon dit : « Il a froid. » Ensuite, j'étais allongé sur la rive avec ce garçon et je regardais vers le bas. Je l'ai couvert de mon manteau et j'ai dit : « Dès que j'aurai regardé ce qu'ils font, je t'emmènerai dans un endroit chaud. A ce moment-là je me suis éveillé. » (399 mots)

Séance 16

#16. « J'ai rêvé que je montais le long d'une route. C'était une route rude, dure, qui menait à une maison. Il y a toutes sortes d'obstacles - des billes de bois et des choses comme cela. Mais j'ai coupé directement vers le terrain plat. Je ne me souciais pas des obstacles qui se trouvaient sur mon chemin. Je les ai simplement enjambés. Après être arrivé en terrain plat, il était plus facile d'avancer. Au milieu de ce terrain plat, je suis tombé sur une tente pleine de machines pour ramasser le foin. Des faucheuses, des râteleuses, une meule en pierre, et des charrettes supplémentaires pour l'outillage. A l'autre extrémité du terrain plat se trouvait une autre tente avec quelques personnes. J'ai pensé : « A quoi peut donc servir tout cet équipement pour le foin ? Il n'y a pas d'herbe. » L'herbe avait cette hauteur aussi loin qu'on pouvait voir dans la prairie. Je suis entré dans la tente. Ma sœur était là - malade. Elle a dit : « Nous t'avons appelé pour que tu saches que je suis malade. Je vais bien maintenant - je suis en train de retrouver

mes forces. » Les autres femmes ont confirmé cela. Elles ont dit qu'elle était simplement faible. Quelqu'un a crié à tue-tête : « Où sont toutes les nouvelles pièces ? » Tout à coup mon frère apparaît et dit : « Une minute, je vais vous montrer. » Il sort. Ces femmes agissaient comme des infirmières. J'ai dit : « Pourquoi campes-tu ici si tu es malade ? Pourquoi ne pas rester à la maison ? A quoi sert toute cette machinerie pour le foin ? » Elle me dit alors : « Nous avons tout terminé. Si tu regardes plus loin tu verras que dans un coin du champ ils sont encore en train de faucher. » J'ai regardé et j'ai vu sept faucheuses alignées sur un rang, au loin, juste un petit lopin où ils étaient en train de faucher de l'herbe qui était encore haute. « Dès qu'ils auront fini, nous rentrerons à la maison » a-t-elle dit. Je me suis assis un moment pour parler et j'ai dit : « Puisque tu vas bien, je vais rentrer. » Je dois être rentré à une certaine heure. » Ma sœur a dit : « Ne t'en fais pas. » Alors je suis sorti et j'ai refait le même chemin. Non, je n'en ai refait qu'une partie, quand brusquement je me suis retrouvé en train de conduire un camion avec des hommes à l'intérieur. Je ne sais pas combien d'hommes. J'ai conduit jusqu'au campus du collège. Je ne sais pas comment je cavais qu'à l'arrière du camion il y avait une porte. J'ai regardé en arrière et j'ai vu qu'elle battait. « Pourquoi ne fermez-vous pas cette porte ? Elle va se casser », dis-je. Ils ont dit « Notre camion est plein de bière et je veux que personne ne le voie. » Je suis allé à l'arrière et j'ai dit : « Vous voulez que personne ne le voie et pourtant vous laissez la porte ouverte ! Pourquoi ne pas la fermer ? » Nous sommes alors partis, je crois. Le camion n'était pas à moi. Il appartenait à l'école où à cet hôpital où à un quelconque endroit où j'allais. J'ai sauté en bas et j'ai dit : « Fermez cette porte ! » Je vois arriver le policier de la ville que j'habite et je deviens nerveux. « S'il le voit, il prendra la voiture. Dépêchez-vous ! Fermez-là ! » Mais ce type prenait son temps pour la fermer. Je commençais à jurer : « Débarrassez-vous de la bière ou autrement, fermez la porte ! ». Je me suis dirigé alors vers un bâtiment qui avait l'air d'être une chaudière ou une installation de chauffage et j'y ai conduit tous les camions. Puis je suis sorti et j'ai attendu sous la pluie. Les autres ont rampé sous le camion, et j'ai dit : « La pluie n'est pas froide, pourquoi ramper sous le camion et se salir ? » Un autre camion est alors arrivé et a poussé le mien. J'ai hurlé : « Arrêtez de pousser ! » J'ai sauté dans un camion pour freiner, et le type qui conduisait le camion qui avait poussé le mien a dit : « Je n'ai pas de frein et je ne pouvais pas m'arrêter. » Ce rêve est tout embrouillé ! Après ça, je marchais dans la rue avec une fille. Je ne sais pas qui elle était. Nous étions tous les deux heureux. Nous parlions et riions. Pendant que nous marchions - elle, du côté droit - elle a dit : « J'ai faim, je n'ai rien mangé depuis ce matin. » J'ai dit : « Nous allons manger dans le premier restaurant. » Nous arrivons dans un restaurant, j'ouvre la porte et j'y entre le premier. J'étais honteux de cela. Elle est entrée la première mais j'étais pourtant encore en tête. Nous passons

la porte, il y avait cinq marches pour monter à la salle de restaurant. En haut de l'escalier il y avait un comptoir. Je remarque tout de suite que c'est un comptoir où l'on vend des glaces., des rafraichissements et d'autres choses, et je me dis : « Où allons-nous manger ? ». De l'autre côté de la pièce, il y a une longue table pour manger. Pour y aller, on doit traverser un étroit passage jusqu'à cet endroit dégagé. Je regarde de nouveau et soudain la chose se change en un comptoir pour déjeuner en forme de zigzag recourbé. Je ne pouvais pas imaginer comment diable nous allions nous asseoir. J'ai dit : « Le mieux est que je m'assoie ici et vous de l'autre côté. » Pour s'asseoir, elle devait aller aussi loin de moi que ce coin qui se trouve là-bas. J'ai pensé : « Ça alors, c'est un étrange restaurant avec ce genre de table. » Oh, non ! Il y a une chose que j'ai oubliée. Pour passer à travers cet étroit passage, il y avait un problème à résoudre : un homme était assis dans une chaise roulante à moteur, avec les jambes en dehors, assis de travers ; il bloquait le passage et ne paraissait pas s'en soucier. J'ai dit : « Nous devons passer. Si vous ne bougez pas, nous vous marcherons dessus. » Il a répondu : « D'accord, marchez-moi dessus. » Alors tous les deux nous avons marché sur lui et nous nous sommes assis. Nous n'avions pas encore commandé quand j'ai regardé et vu que les sièges étaient disposés d'une manière étrange. Il y avait une petite cage de verre à côté de chaque siège ; ces petites cages étaient pleines de toutes sortes de tartes. Alors, ce type a dit : « Je vais vous montrer comment vous servir de ça. Vous vous asseyez simplement à côté de la tarte que vous aimez et vous en mangez autant que vous voulez. » Je regarde toutes les tartes et je les aimais toutes. Je ne pouvais pas décider de l'endroit où m'asseoir. Je n'ai pas pu découvrir quelle tarte je préférais. Puis je me suis réveillé. » (1137 mots)

#17. « C'est encore au sujet de ma sœur. Je rêvais qu'elle était encore malade, pas malade au point de mourir. Elle se remettait de sa maladie. Mon beau-frère était là, et trois ou quatre autres hommes étaient aussi assis là, lui parlant, et il y avait en plus quelques femmes. Mon beau-frère posait des questions au sujet du collège. Il y a été quand on venait de le construire. Il a dit : « J'ai quelques vieilles photos de l'école. Il y en a une que je préfère. » Je veux les voir ; alors il passe les photos aux hommes et aux femmes et je les ai en dernier. Je les regarde mais je ne connais aucun des personnages, alors je continue à empiler les photos. Il a dit : « Voici ma photo préférée. » Je jette un coup d'œil par-dessus l'épaule des gens pour la voir. Ma sœur dit : « Je la déteste. C'est son ancienne copine. Il continue à parler d'elle. » Je regarde par-dessus l'épaule de quelqu'un d'autre, et je n'aime vraiment pas la photo. C'était une femme affreuse. Dieu ! Ce qu'elle a l'air revêche ! Elle est toute de travers. L'un de ses yeux est sur sa joue, l'autre en haut, et sa bouche est de travers. « Je l'aimais bien », a-t-il dit. Je me suis dit à

moi-même : « Ce doit être curieux - pourquoi, pour quelle raison l'aimerait-il ? » Mais les autres disent qu'elle est jolie. Ils la vantent, mais pour moi elle a l'air grotesque. Elle n'a pas l'air normale. Je ne l'ai dit à personne à côté de moi. J'ai rendu la photo. C'est tout. Alors un type m'a réveillé. » (273 mots)

Séance 17

#18. « J'ai rêvé que j'étais dans un hôpital - pas celui-ci. Nous partions pour faire du cheval ou de l'exercice. Nous nous sommes mis en route. Nous étions près de l'océan. J'étais au bord de l'océan et je regardais. Il y avait un pont qui allait aussi loin qu'on pouvait voir, tout droit dans des nuages noirs et sombres. Ce type disait : « Nous devons aller à cheval sur ce pont qui n'a pas… » Il n'y avait pas de parapet. Je suis allé le premier sur le pont et je me suis dit à moi-même : « Pourquoi aller là ? C'est solitaire. Reste sur la terre ferme et prends plus de plaisir à l'exercice. » J'ai regardé en arrière et huit ou neuf garçons me suivaient. Je m'arrête et regarde. Un homme très grand et très vieux - un géant - nous suit. Il dit « Hé ! vous les gars. N'allez pas par-là ! Descendez de là ! » Et il a repoussé brutalement tous les autres du pont. Je trouve curieux qu'ils l'aient laissé les pousser sans qu'il y ait de bagarre. Je sens que s'il essaie avec moi, je vais me battre et je ne laisserai pas faire. Il s'approcha et je me préparai. Je l'ai frappé au ventre. Il s'approche encore de moi, mais passe tout droit à côté de moi, directement dans le nuage noir. Alors, je reviens. Je traîne aux alentours et je ne rentre pas dans le nuage. Je rebrousse donc chemin jusqu'au bout, et quelque chose de gros, large et de plat, un bateau ou une voiture, est prêt à partir. Je monte dedans et il y a un groupe de femmes. Elles viennent aussi. Je regarde autour de moi et je vois que je suis le seul homme - peut-être parce qu'ils ont jeté les hommes dehors. Je demande : « Où allons-nous? » et on répond: « Vers les nuages noirs. » Je dis : « C'est trop solitaire. » Je regarde en arrière et je vois des granges, des corrals, des chevaux de selles et le pays magnifique. C'est vraiment très beau. Je décide de ne pas aller avec les autres, de rester et de m'amuser. J'essaie de sortir. Parce que je pense que ce sera solitaire, je jette un coup d'œil sur les filles et je demande à l'une d'entre elles de rester. Nous descendons tous les deux du bateau et les autres s'en vont. Le rêve alors change : je me suis retrouvé au lit avec cette femme et nous faisions l'amour. Alors, après ça, je suis resté étendu, nous avons parlé et dans mon rêve je me rendors. Finalement, elle me donne un petit coup et me dit : « ta famille est là. » J'étais tourné de l'autre côté et quand je me suis retourné, j'ai vu un divan, une lampe de chevet et mon beau-frère et ma sœur assis là, en train de lire. Mon beau-frère se lève, s'approche et me serre la main en disant : « Je suis vraiment très content que tu sois de retour. Je n'ai pas voulu te déranger pendant que tu dormais. » J'ai dit : « Je suis revenu

ici hier ou dans la nuit dernière. » Il dit : « Nous avons attendu que tu te réveilles. » J'ai dit à la fille : « Levons-nous. » Un jeune garçon entre alors et prononce le nom d'un fermier de chez moi que je connais et qui engage du personnel supplémentaire au moment où les vaches mettent bas. Son nom est Jackson. Cet homme a besoin d'un homme et d'une femme pour faire la cuisine. Ce garçon avait dans sa poche un téléphone, qui lui permettait, dès qu'il avait trouvé quelqu'un qui convenait, d'appeler le fermier. Il dit : « Il m'a dit d'appeler Jackson dès que j'aurai trouvé un couple ». Il sort son téléphone. Je dis simplement : « Je vais prendre ce travail. » Cette fille dit : « Comment peux-tu prendre ce travail? Tu ne sais pas faire la cuisine. » Je dis : « Je peux essayer n'importe quoi. Je n'ai pas peur. - Je t'aiderai », dit-elle. Le garçon sort son téléphone et appelle. Je me suis réveillé à ce moment-là. » (670 mots)

Séance 18

#19. « J'ai rêvé que je retournais chez moi. Il y avait une fête indienne - la danse du soleil. Je venais d'y arriver et me promenais sur les lieux. J'ai remarqué, par hasard, trois hommes âgés en train de jouer à des jeux de mains - vous savez ce que c'est. Un vieil homme gagna une peau - ce devait être une peau de vison - qui était peinte avec une peinture indienne. Mais il a refusé de la prendre en disant : « Je veux quelque chose de mieux. » « Mais c'est mon talisman - la chose la plus précieuse que je puisse donner. Je vais vous montrer comment ça marche », a dit le perdant. Il a allumé un cigare et s'est livré à une certaine gesticulation. Il a touché la peau ; il a soufflé la fumée de son cigare dans son poing et puis il a ouvert ses mains en les tenant en l'air, la paume en avant, de manière à donner l'impression que la fumée sortait des doigts. Il a dit que c'était les esprits. Moi j'ai pensé : « C'est une supercherie. Je vais aller voir le Dr D. ; je veux qu'il parle à ce type qui croît à toutes ces bêtises, comme j'avais moi-même l'habitude de croire à un tas de sornettes, et il verra qu'il se trouve en croyant toutes ces choses, exactement comme je me trompais moi-même. Il lui expliquera qu'il n'y a pas d'esprit dans tout ça - et qu'il se trompe en y croyant. » (243 mots)

Séance 19

#20. « J'allais dans mon pays, là où j'habite. Je me dirigeais vers le porche ouvert d'un hôtel situé sur le haut d'une montagne qui a vue sur les autres montagnes. C'était vraiment beau. J'étais surpris par le nouveau paysage et je me demandais pourquoi je ne l'avais jamais vu auparavant. C'était si près de l'endroit où j'habite et pourtant je ne l'avais pas vu avant ! Alors je commençais à me demander si d'autres aussi pouvaient ne pas l'avoir vu ou connu. Je

décidais d'aller chercher quelqu'un d'autre pour l'emmener faire un tour et contempler ce beau panorama. » (96 mots)

Séance 21

#21. « Pour commencer, nous étions en train de gravir des montagnes - de hautes montagnes. Moi, mon frère et un autre type. Ils m'ont laissé seul et sont partis devant. J'ai remarqué dans une grotte des choses, des chiffons ; je suis entré pour explorer cet endroit. La première chose que j'ai remarquée, ça a été ces talismans qu'ils ont. Ils étaient tous empilés là. Vous savez ce que c'est - des tissus, des peaux d'animaux, des peaux de cerf, le tout empilé là - je ne comprends pas moi-même. J'ai remarqué que c'était un de ces anciens tombaux indiens. C'était ouvert. Vous savez qu'ils avaient l'habitude de les mettre dans des grottes, dans des falaises et dans, après un certain temps, toutes les chairs pourrissaient et seuls les os restaient. J'avais pris un bâton et je piquais dedans à gauche et à droit, lorsque les autres m'ont dit de me dépêcher. J'ai dit : « je veux d'abord voir, on m'a toujours dit… » Entre autres choses, il y avait là, au milieu des détritus, une partie d'autel. On nous avait toujours dit que ces choses étaient sacrées et qu'on devait les respecter. Les vieux gardent leur talisman dans la pièce de derrière où ils habitent. Ils n'autorisent personne à passer devant. Il faut faire le tour. Je n'avais pas peur. J'ai regardé, et j'en ai défait quelques-uns. Ces types continuaient à me crier : « Dépêche-toi ! » Je leur ai répondu : « Attendez ! Je veux voir ce qu'il y a ici. » Je les appelais « donneurs de courage » et « autel ». « Je veux découvrir ce qu'il y a à l'intérieur. » J'ai pensé : « Ça alors tu penses - avant ça je pensais de travers. Pourquoi est-ce que je ne le savais pas avant ? Ce sera une chose dont mon esprit sera débarrassé quand j'aurai fini de regarder. » Alors je suis sorti. Voilà mon esprit soulagé d'un souci. Nous avons commencé alors à descendre la falaise. C'était tellement raide que c'était presque vertical. La descente était difficile. Ils ont dit : « Il faut que nous arrivions au bout - c'est à toi de nous ramener en bas. » Ils regardaient sans cesse en haut. Ça avait l'air terrible en haut. J'ai dit : « Là-haut, c'est fini maintenant. Cela paraît dur, mais c'est fini. Il faut songer à ce qui est en bas. » Le type a dit : « Sur quelle corniche sautons-nous maintenant ? Vous voyez ce rebord là-bas ? Je crois que c'est le meilleur sur lequel sauter. » J'ai dit : « Ce n'est pas le meilleur. Il faut voir ce qui vient après celui-là. Si nous sautons là, nous ne pourrons pas descendre plus bas ni remonter, mais cette corniche-là descend par étapes. Il faut prévoir ces choses. » En descendant, l'autre type a regardé en haut et, inquiet, s'est demandé comment nous avions bien pu arriver si loin. Je lu ici dit : « Quelle importance - au diable cela - c'est fini ! » Nous sommes arrivés en bas. Il y avait un petit torrent et nous nous

sommes reposés. J'étais tourné vers le torrent. Les autres ont essayé de parler de l'endroit d'où nous venions, mais je n'ai pas fait attention à eux. » (515 mots)

#22. « Je rêve que je suis dans une ville et que je marche. Il y a beaucoup de monde et ils sont tous étrangers. Trois personnes se trouvent là. Je pensais que j'allais les aborder - voir ce qu'ils font ici. Deux d'entre eux sont des Blancs et l'autre un Noir. Ils se tenaient près de quelque chose qui ressemble à une plate-forme de chargement. Cela leur arrivait à hauteur de la poitrine. Je remarque deux bonnes oranges et une qui est pourrie. Ensuite, quand je suis arrivé près d'eux, aucun ne voulait me parler. Alors je suis resté là à observer pour voir ce qu'ils allaient faire avec l'orange. Un des Blancs prend une bonne orange et la donne à l'autre Blanc. Il donne à l'homme de couleur l'orange pourrie et dit au Blanc « Quand tu auras fini cette orange, tu pourras avoir l'autre aussi. » Je me suis fâché et j'ai dit « Pourquoi diable est-ce que vous ne lui donnez pas aussi une bonne orange et que vous ne jetez pas l'orange pourrie ? » Il se tourne vers moi et dit « Oh ! De toute façon, il ne vaut rien, c'est un Noir. L'autre est mieux, il est blanc. » Alors, je me suis avancé, j'ai pris l'orange pourrie de la main du Noir et je lui ai tendu la bonne orange qui restait. L'homme blanc n'a rien dit. J'ai dit « Pourquoi êtes-vous comme ça ? Vous ne valez pas mieux que lui, de même que lui ne vaut pas plus que vous. » Je lui ai dit ! Je dis : « Tous les êtres humains sont comme un groupe de voitures - des automobiles - ils ont simplement des noms différents et quand on va au fond, c'est encore une automobile. Malgré tous leurs noms différents, ce sont encore des automobiles. Les mêmes gens que vous appelez « Nègre » ou « Indien », ce sont encore des êtres humains, comme vous ». C'est la même chose que lorsque j'ai parlé aux types d'automobiles. Je leur ai dit : « J'ai l'impression que je ne suis pas d'accord avec ce que vous avez dit ! Votre corps est comme une voiture, un morceau de mécanique. Toutes les automobiles ont besoin de chauffeurs. Si le conducteur est mauvais, la voiture devient toute cabossée. L'esprit est le conducteur du corps. Si vous ne le dirigez pas bien, il vous cabosse entièrement. C'est ce qui vous arrive. » (390 mots)

Séance 25

#23. « J'étais avec des gens qui m'étaient tous étrangers… des Indiens. Je m'approche d'abord d'une dame - une femme ou une jeune fille. Elle ne portait ni souliers ni bas. Elle n'avait qu'une robe. Elle se trouve sur la berge d'une rivière. Elle a un sac ou un sac de jute. Dans ce sac - elle n'arrêtait pas de le lancer en avant et en arrière et de le secouer. On aurait dit qu'il y avait des pierres à l'intérieur. Je lui demande : « Que faites-vous ? ». Elle répond : « Je ne suis pas censée vous dire que ce que je suis en train de faire, mais je vais vous montrer ce

qu'il y a dans le sac. » Elle dépose le sac par terre et l'ouvre. Il y avait des petites pépites d'or au lieu de pierres. Je ne sais pas pourquoi elle le secouait, mais chaque fois qu'elle pressait le sac, de l'eau en sortait. Alors elle me dit : « Viens sur la colline avec moi - je vais te montrer les environs… ces gens. » Sur la colline, je perds sa trace. Quand je suis arrivé au sommet, je suis entré dans un endroit où il y avait plein de gens en train de boire des Coca et de manger des glaces. J'étais là et je cherchais cette fille. Une de ces personnes m'a crié : « Hé ! Es-tu indien ? » Je me suis dit : « Jésus, c'est une drôle de façon de me poser une question. Ils sont tous indiens. Est-ce qu'ils ne pourraient pas me demander mon nom ? » Ce type me dit : « Regarde ce banc en bas. Est-ce que tu vois des tas de gens assis là ? Cette fille au bout du banc veut te parler. » Alors j'ai dû descendre et contourner la broussaille le long du chemin, pour parvenir au banc. J'ai vu des gens assis autour. Ils me traitent tous bien, me tapaient dans le dos et me serraient la main. Je me suis méfié, je me demandais pourquoi ils me traitaient si bien, j'ai fait le tour et j'ai aperçu cette fille qui était assise toute seule. J'ai regardé pour voir si c'était elle qui m'avait demandé et je lui ai dit : « C'est toi qui m'a fait appeler ? » Elle dit : « Oui, c'est moi, assieds-toi. » C'était la même fille que celle que j'avais rencontrée en bas dans le groupe. Cette fille dit alors « Je vais t'emmener… te montrer les environs. Je veux que tu sois prudent. Je veillerai sur toi pour que personne ne te traite mal. » C'est ce qu'elle a fait. Nous nous sommes donc mêlés à la foule, et, arrivés à la voiture, nous sommes restés là à regarder en bas les gens qui se pressaient. Ils étaient tous étrangers et, bien sûr, ils étaient indiens. La fille a désigné quelqu'un et dit : « C'est une de mes amies, je veux que tu la rencontres. » J'ai regardé et j'ai vu que c'était une fille. Nous nous sommes approchés pour la rencontrer. Elle était vraiment belle et agréable. La fille qui m'avait amené là a soudain disparu. Peut-être s'était-elle mêlée à la foule. Cette fille, elle était vraiment gentille pour moi, mais elle n'arrêtait pas de me faire quelque chose de méchant. Je portais une chemise très jolie. Je ne voulais pas la salir ni m'appuyer contre la voiture. Cette fille déchirait ma chemise à l'épaule avec ses doigts pendant que je ne regardais pas. « Je ne voulais pas le faire », disait-elle, et elle se montrait vraiment gentille avec moi, mais elle continuait à me pincer et à me marcher sur les orteils. J'étais à nouveau méfiant. « Diable, que me veut-elle ? » Elle l'a fait exprès, mais elle veut que je croie qu'elle est gentille pour moi. J'étais en train de me fâcher contre elle. Alors elle dit : « Je vais te dire quoi… j'ai une voiture. Toi et moi nous allons… je crois qu'elle l'a appelée « grange » ou « lit de fleurs »… C'est très joli là-bas et nous serons tous seuls. » Entre temps, elle s'amusait avec ma partie de devant en se rapprochant de moi. J'ai pensé alors : « Je parie que lorsqu'elle m'aura là-bas, elle voudra qu'on fasse l'amour. Diable, c'est une belle fille ! » Tout de suite après, je pouvais voir travers sa robe. Je me dis : « Je veux l'examiner

puisque je peux le faire ». Je recule et je vois qu'elle a de grandes plaies entre les jambes. J'ai pensé : « Jésus, elle est dingue ! Si j'y vais et que je fais l'amour avec elle, je vais attraper la chaude-pisse ou la syphilis. Elle veut être très gentille avec moi, mais elle va me filer la chaude-pisse et me faire des ennuis. » Mais, entretemps, l'autre fille a réapparu - je ne sais d'où. La première chose qu'elle ma demandée, c'était : « Qu'est-ce qui est arrivé à la chemise ? » Je réponds : « Elle l'a déchirée. » Elle dit : « Qu'est-ce qu'elle a encore fait ? » Je réponds : « Elle m'a pincé et marché sur les orteils, mais je peux voir à travers elle et ce qu'elle essaie d'obtenir. » La fille dit : « Ce sont les règles de ces gens. C'est ce qu'ils font aux étrangers. Si elle revient, je t'aiderai. Si cette fille revient, je lui dirai de s'en aller. » Je la crois, mais, en chemin, nous tombons à chaque fois sur l'autre fille qui essaie de me ravoir en étant gentille avec moi. Aussi je pense que si je peux me débarrasser de toutes les deux, ce sera la meilleure chose parce qu'a chaque fois elle me ramène à cette fille et c'est mauvais. J'étais dégoûté de toutes les deux. Je crois que je me suis réveillé après ça. » (936 mots)

Séance 29

#24. « J'ai rêvé que j'étais dans un endroit où il y avait une taverne quelque part. Tous les gens buvaient du whisky- de la bière et du whisky. J'ai pensé en moi-même : « C'est une sacrée façon de boire ! » Ils ne s'amusent pas et ils tombent à la renverse, soûls. J'en ai vu un tomber. Je regarde vers le bar - ma sœur s'y trouve. Elle était debout et elle avait des verres de whisky devant elle, une centaine peut-être. Elle ne voulait pas me remarquer ou me regarder. Elle ne faisait que lever un verre l'un après l'autre. Cela m'a intrigué - elle ne boit pas d'habitude. Elle avait aussi des cigarettes en vrac, sorties du paquet et toutes empilées devant elle. Elle les fumait l'une après l'autre. Ce n'était pas cela. Peut-être que cela n'était pas elle - simplement quelqu'un qui lui ressemblait. Je me suis donc approché d'elle, et j'ai remarqué qu'elle jetait le contenu de ses verres par-dessus son épaule. Je me dis : « C'est une façon vachement curieuse d'essayer de me donner le change. Pourquoi fait-elle cela ? Ce n'est pas bien de sa part de me faire croire des choses. Pourquoi ne pas en venir au fait et faire ça ouvertement ? » Je ne me rappelle pas la fin. » (212 mots)

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES, CHAPITRES D'OUVRAGE ET ARTICLES

ABABEI Cristina, DADI Ghita & TREMINE Thierry (2008). Le concept de dysfonction préjudiciable (*harmful dysfunction*) de J. C. Wakefield, dans World Psychiatry. *L'Information Psychiatrique*, *84*, 461-466.

AFFELTRANGER Bastien, Potvin L., Ferron C., Vandewalle H. & Vallée A. (2018). Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ?. *Santé Publique*, *1*, 13-24.

AGABITI Nera, Cesaroni G., Picciotto S., Bisanti L., Caranci N., Costa G., Forastiere F., Marinacci C., Pandolfi P., Russo A., Perucci C. A. & Italian Study Group on Inequalities in Health Care (2008). The association of socioeconomic disadvantage with postoperative complications after major elective cardiovascular surgery. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *62*(10), 882–889.

AKDENIZ Ceren, Tost H., Streit F., Haddad L., Wüst S., Schäfer A., Schneider M., Rietschel M., Kirsch P., & Meyer-Lindenberg A. (2014). Neuroimaging evidence for a role of neural social stress processing in ethnic minority-associated environmental risk. *JAMA Psychiatry*, *71*(6), 672–680.

ALEXANDRE Stéphanie (2009). J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau. *Hommes & Migrations*, *1282*, 196-197.

ANDERSEN Ingelise, Thielen K., Nygaard E., & Diderichsen F. (2009). Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *63*(7), 575–581.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders : DSM-4* (4th ed.). American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Association.

ASPY Denholm, DELFABBRO Paul & PROEVE Michael (2015). Is dream recall underestimated by retrospective measures and enhanced by keeping a logbook? A review. *Conscious Cogn, 33*, 364-74.

AYONRIDE Oyedeji, OBUAYA Chiedu & ADEYEMI Solomon Olusola (2015). Brain fag syndrome: a culture-bound syndrome that may be approaching extinction. *BJPsych Bulletin*, *39*(4), 156–161.

BAKER Sophie, Jackson M., Jongsma H. & Saville C.W.N. (2021). The ethnic density effect in psychosis: a systematic review and multilevel meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *219*(6), 632–643

BALIDEMAJ Albina & SMALL Mark (2019). The effects of ethnic identity and acculturation in mental health of immigrants: A literature review. *The International Journal of Social Psychiatry*, *65*(7-8), 643–655.

BARDOL Olivier, Grot S., Oh H., Poulet E., Zeroug-Vial H., Brunelin J. & Leaune E. (2020). Perceived ethnic discrimination as a risk factor for psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *50*(7), 1077–1089.

BASTIDE Roger (1995). *Sociologie et psychanalyse*. Presses Universitaires de France.

BAUBET Thierry & MORO Marie-Rose (2000). L'approche ethnopsychiatrique. *Enfances & Psy*, *12*, 111-117.

BAUBET Thierry & MORO Marie-Rose & Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. (2003). *Psychiatrie et migrations*. Masson.

BAUBET Thierry & MORO Marie-Rose (2013). *Psychopathologie transculturelle* (2e édition). Elsevier Masson.

BAUX CAZAL Lucie & GOKALSING Erick (2015). Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans dans le monde et à La Réunion. *L'Autre*, *16*, 333-335.

BELKACEM Lila (2015). Quand la clinique fait l'ethnique : Logiques performatives dans la médiation interculturelle pour familles migrantes. *Genèses*, *98,* 47-68.

BENEDICT Ruth (2019). *Patterns of culture*. Routledge.

BENHABIB Seyla (2002). *The claims of culture: equality an diversity in the global era*. Princeton University Press.

BENSA Alban (2016). *La fin de l'exotisme : essais d'anthropologie critique*. Anacharsis.

BERA Matthieu (2014). Durkheim en débat : la critique de Durkheim dans quelques ouvrages d'introduction à la sociologie. *Idées économiques et sociales*, *178*, 45-55.

BERADT Charlotte (2018). *Rêver sous le IIIème Reich*. Payot & Rivages.

BERGSON Henri (2013). *Les deux sources de la morale et de la religion* (11e édition "Quadrige" mise à jour). Presses Universitaires de France.

BERRY John Widdup (1970). Marginality, stress and ethnic identification in an acculturated Aboriginal community. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *1*(3), 239–252

BERRY John Widdup, Phinney J.S., Sam D.L. & Vedder P. (2006). Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation. *Applied Psychology : An International Review, 55*(3), 303–332.

BESSONE Magali (2013). *Réaliser la justice raciale : multiculturalisme ou théorie critique des races ?* In : GUERARD DE LATOUR S. (Eds.). Le multiculturalisme a-t-il un avenir ? Hermann.

BHUGRA Dinesh, Hilwig M., Hossein B., Marceau H., Neehall J., Leff J., Mallett R., & Der G. (1996). First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(5), 587–592.

BHUI Kamaldeep, Stansfeld S., McKenzie K., Karlsen S., Nazroo J. & Weich S. (2005). Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom. *American Journal of Public Health*, *95*(3), 496–501.

BLACK Douglas (1980). *Inequalities in health: report of the Working Group on inequalities in health*. Dept. of Health and Social Security.

BLUM Lawrence (1994). Multiculturalism, racial justice and community : reflections on Charles Taylor's'politics of recognition', in : FOSTER L. & HERZOG P.S. (1994). *Defending diversity : contemporary philosophical perspectives on pluralism and multiculturalism*. University of Massachusetts Press. Retrieved

BOELEN Charles, HECK J.E. & World Health Organization. Division of Development of Human Resources for Health. (1995). Defining and measuring the social accountability of medical. *World Health Organization.*

BOELEN Charles, Grand'Maison P., Ladner J. & Pestiaux D. (2008). Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. *Pédagogie Médicale, 9*(4), 235-244.

BOELEN Charles (2011). Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Santé Publique*, *23*, 247-250.

BOELEN Charles, DHARAMSI Shafik & GIBBS Trevor (2012). The social accountability of medical schools and its indicators. *Education for Health*, *25*(3), 180–194.

BOORSE Christophe (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy & Public Affairs*, *5*(1), 49–68.

BORRAS Arnel (2021). Toward an intersectional approach to health justice. *International Journal of Health Services*, *51*(2), 206–225.

BORREGO Joaquin Jr., ORTIZ-GONZALEZ E. & GISSANDANER T.D. (2019). Ethnic and cultural considerations. In Compton SN, Villabø M.A. & Kristensen H. (Eds.), *Pediatric anxiety disorders*. Elsevier Academic Press.

BOURQUE François, VAN DER VEN Elsje, & MALLA Ashok (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, *41*(5), 897–910.

BOUVERESSE Jacques (2022). *Philosophie mythologie et pseudo-science : Wittgenstein lecteur de Freud*. Editions de l'Eclat.

BOUVERESSE Jacques (2022). *Prodiges et vertiges de l'analogie : de l'abus des belles-lettres dans la pensée* (Nouvelle éd. actualisée et augmentée [2022]). Raisons d'agir éditions.

BRANDT Lasse, Henssler J., Müller M., Wall S., Gabel D., & Heinz A. (2019). Risk of psychosis among refugees: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *76*(11), 1133–1140.

BULLARD Alice (2007). *Imperial networks and postcolonial independence: the transition from colonial to transcultural psychiatry*. In: MAHONE S. & VAUGHAN M. (eds) Psychiatry and Empire. Cambridge Imperial and Post-Colonial Studies Series. Palgrave Macmillan, London.

BURNS Jonathan, Tomita A. & Kapadia A.S. (2014). Income inequality and schizophrenia: increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality. *The International Journal of Social Psychiatry*, *60*(2), 185–196.

CANTWELL Roch, Brewin J., Glazebrook C., Dalkin T., Fox R., Medley I. & Harrison G. (1999). Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *174*, 150–153.

CANTOR-GRAAE Elizabeth, Pedersen C.B., McNeil T.F. & Mortensen P. B. (2003). Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, *182*, 117–122.

CANTOR-GRAAE Elizabeth & SELTEN Jean-Paul (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(1), 12–24.

CAROTHERS John Colin (1954). *The Psychology of Mau Mau*. Government Printer.

CEREA Alessandra (2020). Georges Devereux et l'ethnopsychiatrie : fonder sa science et assurer sa consécration. *Revue d'histoire des sciences humaines*, *37*, 193-208.

CESARINI David (2010). *Adolf Eichmann*. Tallandier.

CHAMBON Nicolas & PETROUCHINE Roman (2020). « Faire cas » du traumatisme dans une consultation d'expertise médicale auprès de demandeurs d'asile. *Rhizome*, 75-76, 141-150.

CHAPAGAI Swaty & MATRYN-NEMETH Pamela (2022). Sleep health, acculturation and acculturative stress in immigrants in the United States: a scoping review. *Journal of Transcultural Nursing*, *33*(3), 398–415.

CHU Joyce, Goldblum P., Floyd R., & Bongar B.M. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Journal of Applied & Preventive Psychology, 14*, 25-40.

CORRIGAN Patrick, Watson A. C., Byrne P. & Davis K. E. (2005). Mental illness stigma: problem of public health or social justice? *Social Work*, *50*(4), 363–368.

COULTHARD Glen Sean (2021). *Peau rouge, masques blancs. Contre la politique coloniale de la reconnaissance*. Lux editeur.

CREWS Frederick (2020). *Freud: the making of an illusion*. Profiles Books LTD.

DANIELS Norman (1985). *Just health care*. Cambridge University Press.

DANIELS Norman, KENNEDY Bruce & KAWACHI Ichiro (1999). Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. *Daedalus*, *128*(4), 215–251.

DANIELS Norman (2008). *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.

DANIELS Norman (2009). L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé. *Raisons politiques*, *34,* 9-29.

DAS-MUNSHI Jayati, Clark C., Dewey M.E., Leavey G., Stansfeld S.A. & Prince M.J. (2014). Born into adversity: psychological distress in two birth cohorts of second-generation Irish children growing up in Britain. *Journal of Public Health*, *36*(1), 92–103.

DECANCQ Koen (2013). Taking preferences seriously. *Œconomia, 3,* 139–146.

DE FREITAS Daniela, Fernandes-Jesus M., Ferreira P. D., Coimbra S., Teixeira P. M., de Moura A., Gato J., Marques S. C. & Fontaine A. M. (2018). Psychological correlates of perceived ethnic discrimination in Europe: A meta-analysis. *Psychology of Violence, 8*(6), 712–725.

DEJOURS Christophe (2009). *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*. Éditions du Seuil.

DELEAGE Pierre (2013). *Le geste et l'écriture : langues des signes amérindiens logographies*. A. Colin.

DELEAGE Pierre (2020). *L'autre-mental : figures de l'anthropologue en écrivain de science-fiction*. La Découverte.

DELILLE Emmanuel (2017). *Ethno-psychiatrie*. ENS éd.

DELPLA Isabelle (2001). *Quine, Davidson : le principe de charité*. Presses Universitaires de France.

DELPA Isabelle, dir. (2002). L'usage anthropologique du principe de charité. *Philosophia Scientiae*, *6*(2), 1-216.

DELPLA Isabelle (2011). *Le mal en procès. Eichmann et les théodicées modernes*. Hermann.

DELPLA Isabelle (à paraître). Retrouvés et toujours disparus : Une perplexité d'interprétation. In : KÜNSTLER R. (dir), *Connaissance interprétative*. Éditions Hermann.

DELVIGNE-HAURAY Julien (2020). *La discrimination ethno-raciale perçue comme facteur de risque d'idées et conduites suicidaires dans les groupes minoritaires ethno-raciaux : une méta-analyse*. Thèse d'exercice. Université Claude Bernard Lyon 1.

DESPLECHIN Arnaud & WAJCMAN Gérard (2014). Ethnies ou soigner une névrose de guerre en amérique une conversation entre Gérard Wajcman et Arnaud Desplechin. *La Cause Du Désir, 86,* 91-104.

DEVEREUX Georges (1939). A sociological theory of schizophrenia. *Psychoanalytic Review, 26,* 315-342.

DEVEREUX Georges & LOEB Edwin (1943). Antagonistic acculturation. *American Sociological Review, 7,* 133–147.

DEVEREUX Georges (1967). *From anxiety to method in the behavioral sciences*. Mouton.

DEVEREUX Georges (1969). *Reality and dream: psychotherapy of a Plains Indian*. Doubleday & Company.

DEVEREUX Georges (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale.* Gallimard.

DEVEREUX Georges (1974). *Sexual life of the Mohave Indians: an interpretation in terms of social psychology* (dissertation). University of California.

DEVEREUX Georges (1996). *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves*. Synthélabo.

DEVEREUX Georges (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion.

DEVEREUX Georges (2013). *Psychothérapie d'un Indien des Plaines : réalité et rêve* (Nouvelle édition entièrement relue et corrigée). Fayard.

DEVEREUX Georges (2015). Les origines sociales de la schizophrénie ou la schizophrénie sans larmes. *L'Information Psychiatrique*, 91, 81-82.

DHADDA Amrit & GREENE Giles (2018). 'The Healthy Migrant Effect' for Mental Health in England: Propensity-score Matched Analysis Using the EMPIRIC Survey. *Journal of Immigrant and Minority Health, 20(4)*:799-808.

DI NAPOLI Anteo, Rossi A., Alicandro G., Ventura M., Frova L. & Petrelli A. (2021). Salmon bias effect as hypothesis of the lower mortality rates among immigrants in Italy. *Scientific Reports*, *11*(1), 8033.

DJIGO Sophie (2016). *Les migrants de Calais*, Agone.

DURKHEIM Émile (1930). *Le suicide. Etude de sociologie*. Presses universitaires de France.

DUVILLIE Rebecca (2000). A propos d'une consultation d'ethnopsychologie à l'école. *L'autre*, 1, 543-548.

EHRENBERG Alain (2010). *La société du malaise*. Odile Jacob.

ELKELES Thomas & MIELCK Andreas (1997). Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit [Development of a model for explaining health inequality]. *Gesundheitswesen*, *59*(3), 137–143.

EPSTEIN Arnold, Ayanian J.Z., Keogh J.H., Noonan S.J., Armistead N., Cleary P.D., Weissman J.S., David-Kasdan J.A., Carlson D., Fuller J., Marsh D. & Conti R.M. (2000). Racial disparities in access to renal transplantation--clinically appropriate or due to underuse or overuse?. *The New England Journal of Medicine*, *343*(21), 1537.

EPSTEIN Gil & HEIZLER Odelia (2015). Ethnic identity: a theoretical framework. *IZA Journal of Development and Migration,* 4, (9)

FABIAN Johannes (2017). *Le temps et les autres : comment l'anthropologie construit son objet*. Anacharsis.

FAHMI Morgan (2021). ISVAra : Inégalités Sociales de Santé et Veille suicidaire en Auvergne-Rhône-Alpes. Université Jean Monnet Saint-Etienne.

FANON Frantz (1961). *Les Damnés de la terre*, Maspéro.

FANON Frantz (2015). *Peau noire, masques blancs*. Éditions Points.

FARIS Robert & DUNHAM Warren (1960). *Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychosis* (Repr. by arrangement). Hafner.

FASSIN Didier (1999). L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit. *Genèses*, *35,* 146–171.

FASSIN Didier (2000). Les politiques de l'ethnopsychiatrie, *L'Homme*, *153,* 231-250.

FASSIN Dider (2006). *7. Du déni à la dénégation. Psychologie politique de la représentation des discriminations.* In : Fassin D & Fassin E (Eds.). De la question sociale à la question raciale ?. La Découverte.

FASSIN Didier (2006). *1. Nommer interpréter. Le sens commun de la question raciale* De la question sociale à la question raciale ? In : Fassin D & Fassin E (Eds.). De la question sociale à la question raciale ? La Découverte.

FASSIN Didier (2008). *Faire de la santé publique* (2e éd. révisée). Éd. de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique.

FASSIN Didier & RECTHMAN Richard (2011). *L'empire du traumatisme enquête sur la condition de victime*. Flammarion.

FASSIN Didier & FASSIN Éric (2012). *De la question sociale à la question raciale ? : représenter la société française*. La Découverte.

FASSIN Didier & LEZE Samuel (2013). *La question morale : une anthologie critique*. Presses universitaires de France.

FAUCHER Luc & FOREST Denis (2021). *Defining mental disorder : Jerome Wakefield and his critics*. MIT Press.

FELOUZIS Georges & FOUQUET-CHAUPRADE Barbara (2013). Le « savant » et l'ethnicité : essai de construction d'un objet sociologique. *International Journal of Violence and Schools*, *19,* 8-26.

FENNELLY Katherine (2007). The "healthy migrant" effect. *Minnesota Medicine*, *90*(3), 51–53.

FLÜCKIGER Christoph, Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *55*(4), 316–340.

FORONDA Cynthia, Baptiste D.L., Reinholdt M.M. & Ousman K. (2016). Cultural humility: a concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, *27*(3), 210–217.

FRANTZ David (2010). Ethnique ? Vous avez dit ethnique ? Comme c'est… bizarre. Critique de la référence ethnique. *Travaux et Documents, Espaces et Sociétés*, 55-66

FRASER Nancy (2009) Reframing justice in a globalizing World. *Lua Nova: Revista de Cultura e Poltica*, 11-39

FRASER Nancy. (2011). *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*. Éd. la Découverte.

FRAZER James George (2010). *Le rameau d'or*. R. Laffont.

FREUD Sigmund (1985). *Le rêve et son interprétation*. Gallimard.

FREUD Sigmund (2017). *Cinq psychanalyses : Dora, le petit Hans l'homme aux rats, le président Schreber, l'homme aux loups*. Payot & Rivages.

FREUD Sigmund (2019). *Métapsychologie*. Flammarion.

FROMM-REICHMANN Frieda (2015). *Principles of intensive psychotherapy*. University of Chicago Press.

FURTOS Jean (2008), *Les cliniques de la précarité, Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Elsevier Masson.

FURTOS Jean (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion.* Ed. Rue d'Ulm-Presses de l'Ecole normale supérieure.

GADAMER Hans-Georg (1975). *Wahrheit und Methode*. Mohr.

GIMENO-FELIU Luis, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A (2015). The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit.* 2015; *29*(1), 15-20.

GIROUX Élodie (2010). *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*. Presses Universitaires de France.

GOLDBETER-MERINFELD Édith (2010). Les cinq psychanalyses de Freud revisitées par une systémicienne. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, *45,* 173-190.

GOURIOU Fabien (2012). Les deux faces du symptôme: Remarques épistémologiques sur l'ethnopsychiatrie de Georges Devereux. *Recherches en psychanalyse*, *14,* 206-215.

GRAF Gunter & SCHWEIGER Gottfried (2013). Capabilities, recognition and the philosophical evaluation of poverty: a discussion of issues of justification and the role of subjective experiences. *International Critical Thought, 3*(3), 282-296.

GRAY Alastair (1982). Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *International Journal of Health Services*, *12*(3), 349–380.

GRILLOT Thomas (2014). *Après la Grande Guerre*. Éditions EHESS

GUEGUEN Haud & MALOCHET Guillaume (2012). *Les théories de la reconnaissance*. La Découverte.

GUERARD DE LATOUR Sophie, dir. (2015). *Le multiculturalisme a-t-il un avenir ?* Questions de Communication.

GUERREIRO Antonio (2007). Georges Devereux et les montagnards Sedang : de la fascination à la répulsion. *Le Coq-héron*, *190*, 35-45.

GUILLOU Anne Yvonne (2018). Structuration rituelle de la relation défunts-vivants au Cambodge dans les morts individuelles et collectives. *L'autre*, 19, 267-275.

GUTWINSKI Stefan, Schreiter S., Deutscher K., & Fazel S. (2021). The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, *18*(8), e1003750.

HAJAK Vivien, Sardana S., Verdeli H. & Grimm S. (2021). A systematic review of factors affecting mental health and well-being of asylum seekers and refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, *12,* 643704.

HARRISON Glynn, Gunnell D., Glazebrook C., Page K. & Kwiecinski R. (2001). Association between schizophrenia and social inequality at birth: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, *179*, 346–350.

HEGEL Georg Wilhem Friedrich (2004). *Philosophie de l'esprit*. J. Vrin.

HEGEL Georg Wilhem Friedrich (2013). *Principes de la philosophie du droit* (3e édition entièrement révisée et augmentée). Presses universitaires de France.

HEGEL Georg Wilhem Friedrich (2017). *La phénoménologie de l'esprit*. L'Harmattan.

HENSSLER Jonathan, Brandt L., Müller M., Liu S., Montag C., Sterzer P. & Heinz A. (2020). Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *270*(3), 325–335.

HICKLING Frederick. & RODGERS-JOHNSON Pamela (1995). The incidence of first contact schizophrenia in Jamaica. *The British Journal of Psychiatry*, *167*(2), 193–196.

HICKLING Frederick, McKenzie K., Mullen R. & Murray R. (1999). A Jamaican psychiatrist evaluates diagnoses at a London psychiatric hospital. *The British Journal of Psychiatry*, *175,* 283–285

HMANA Orane, Guerraoui Z., Mouchenik Y. & Denoux P. (2018). La culture comme levier thérapeutique en milieu carcéral néo-calédonien. *L'autre*, 19, 71-80

HOCKING Debbie, KENNEDY Gerard & SUNDRAM Suresh (2015). Mental disorders in asylum seekers: the role of the refugee determination process and employment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *203*(1), 28–32.

HONNETH Axel (2006). *Les pathologies du social. La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*. La Découverte.

HONNETH Axel. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. Gallimard.

HUA Alexandra & MAJOR Nili (2016). Selective mutism. *Current opinion in pediatrics*, *28*(1), 114–120

HUBINETTE Maria, Dobson S., Scott I. & Sherbino J. (2017). Health advocacy. *Medical Teacher*, *39*(2), 128–135.

HUTCHINSON Gerard, Takei N., Fahy T.A., Bhugra D., Gilvarry C., Moran P., Mallett R., Sham P., Leff J. & Murray R.M. (1996). Morbid risk of schizophrenia in first-degree relatives of white and African-Caribbean patients with psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(6), 776–780.

HWANG Stephen, Wilkins R., Tjepkema M., O'Campo P. J., & Dunn J. R. (2009). Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11-year follow-up study. *BMJ, 339,* b4036.

HYNIE Michaela (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: a critical review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 63(5),* 297–303.

IGNOUMBA Stella (2016). Famille entre cultures : la rue, une solution pour l'enfant des rues au Gabon ?. *L'autre*, 17, 283-288.

IOANNIDIS John P.A. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Medicine*, *2*(8), e124.

JANNEL Pierre (2019). *Conduites suicidaires chez les personnes adultes sans-abris. Une revue de la littérature*. Thèse d'exercice. Université Claude Bernard Lyon 1.

JUFFER Femmie & VAN IJZENDOORM Marinus (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. *JAMA*, *293*(20), 2501–2515.

JUSOT Florence, Silva J., Dourgnon P. & Sermet C. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration en France: Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ?. *Revue économique*, 60, 385-411.

KARDINER Abram & PREBLE Edward (1966). *Introduction à l'ethnologie [they studied man]*. Gallimard.

KARDINER Abram (1969). *L'individu dans sa société*. Gallimard.

KARDINER Abram & OVESEY Lionel (2018). *Color line : oppression et inconscient*. Les Presses du réel.

KARTAL Dzenana, Alkemade N., Eisenbruch M. & Kissane D. (2018). Traumatic exposure, acculturative stress and cultural orientation: the influence on PTSD, depressive and anxiety symptoms among refugees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*(9), 931–941.

KENNEDY Steven, Kidd M.P., McDonald J.T. & Biddle N (2015). The Healthy Immigrant Effect: patterns and evidence from four countries. *Journal of International Migration & Integration, 16,* 317–332.

KESSLER Ronald, Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Chatterji S., Lee S., Ormel J., Ustün T.B., & Wang P.S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *18*(1), 23–33.

KIRKBRIDE James, Jones P.B., Ullrich S. & Coid J.W. (2014). Social deprivation, inequality, and the neighborhood-level incidence of psychotic syndromes in East London. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(1), 169–180.

KIRKBRIDE James (2014). Hitting the floor: understanding migration patterns following the first episode of psychosis. *Health & Place*, *28*(100), 150–152.

KIRMAYER Lawrence, Fung K., Rousseau C., Lo H.T. & Menzies P. (2012). Directives pour la formation en psychiatrie culturelle. *Canadian Journal of Psychiatry, 57*(3), 1-18.

KIRMAYER Lawrence (2019). The politics of diversity: pluralism, multiculturalism and mental health. *Transcultural Psychiatry*, *56*(6), 1119–1138.

KLEINMANN Arthur (1977) *Social suffering*, University of California Press.

KLEINMANN Arthur (1991). *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. Free Press.

KOENEN Karestan, Ratanatharathorn A., Ng L., McLaughlin K. A., Bromet E. J., Stein D. J., Karam E.G., Meron Ruscio A., Benjet C., Scott K., Atwoli L., Petukhova M., Lim C.C.W., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A., Alonso J., Bunting B., Ciutan M., de Girolamo G., Degenhardt L., … Kessler R.C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, *47*(13), 2260–2274.

KOLLAR Eszter, LAUKÖTTER Sebastian, & BUYX Alena (2016). Humanity and justice in Global Health: problems with Venkatapuram's justification of the Global Health duty. *Bioethics*, *30*(1), 41–48.

KROEBER Alfred Louis (1920). Totem and taboo: an ethnologic psychoanalysis. *American Anthropologist, 22*(1), 48-55.

KROEBER Alfred Louis (1953). *Handbook of the Indians of California*. California Book Company.

KROEBER Alfred Louis (1958). Sign language inquiry. *International Journal of American Linguistics, 24*(1), 1–19.

KYMLICKA Will (2001). *La Citoyenneté multiculturelle : Une théorie libérale du droit des minorités*. La Découverte.

LACHENAL Guillaume (2011). Quand la médecine coloniale laisse des traces. *Les Tribunes de la santé*, 33, 59-66.

LADNER Joël, Maherzi A., Poitevien G., Pestiaux D., Grand'Maison P., Gomès J., Nawar T., Neuzy A.J., Roland M. & Boelen C. (2015). Responsabilité sociale des facultés de médecine francophone : organisation, résultats et leçons apprises du projet de recherche-action international des facultés de médecine francophones. *Pédagogie Médicale, 16*, 189-200.

LAHIRE Bernard (2018). *L'interprétation sociologique des rêves*. La Découverte.

LAPLANTINE François (2002). Pour une ethnopsychiatrie critique. *Vie sociale et traitements, 73*, 28-33.

LAPOUSE Rema, MONK M.A. & TERRIS M. (1956). The drift hypothesis and socioeconomic differentials in schizophrenia. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, *46*(8), 978–986.

LATOUR Bruno & STENGERS Isabelle (1997). Du bon usage de l'ethnopsychiatrie. *Libération*

LAZARUS Antoine & STROHL Hélène (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. DIV : DIRMI.

LAZZERI Christian (2004). Le problème de la reconnaissance dans le libéralisme déontologique de John Rawls. *Revue du MAUSS*, *23*(1), 165-179.

LEAUNE Edouard (2015). *Schizophrénie et migration : perspectives épidémiologiques, étiopathogéniques et épistémologiques*. Thèse d'exercice. Université Claude Bernard Lyon 1

LEAUNE Edouard, Dealberto M.J., Luck D., Grot S., Zeroug-Vial H., Poulet E. & Brunelin J. (2019). Ethnic minority position and migrant status as risk factors for psychotic symptoms in the general population: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, *49*(4), 545–558.

LEAUNE Edouard, Lestienne L., Grandgenèvre P., Morgiève M., Vaiva G., Vieux M., Chalancon B., Laplace N., Haesebaert J. & Poulet E. (2021). Development of an online resource for people bereaved by suicide: a mixed-method user-centered study protocol. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 770154.

LEAUNE Edouard, Rey-Cadilhac V., Oufker S., Grot S., Strowd R., Rode G., & Crandall S. (2021). Medical students attitudes toward and intention to work with the underserved: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, *21*(1), 129.

LE BLANC Guillaume (2007). *Vies ordinaires, vies précaires*, La Couleur des Idées, Seuil.

LEFEVE Céline, GATEAU Valérie (2015). Responsabilité sociale : un point de vue philosophique. *Pédagogie médicale*, *16*(3), 167–170.

LEMOINE Maël (2012). La définition des « troubles mentaux » : Brève introduction à une question fondamentale de la philosophie de la psychiatrie contemporaine. *L'Enseignement philosophique*, 62, 58-70.

LE TEXIER Thibault (2018). *Histoire d'un mensonge : enquête sur l'expérience de Stanford*. Zones.

LEVY-BRUHL Lucien (1951). *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures* (9e éd). Presses universitaires de France.

LEVY-BRUHL Lucien (1963). *La mythologie primitive le monde mythique des australiens et des papous* (Nouv.). Presses universitaires de France.

LEVY-BRUHL Lucien (1963). *Le surnaturel et la nature dans la mentalité primitive* (Nouv.). Presses universitaires de France.

LEVY-BRUHL Lucien (1996). *L'âme primitive* (1re. éd. "Quadrige."). Presses universitaires de France.

LEVY-BRUHL Lucien (2010). *La mentalité primitive*. Flammarion.

LEVY-BRUHL Lucien (2014). *L'expérience mystique et les symboles chez les primitifs*. Dunod.

LINCOLN Jackson Steward (2003). *The dream in Native American and other primitive cultures*. Dover Publications.

LINTON Ralph (1977). *Le fondement culturel de la personnalité* (Nouv. tirage). Dunod.

LLOYD Geoffrey Ernest Richard (1993). *Pour en finir avec les mentalités*. Editions La Découverte.

LORANT Vincent, Kunst A.E., Huisman M., Costa G., Mackenbach J. & EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health (2005). Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *The British Journal of Psychiatry*, *187,* 49–54.

LORANT Vincent, Kapadia D., Perelman J. & DEMETRIQ study group (2021). Socioeconomic disparities in suicide: Causation or confounding?. *PloS one*, *16*(1), e0243895.

LUNDBERG Patric, Cantor-Graae E., Kahima M. & Ostergren P. O. (2007). Delusional ideation and manic symptoms in potential future emigrants in Uganda. *Psychological Medicine*, *37*(4), 505–512.

MACHADO Daiane, RASELLA D. & DOS SANTOS D.N. (2015). Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. *PloS one*, *10*(4), e0124934.

MACKENBACH Johan., Kulhánová I., Artnik B., Bopp M., Borrell C., Clemens T., Costa G., Dibben C., Kalediene R., Lundberg O., Martikainen P., Menvielle G., Östergren O., Prochorskas R., Rodríguez-Sanz M., Strand B.H., Looman C.W. & de Gelder R. (2016). Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *BMJ (Clinical research ed.)*, *353*, i1732.

MAHY George Evelyn, Mallett R., Leff J. & Bhugra D. (1999). First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. *The British journal of psychiatry*, *175*, 28–33.

MAILLARD Nathalie (2004). Emmanuel Lévinas et l'éthique médicale. De la relation à l'Autre au rapport de soin, *Éthique & Santé*, *1*(2), 100-106.

MALINOWSKI Bronislaw (1929). *The sexual life of savages: in North-Western Melanesia. An ethnographic account of courtship marriage and family life among the natives of the Tobriand Islands British New Guinea*. George Routledge & Sons.

MALLETT Rosemarie, Leff J., Bhugra D., Pang D. & Zhao J.H. (2002). Social environment, ethnicity and schizophrenia. A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*(7), 329–335.

MALMUSI Davide, Palència L., Ikram U., Kunst A. & Borrell C. (2015). Social and political determinants of inequalities in depression by immigrant status in Europe. *European Journal of Public Health*, 25, ckv167.056.

MANNONI Octave (1984). *Prospero et caliban : psychologie de la colonisation*. Ed. Universitaires.

MARMOT Michael (2010). *Fair society healthy lives: the Marmot review ; strategic review of health inequalities in England post-2010*. Marmot Review.

McGRATH John (2006). Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophrenia bulletin*, *32*(1), 195–197.

McGUIRE Philip, Jones P., Harvey I., Bebbington P., Toone B., Lewis S. & Murray R M. (1994). Cannabis and acute psychosis. *Schizophrenia research*, *13*(2), 161–167.

MEAD Margaret (2014). *Coming of age in Samoa: a psychological study of primitive youth for western civilisation*. Ishi Press.

MICHELI-RECHTMAN Vannina (2007). L'efficacité de la psychanalyse : une question épistémologique. *Figures de la psychanalyse*, *15,* 167-177.

MOJDEHKAR Reyhaneh, Jahangiri K., Hajinabi K., & Riahi L. (2021). Adapted fairness benchmarks for the evaluation of Iran health system reform. *The International Journal of Health Planning and Management*, *36*(6), 2118–2128.

MOLARIUS Anu, Berglund K., Eriksson C., Eriksson H. G., Lindén-Boström M., Nordström E., Persson C., Sahlqvist L., Starrin B. & Ydreborg B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors--a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*, *9,* 302.

MOLINIER Pascale (2010). Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, *10*, 99-110.

MONTANGERO Jacques (1999). *Rêve et cognition*. P. Mardaga.

MORGAN Thomas D. (1995). Native Americans in World War II. *Army History*, *35,* 22–27.

MORGAN Craig, Kirkbride J., Hutchinson G., Craig T., Morgan K., Dazzan P., Boydell J., Doody G.A., Jones P.B., Murray R.M., Leff J. & Fearon P. (2008). Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: a case-control study. *Psychological Medicine*, *38*(12), 1701–1715.

MORGAN Craig & HUTCHINSON Gerard (2010). The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: a public health tragedy. *Psychological Medicine*, *40*(5), 705–709.

MORGAN Craig, Reininghaus U., Fearon P., Hutchinson G., Morgan K., Dazzan P., Boydell J., Kirkbride J. B., Doody G.A., Jones P.B., Murray R.M. & Craig T. (2014). Modelling the interplay between childhood and adult adversity in pathways to psychosis: initial evidence from the AESOP study. *Psychological Medicine*, *44*(2), 407–419.

MORGAN Craig, KNOWLES Gemma & HUTCHINSON Gerard (2019). Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. *World Psychiatry*, *18*(3), 247–258.

MORO Marie-Rose (2000). *Nourritures d'enfance - dossier*. La Pensée Sauvage.

MORO Marie-Rose (2010). *Nos enfants demain : pour une société multiculturelle*. O. Jacob.

MULLAN E.H. (1917). Mental examination of immigrants: administration and line inspection at Ellis Island. *Public Health Reports, 32*(20), 733–746.

MURRAY Stephen (2009). The pre-Freudian Georges Devereux the post-Freudian Alfred Kroeber and Mohave sexuality. *Histories of Anthropology Annual, 5*(1), 12–27.

MUSSO Sandrine (2016). L'étranger malade : une cause devenue digne d'être défendue. *Plein droit*, *111*, 44-48.

NAGEL Joane (1994). Constructing ethnicity: creating and recreating ethnic identity and culture. *Social Problems, 41*(1), 152–176.

NATHAN Tobie (1990), De sable, de plomb, de cola. Ethnopsychanalyse des objets actifs. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, *15*, 21-38.

NATHAN Tobie (2000). Psychothérapie et politique : les enjeux théoriques institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie. *Genèses, 38,* 136–159.

NATHAN Tobie (2009). *L'influence qui guérit*. O. Jacob.

NATHAN Tobie & STENGERS Isabelle (2012). *Médecins et sorciers* ([Nouvelle édition augmentée]). La Découverte.

NATHAN Tobie (2013). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique* ([Nouvelle édition]). Dunod.

N'GORAN N'Guessan & ZOLDAN Yann (2022). Représentation culturelle de la dépression et du suicide chez les Francophones ouest-africains du Québec et de Côte d'Ivoire. *L'autre*, *23*, 321-325.

NOE Timothy, Kaufman C. E., Kaufmann L. J., Brooks E., & Shore J. H. (2014). Providing culturally competent services for American Indian and Alaska Native veterans to reduce health care disparities. *American journal of public health*, *104*(Suppl 4), 548–554.

NORDENFELT Lennart (1995). *On the nature of health : an action-theoretic approach*. Springer Netherlands.

NORDENFELT Lennart (2007). *Rationality and compulsion : applying action theory to psychiatry*. Oxford University Press.

NUECHTERLEIN Keith & DAWSON Michael (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, *10*(2), 300–312.

NUSSBAUM Martha. (2012). *Capabilités : comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* Climats.

ODEGAARD Ornulv (1932) Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*. Supplementum, *4,* 1-206.

OH Hans, Leaune E., Vancampfort D., Shin J.I. & Stickley A. (2022). Multimorbidity among Latinx-Americans and Asian American/Pacific Islanders. *Journal of Ageing and Longevity*

PANNARUNOTHAI Supasit & FARAMNUAYPHOL Pinij (2006). Benchmarks of Fairness for health care reform in Thailand--combining evidence with opinion of the civic group. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, *37*(2), 417–425.

PERINELLI Enrico & GREMIGNI Paola (2016). Use of social desirability scales in clinical psychology: a systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, *72*(6), 534–551.

PETIT-JOUVET Laurence. (2002). *J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau*. Abacaris Film.

PHILIPPE FONG Emeline, SIMON-RADINEZ Amalini & DELANOË Daniel (2018). Accueil des familles chinoises en consultation transculturelle. *L'autre*, *19*, 53-61.

PHINNEY Jean & ROTHERAM-BORUS Mary Jane (1987). *Children's ethnic socialization: pluralism and development*. Sage Publications.

PIERRE Danièle (2012). Rêves et pensées traditionnelles : apaiser les orages d'une relation mère - fille. *L'Autre*, *13,* 171-180.

PIGNON Baptiste, Schürhoff F., Baudin G., Ferchiou A., Richard J.R., Saba G., Leboyer M., Kirkbride J. B. & Szöke A. (2016). Spatial distribution of psychotic disorders in an urban area of France: an ecological study. *Scientific reports*, *6,* 26190.

POCREAU Jean-Bernard & MARTINS BORGES Lucienne (2006). Reconnaître la différence : le défi de l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, *31*(2), 43–56.

POLICAR Alain & Taguieff Pierre-André (1997). Ethnopsychiatrie et exotisme : Devereux et les faussaires. *Raison présente*, *123*, 115-119.

PORCHERIE Marion, LE BIHAN-YOUINOU Blanche & POMMIER Jeanine (2018). À quelle échelle appliquer l'approche universelle proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé ? Pour

une approche contextualisée des actions de prévention et de promotion de la santé. *Santé Publique*, *1*, 25-32.

POROT Antoine (1918). Notes de psychiatrie musulmane. *Annales Médico-Psychologiques*, 10e série, tome 9.

QUINE Willard von Orman (1975). *La philosophie de la logique*. Aubier.

QUINE Willard von Orman (1993). *La poursuite de la vérité*. Éditions du Seuil.

QUINE Willard von Orman (1999). *Le mot et la chose*. Flammarion.

RASHED Mohammed Abouelleil (2019). *Madness and the demand for recognition : a philosophical inquiry into identity and mental health activism*. Oxford University Press.

RAWLS John (2008). *La justice comme équité*. La Découverte.

RAWLS John (2009). *Théorie de la justice* (Nouv. éd). Points.

REAL Isabelle, Cohen H., Koumentaki C. & Moro M. (2014). Une approche ethnopsychiatrique de la psychose. *L'Autre*, *15*, 328-345.

RECHTMAN Richard (1995). De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle. *L'évolution psychiatrique, 60*(3)*,* 637-649.

RECHTMAN Richard (2000). De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. *Hommes & Migrations, 1225*, 46-61.

RECHTMAN Richard (2002). L'ethnicisation de la psychiatrie: anthropologie de la construction du savoir psychiatrique contemporain. *Annuaire de l'EHESS*, 756–757.

REEVE Carole, Woolley T., Ross S.J., Mohammadi L., Halili, S.B.Jr, Cristobal F., Siega-Sur J.L. & Neusy A.J. (2017). The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. *Medical Teacher*, *39*(1), 67–73.

RENAULT Emmanuel (2008). *Souffrances sociales, Philosophie, psychologie et politique*. La Découverte.

RENAULT Emmanuel (2017). *L'expérience de l'injustice. Essai sur la théorie de la reconnaissance* (Édition revue et augmentée). La Découverte.

RICHARDSON Henry (2016). Capabilities and the definition of health: comments on Venkatapuram. *Bioethics*, *30*(1), 1–7.

RITZ Stacey, BEATTY Kathleen & ELLAWAY Rachel (2014). Accounting for social accountability: developing critiques of social accountability within medical education. *Education for Health*, *27*(2), 152–157.

ROHEIM Gezà (1978). *Psychanalyse et anthropologie : culture, personnalité, inconscient*. Gallimard.

RUBALCAVA Luis, Teruel G.M., Thomas D. & Goldman N. (2008). The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey. *American Journal of Public Health*, *98*(1), 78–84.

RUBILIANI-LENNE Sylvie (2015). Le lien entre le patient et l'analyste: l'exemple de Jimmy P. *Topique, 131*(2), *63-73*.

SAHEL Claude (2003). Charlotte Beradt, *Rêver sous le III^e Reich*: Paris, Payot, 2002. *Che vuoi*, *19*, 261-268.

SAÏD Edward (2015). L'orientalisme. L'Orient créé par l'Occident. Points.

SCHRAMME Thomas (2016). The metric and the threshold problem for theories of health justice: a comment on Venkatapuram. *Bioethics*, *30*(1), 19–24.

SCHREDL Michael & HOFMANN Friedrich (2003). Continuity between waking activities and dream activities. *Consciousness and Cognition*, 12(2), 298-308.

SCHULMAN Kevin, Berlin J.A., Harless W., Kerner J.F., Sistrunk S., Gersh B.J., Dubé R., Taleghani C.K., Burke J.E., Williams S., Eisenberg, J.M. & Escarce J.J. (1999). The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *The New England Journal of Medicine*, *340*(8), 618–626.

SELGELID Michael (2016). Capabilities and incapabilities of the capabilities approach to health justice. *Bioethics*, *30*(1), 25–33.

SELTEN Jean-Paul, CANTOR-GRAAE Elizabeth & KAHN René (2007). Migration and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*(2), 111–115.

SELTEN Jean-Paul, van der Ven E., Rutten B.P. & Cantor-Graae E. (2013). The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Schizophrenia bulletin*, *39*(6), 1180–1186.

SINGH Gopal & SIAHPUSH Mohammad (2016). Inequalities in US life expectancy by area unemployment level, 1990-2010. *Scientifica*, 8290435.

SKLAR Judith (2002). *Visages de l'injustice,* Circé.

SMADJA Éric (2014). Le complexe d'Œdipe, cristallisateur du débat psychanalyse/anthropologie. *Connexions*, *102*, 93-108.

SMITHERMAN Herbert, BAKER Richard & WILSON Roy (2019). Socially accountable Academic Health Centers: pursuing a quadripartite mission. *Academic Medicine*, *94*(2), 176–181.

SPERBER Dan (1982). *Le savoir des anthropologues*. Hermann.

SUE Derald Wing, Capodilupo C.M., Torino G.C., Bucceri J.M., Holder A.M., Nadal K.L. & Esquilin M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *The American Psychologist*, *62*(4), 271–286.

SUGARMAN Philip & CRAUFURD David (1994). Schizophrenia in the Afro-Caribbean community. *The British Journal of Psychiatry, 164*(4), 474–480.

SVANDRA Philippe (2018). Introduction à la pensée d'Emmanuel Levinas. Le soin ou l'irréductible inquiétude d'une responsabilité infinie. *Recherche en soins infirmiers*, *132*, 91-98.

TAYLOR Charles (2019). *Multiculturalisme : différence et démocratie*. Flammarion.

TEMKIN Larry (1997). *Inequality*. New York: Oxford University Press

TENGLAND Per-Anders (2016). Venkatapuram's capability theory of health: a critical discussion. *Bioethics*, *30*(1), 8–18.

TERVALON Melanie & MURRAY-GARCIA Jann (1998). Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *9*(2), 117–125.

TORTELLI Andrea, Nakamura A., Suprani F., Schürhoff F., Van der Waerden J., Szöke A., Tarricone I. & Pignon B. (2018). Subclinical psychosis in adult migrants and ethnic minorities: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, *4*(6), 510–518.

TOUSSEUL Sylvain (2016). Petite histoire conceptuelle de l'homosexualité. *Psychologie clinique et projective*, *22*, 47-68.

TRINQUART Judith (2022). Comment les personnes demandant l'asile peuvent-elles 'prouver' la véracité des horreurs qu'elles ont subies ? *Le Monde.*

TUNSTALL Helena, Pearce J. R., Shortt N. K. & Mitchell R. J. (2015). Residential mobility and the association between physical environment disadvantage and general and mental health. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, *37*(4), 563–572.

TURRINI Giulia, Purgato M., Ballette F., Nosè M., Ostuzzi G., & Barbui C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, *11*, 51.

VAN DER VEN Els, Dalman C., Wicks S., Allebeck P., Magnusson C., van Os J., & Selten, J. P. (2015). Testing Ødegaard's selective migration hypothesis: a longitudinal cohort study of risk factors for non-affective psychotic disorders among prospective emigrants. *Psychological Medicine*, *45*(4), 727–734.

VAN ORDEN Kimberly, Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A. & Joiner T.E.Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600.

VELING Wim, Selten J.P., Susser E., Laan W., Mackenbach J.P. & Hoek,H.W. (2007). Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, *36*(4), 761–768.

VENKATAPURAM Sridhar & MARMOT Michael (2009). Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research. *Bioethics*, *23*(2), 79–89.

VENKATAPURAM Sridhar (2013). *Health justice: an argument from the capabilities approach*. Wiley.

VERDON Michel (2010). "The superorganic" or Kroeber's hidden agenda. *Philosophy of the Social Sciences, 40*(3), 375–398.

VERLINDE Evelyn, De Laender N., De Maesschalck S., Deveugele M. & Willems S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*, *11*, 12.

VON WERTHERN Martha, Robjant K., Chui Z., Schon R., Ottisova L., Mason C. & Katona C. (2018). The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 382.

WAKEFIELD Jerome (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American Psychologist*, *47*(3), 373–388.

WALD Priscilla (1992). Terms of assimilation: legislating subjectivity in the Emerging Nation. *Boundary 2*, *19*(3), 77–104.

WEINBERGER Daniel & HARRISON Paul (2011). *Schizophrenia* (3rd ed.). Wiley-Blackwell.

WEINSTOCK Daniel (2019). Les déterminants sociaux de la santé : un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé. *Éthique Publique, 20(2)*

WETHERILL Reagan, Jagannathan K., Hager N., Childress A.R. & Franklin T.R. (2015). Sex differences in associations between cannabis craving and neural responses to cannabis cues: Implications for treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *23*(4), 238–246.

WHITEHEAD Margaret (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, *22*(3), 429–445.

WIGGINS David (2010). *Needs values truth : essays in the philosophy of value* (3. ed. repr). Clarendon Press.

WILKINSON Richard (2005). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality* (Repr). Routledge.

WINNICOTT Donald Woods (2015). *La mère suffisamment bonne*. Payot.

WITTGENSTEIN Ludwig (1977). Remarques sur "Le Rameau d'or" de Frazer. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*, *16*, 35-42.

WOOLEY Stéphanie (2017). Vers un rétablissement basé sur la justice sociale ?. *Rhizome*, 65-66, 22-24.

XANTHAKOU Margarita (1995). De la mémoire à la méthode : Georges Devereux, tel qu'en nous-mêmes.... *L'Homme*, *35*(134), 179-190.

YUN Sandra, Ahmed S.R., Hauson A.O. & Al-Delaimy W.K. (2021). The relationship between acculturative stress and postmigration mental health in Iraqi refugee women resettled in San Diego, California. *Community Mental Health Journal*, *57*(6), 1111–1120.

ZANDI Tekleh, Havenaar J. M., Smits M., Limburg-Okken A.G., van Es H., Cahn W., Algra A., Kahn R.S. & van den Brink W. (2010). First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: influence of diagnostic bias. *Schizophrenia Research*, *119*(1-3), 27–33.

RÉFÉRENCES NUMÉRIQUES

Affaire Lhermitte : https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_Lhermitte

Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Référentiel CanMEDS : https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-f.pdf

Entretien de formation culturelle du DSM-5 : https://multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2019/11/2013_DSM5_CFI_Versioninformateur_FR_REV1.pdf

https://refugeesmigrants.un.org/definitions

INSEE : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893101

National Center for Cultural Competence: Curricula Enhancement Module Series [Internet]. Georgetown University Center for Child and Human Development. Available at: https://nccc.georgetown.edu/curricula/culturalcompetence.html.

Organisation Mondiale de la Santé : définition des déterminants sociaux de la santé : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107337/E75335.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organisation Mondiale de la Santé : définition de la santé : https://www.who.int/fr/about/governance/constitution

Organisation Mondiale de la Santé : définition du statut de migrant et de réfugié : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health

Rapport de l'ONG UCGL Africa sur les phénomènes des enfants des rues en Afrique : https://www.knowledge-uclga.org/rapport-d-analyse-de-la-situation-des-enfants-de-la-rue-en-afrique.html

Réseau des entendeurs de voix : https://www.collectif-schizophrenies.com/aides-et-entraides/rev

Site suisse de la *Mad Pride* : https://madpride.ch/fr/bienvenue-a-la-mad-pride/

UNHCR. Tendances mondiales. Déplacement forcé en 2021. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2022 ; https://www.unhcr.org/fr/62aae6e24

Université de Montréal. Définition de la santé mondiale : https://espum.umontreal.ca/etudes/domaines-detudes/sante-mondiale/

U.S. DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS, 2006 :

https://www.va.gov/vetdata/docs/specialreports/aianpaper9-12-06final.pdf

RESUME DE LA THESE

TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET MIGRATION : DE L'ETHNOPSYCHIATRIE A LA JUSTICE SOCIALE EN SANTE MENTALE

Issue des travaux du psychanalyste et anthropologue Georges Devereux, l'ethnopsychiatrie française s'intéresse principalement aux facteurs culturels dans la prise en charge des personnes migrantes, au détriment de la prise en compte des inégalités sociales de santé. Le manque de travaux académiques s'intéressant à la santé mentale des personnes migrantes sous l'angle de la justice sociale constitue ainsi un enjeu important pour la psychiatrie, la philosophie de la santé et la philosophie politique.

Dans la première partie, nous avons réalisé une réinterprétation du cas de Jimmy Picard, décrit en 1951 par Georges Devereux dans l'ouvrage *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*, dans lequel il postule que Picard confond rêves et réalité. Cette hypothèse est contredite par l'analyse des *verbatim* des rêves de Picard dans lesquels les thématiques de la perte de statut social, du vécu de la maladie, de la guerre, de l'acculturation ou encore de la discrimination, sont centrales. Ses rêves recèlent en effet de signes directs de son expérience passée et présente, vécue en tant qu'individu social dont le quotidien s'inscrit dans une réalité historique et politique qu'il perçoit avec acuité. Nous démontrons ainsi que l'analyse opérée par Devereux du cas de Picard s'inscrit dans une filiation intellectuelle avec les travaux du philosophe Lucien Lévy-Bruhl sur la mentalité prélogique. L'analyse de Devereux contrevient aux principes de l'anthropologie critique et de la philosophie du langage, à l'instar du principe de charité, notamment par l'inflation interprétative que génère le complémentarisme entre psychanalyse et anthropologie.

Dans la seconde partie, nous discutons l'intérêt des approches hégéliennes par la reconnaissance et de l'extension des théories redistributives à la santé pour fonder une approche de la santé mentale des personnes migrantes au prisme de la justice sociale. En nous appuyant sur l'analyse critique des approches de Norman Daniels et de Sridhar Venkatapuram, nous dégageons une liste de cinq principes de bases qui comprennent des enjeux épistémologiques, épidémiologiques, politiques, empiriques et théoriques. L'articulation entre l'approche rawlsienne de la justice sociale en santé établie par Norman Daniels et la définition du trouble mental de Jerome Wakefield répond adéquatement à la liste des principes établie à partir du concept, que nous établissons, de « dysfonction préjudiciable en termes d'opportunité ». La complémentarité entre Daniels et Wakefield permet en effet de fonder les bases d'une philosophie normative orientée vers la responsabilité sociale en santé et la délibération politique, prenant en compte les enjeux de redistribution et de reconnaissance à partir de la liste des biens premiers établie par Rawls, tout en offrant une définition du normal et du pathologique dans le champ de la santé mentale. La place centrale donnée aux déterminants sociaux de la santé, et notamment à la discrimination raciale, constitue un paradigme renouvelé de la santé mentale des personnes migrantes pour repenser les pratiques professionnelles et l'organisation du système de santé.

ABSTRACT

MENTAL DISORDERS AND MIGRATION: FROM ETHNOPSYCHIATRY TO MENTAL HEALTH JUSTICE

French ethnopsychiatry, based on the work of the psychoanalyst and anthropologist Georges Devereux, focuses mainly on cultural factors in the care of migrants, to the detriment of social health inequalities. The lack of academic work focusing on the mental health of migrants through social justice is thus a critical issue for psychiatry, health philosophy, and political philosophy.

In the first part, we conducted an in-depth analysis of the case of Jimmy Picard, described in 1951 by Georges Devereux in his book *Reality and Dream*, in which he postulates that Picard confuses dreams and reality. Picard's dreams, marked by themes of loss of social status, the experience of illness, war, acculturation, and discrimination, actually contain direct signs of his past and present experiences, embedded in a historical and political reality that he is acutely aware of. We demonstrate that Devereux's analysis of Picard's case is intellectually related to the work of the philosopher Lucien Lévy-Bruhl on the prelogical mentality. Devereux's analysis violates the principles of critical anthropology and analytic philosophy of language, especially the principle of charity, notably through the interpretative inflation generated by the complementarism between psychoanalysis and anthropology

In the second part, we discuss Hegelian approaches to recognition and the extension of redistributive theories to health in order to build a framework of migrant mental health focused on social justice. Based on a critical analysis of the approaches of Norman Daniels and Sridhar Venkatapuram, we identify a list of five basic principles that include epistemological, epidemiological, political, empirical, and theoretical issues. The articulation between Norman Daniels' Rawlsian approach to health justice and Jerome Wakefield's definition of mental disorder adequately responds to the list of principles through the innovative concept of "opportunity-based harmful dysfunction". The complementarity between Daniels and Wakefield makes it possible to construct a normative philosophical framework oriented toward social accountability in health and public deliberation. This framework takes into account issues of redistribution and recognition through the Rawlsian list of primary goods, while defining mental health and mental disorders acutely. The place given to social determinants of health, especially racial discrimination, constitutes a new paradigm of migrant mental health to reshape professional practices and the health care system.