



Les organisateurs psychiques et socioculturels dans l'instauration du groupe thérapeutique en ethnopsychanalyse

Serge Arpin

DANS **LE DIVAN FAMILIAL** 2006/2 (N° 17), PAGES 11 À 27
ÉDITIONS **IN PRESS**

ISSN 1292-668X

ISBN 2848351055

DOI 10.3917/difa.017.0011

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-le-divan-familial-2006-2-page-11.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour In Press.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le transfert
et le contre-transfert
dans l'intégration
de l'hétérogénéité

Les organisateurs psychiques et socioculturels dans l'instauration du groupe thérapeutique en ethnopsychanalyse

SERGE ARPIN

Le contexte du groupe de thérapeutes et son évolution

En tant que thérapeute principal, je dirige une équipe de co-thérapeutes qui reçoit des familles migrantes d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie, ayant besoin d'interventions thérapeutiques. Nous œuvrons à la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Jean-Talon de Montréal. Ce service comprend une clinique ethnopsychiatrique ou ethnopsychanalytique¹ ayant un statut semi-autonome qu'on nomme le Module transculturel de l'hôpital Jean-Talon. Quatre équipes de thérapeutes travaillent bénévolement dans ce Module car le gouvernement québécois ne finance pas ce type d'organisme. Sans cette contribution bénévole de co-thérapeutes issus de groupes ethniques différents, la clinique n'existerait pas. En revanche, les employés de l'hôpital attachés au Module y participent sur leur temps de travail et en assument la gestion. Personnellement, je suis au nombre des bénévoles. La manière dont je me sens rémunéré est liée à la richesse de l'expérience et à la possibilité d'élaborer théoriquement

-
1. Au Québec les termes ethnopsychiatrie et ethnopsychanalyse sont utilisés indifféremment l'un de l'autre. On ne considère pas que l'ethnopsychiatrie est une branche de la psychiatrie ou de la médecine. Malgré l'ambiguïté inhérente à ce terme, il est conservé en référence à un des pères fondateurs de l'approche, Georges Devereux. Personnellement, je préfère le terme ethnopsychanalyse.

en ethnopsychanalyse, à partir de ces expériences. J'y consacre un après-midi tous les quinze jours.

Dans la mesure où nous ne sommes pas trop éloignés du cadre théorique de l'ethnopsychiatrie, selon la tradition Devereux-Nathan, nous avons beaucoup d'autonomie dans nos petites équipes. Dans mon équipe, j'ai analysé le dispositif d'intervention au moyen des concepts de René Kaës et j'ai instauré un séminaire avec les co-thérapeutes afin de les sensibiliser à la réalité groupale de ce dispositif et aux destins de nos transferts. En effet, nous vivons de nombreux transferts : l'intertransfert, le transfert sur la famille, le transfert sur l'institution, le transfert des co-thérapeutes sur le thérapeute principal sans oublier le transfert du thérapeute principal sur son équipe. Ce séminaire, qui a duré six mois, nous a permis de créer un cadre spécifique pour le temps consacré au retour sur les interventions. Principalement, ce cadre comporte deux règles : la première règle exige la pratique de l'association libre en excluant les passages à l'acte et la seconde règle régit les conflits dans l'équipe. S'il survient un conflit dans l'équipe, les membres du groupe doivent chercher à le comprendre en le situant dans le contexte de l'intervention qui vient tout juste d'avoir lieu, et en utilisant de préférence l'association libre. La question importante devient alors : Que nous apprend ce conflit sur la dynamique de la famille et de quelle manière notre équipe a-t-elle reçu l'impact de cette intervention ? Les différents transferts à l'intérieur de l'équipe sont alors explorés. Se centrer ainsi sur l'intervention évite à l'équipe de sombrer dans une thérapie de groupe ou encore dans une interanalyse mutuelle, ce qui deviendrait hors cadre (Kaës, 1972). Le thérapeute principal demeure le garant du cadre pendant l'intervention thérapeutique et pour la phase de retour qui a lieu systématiquement après chaque intervention. L'équipe se réserve aussi la possibilité de se réunir en un autre temps si les intertransferts deviennent très intenses. Pratiquement, dès que la séance avec la famille est terminée, les membres de l'équipe livrent aussitôt leurs associations, fonctionnant comme un petit groupe de discussion centré sur la famille et sur les éprouvés transférentiels.

Depuis le début de ma participation au Module, j'ai observé, comme Rouchy (1980), qu'il peut y avoir un transfert d'un réseau pathologique de liens, indépendamment des contenus manifestes évoqués dans le premier groupe. Dans une séance d'ethnopsychanalyse, ce transfert de groupe à groupe se fait de la famille au groupe des thérapeutes. Une fois ce réseau transmis à l'équipe, les membres interagissent et se relient entre

eux selon la logique de ces liens, tant sur le plan fantasmatique que sur le niveau de l'organisation du système défensif. Ce transfert de liens apparaît comme un transfert groupal, de groupe à groupe, dans ce que Kaës (1976, 1993 et 2000) nomme le niveau purement groupal des processus psychiques. Après une intervention thérapeutique, l'équipe des thérapeutes peut, d'une manière intense et rageuse, dans un paroxysme critique, interagir à partir des liens pathologiques de la famille, mais en prenant comme contenus manifestes du conflit des éléments de l'histoire même du groupe de thérapeutes ou de l'Institution, dans laquelle ils s'insèrent. Il s'ensuit une grande souffrance dans l'équipe. S'il n'y a pas de cadre associatif, l'équilibre homéostatique reviendra seulement à travers la mise en acte d'une crise jusqu'à sa résolution, par décharge des affects négatifs, jusqu'à ce qu'un nouvel équilibre ait lieu, à son tour suivi d'une crise. C'est sur ce cycle négatif que j'ai centré mon intervention dans mon rapport transférentiel aux co-thérapeutes. La difficulté principale dans un contexte de crise d'équipe, où un cadre d'analyse de l'inter-transfert n'est pas instauré, est que le « chef » de l'équipe est perçu comme le père narcissique de la Horde (Freud, 1912) agissant pour sa seule jouissance, et non pas comme un père symbolique, garant de la Loi, lui aussi y étant soumis. Réciproquement, les frères étaient pris dans une rivalité envieuse, divisés en clans, sans rapport identificatoire mutuel suffisamment pacifiant. Si on ajoute à cela que l'équipe est multiculturelle dans sa composition, les crises identitaires y sont passablement favorisées (Ruiz-Correa, 1998 ; Kaës, 1998). Instaurer un cadre pour favoriser la pensée, c'est la tâche inévitable que doit surmonter toute équipe de co-thérapeutes travaillant en situation plurielle.

Dès que les membres de l'équipe ont accepté d'adhérer à un cadre pour les retours, les débordements et les crises ont cessé. Ce cadre a permis de construire un contenant favorisant la pensée, une sorte de fonction alpha-groupale. Le plaisir de travailler ensemble et l'humour sont venus sur le devant de la scène. Maintenant, quand nous admettons un nouveau membre dans l'équipe, notre cadre est énoncé de nouveau. Il est clairement dit que, pour faire partie de cette équipe, il est impératif que ce cadre soit accepté et respecté.

L'intervention sur laquelle je m'appuie pour écrire cet article se situe dans la période précédant la mise en place du nouveau cadre pour le retour après les interventions cliniques. Comme thérapeute principal, j'étais toujours incertain de l'affiliation des co-thérapeutes à la démarche thérapeutique. L'analyse de l'intertransfert devenait une nécessité. Je

vais décrire brièvement le dispositif d'intervention en ethnopsychanalyse. Dans ce dispositif thérapeutique, on a généralement un thérapeute principal et une équipe d'une dizaine de co-thérapeutes, recevant un individu, un couple ou une famille. Les co-thérapeutes adressent leurs associations directement au thérapeute principal, qui peut les reprendre ou non, telles quelles ou en les transformant. Dans l'intervention, en plus de la famille et des thérapeutes, sont présents les référents qui sont à l'origine de la consultation, et un interprète, les entrevues se déroulant la plupart du temps dans la langue maternelle de la famille.

L'instauration du groupe thérapeutique

Pour qu'un transfert puisse se développer dans l'intervention clinique avec une famille migrante, le groupe thérapeutique doit pouvoir être instauré. Parfois, une trop grande distance culturelle entre les thérapeutes et la famille vient faire obstacle à la poursuite du traitement. Le transfert qui se développe devient impersonnel et prend la forme d'un transfert culturel négatif. Les thérapeutes ne sont plus perçus comme des personnes pouvant aider, mais plutôt comme des représentants anonymes de la société d'accueil, dans ce que leur culture a d'offensant. Dans la prochaine partie, j'élaborerai sur la difficulté de former le groupe thérapeutique en ethnopsychanalyse.

Au moment inaugural de la formation d'un groupe thérapeutique entrent en jeu divers organisateurs psychiques et socioculturels participant à sa genèse (Kaës, 1976). Dans ce contexte groupal multiculturel, les organisateurs socioculturels participant à la formation de l'objet-groupe se manifestent d'une manière beaucoup plus visible que dans un groupe homo-culturel. En effet, plusieurs modèles de groupalité culturellement valorisés peuvent entrer en conflit les uns avec les autres. Dans un contexte migratoire traumatique, ces différences culturelles peuvent être parfois exacerbées ou exagérées, en un repli défensif rigide sur la culture d'origine. Les organisateurs groupaux socioculturels de la famille entreront alors en collision avec les nôtres. Les organisateurs psychiques et socioculturels concourent à former un nouveau groupe, un néo-groupe (Granjon, 1994), en appareillant le groupe comprenant les thérapeutes, la famille et les intervenants sociaux pour le constituer en groupe thérapeutique. Ces organisateurs feront en sorte qu'un vécu en commun soit partagé et qu'une représentation de cette zone commune soit élaborée par l'ensemble des participants. Ce néo-groupe produira ses propres

représentations inconscientes, son contrat narcissique, ses alliances inconscientes, etc.

René Kaës (1976) distingue deux systèmes d'organiseurs des représentations du groupe comme objet : « les organisateurs psychiques groupaux, “définissant des relations d'objets scénarisées et articulées entre elles de manière cohérente pour un but de satisfaction pulsionnelle” et les organisateurs socioculturels. La “fonction” de ces derniers est d'encoder de manière normative la réalité groupale (psychique, sociale et culturelle) à travers l'élaboration de représentations (idéologiques, utopiques, mythiques ou scientifiques, j'ajouterais religieuses) fonctionnant comme des modèles de groupalité. » Plus loin, il affirme qu'il doit y avoir une congruence entre tous ces organisateurs, psychiques et socioculturels, pour que le processus groupal s'enclenche. Or, lorsque nous travaillons en ethnopsychanalyse, nous rencontrons des conflits ou des tensions entre les organisateurs socioculturels du groupe des thérapeutes et ceux du groupe familial des patients qui nous consultent. Parfois, ces tensions empêchent la formation du néo-groupe, du groupe thérapeutique parce qu'il n'est pas possible de créer un vécu commun partagé.

Dans un groupe multiculturel, le choc entre les modèles culturels de groupalité peut créer une crise identitaire chez les participants (Kaës, 1998 et Ruiz-Correa, 1998). En ethnopsychanalyse on observe le même phénomène, autant dans l'équipe des thérapeutes et des référents que dans la famille, tous étant souvent projetés dans un état traumatique. Une des particularités de l'ethnopsychanalyse est de former un groupe thérapeutique, à partir d'un groupe de groupes déjà formés : la famille, l'équipe des thérapeutes, les intervenants sociaux, chaque groupe ayant ses propres modèles culturels de groupalité ainsi que les représentations inconscientes de son objet groupe, ses alliances inconscientes, son contrat narcissique et ses pactes dénégatifs.

En effet, en instaurant la situation du groupe thérapeutique, le thérapeute principal réunit trois groupes différents qui devront s'appareiller pour former le néo-groupe dans lequel une nouvelle histoire viendra s'inscrire et se créer. Dans l'histoire de ce nouveau groupe, les traumatismes de la famille, les chocs migratoires et les ruptures entre les parents et les enfants pourront prendre un sens nouveau. L'appareillage de ces trois groupes se fera principalement autour de la problématique d'un seul de ces sous-groupes, celui de la famille. Les organisateurs socioculturels, sollicités dans la formation du néo-groupe, ont un lien avec les modèles culturels du groupe de guérison et de l'organisation de la famille.

Aulagnier (1975) a montré que les membres d'une même culture prononcent des énoncés définissant la réalité du monde, la raison d'être du groupe culturel et l'origine de ses modèles. Il y aurait un ensemble d'énoncés du fondement de ce groupe, énoncés soit mythiques, sacrés ou scientifiques. Ces énoncés fondent aussi les rapports familiaux et la place des enfants dans la famille et dans le groupe culturel, ce qu'Aulagnier a longuement développé. J'y verrais aussi l'origine des organisateurs socioculturels définis par René Kaës (1976). Je pose l'hypothèse que les conceptions étiologiques des désordres (parler de maladie, c'est déjà être dans un discours du fondement culturel scientifique) ayant cours dans une culture donnée sont fondées sur ces énoncés originaires. On est dans le sacré, dans l'étiologie rapportée aux djinns, au vol de l'âme, à la possession. Dans notre culture c'est plutôt le fondement sur la science qui est à l'œuvre quand on parle de neurotransmetteurs, de névrose, de psychose, de trouble du comportement, de conflit intrapsychique, etc. Les techniques thérapeutiques et les modèles culturels des groupes de guérison, lorsque les traitements se font en groupe, sont dans le prolongement logique des conceptions étiologiques et en lien intime avec le discours du fondement sacré, mythique ou scientifique du groupe culturel.

Les organisateurs socioculturels de la famille jouent aussi un rôle important dans la formation du groupe thérapeutique ou dans la difficulté de le former. La famille et l'équipe de thérapeutes ne partagent pas les mêmes conceptions de l'organisation familiale, dans l'ordre des générations, dans la répartition des rôles sexuels et dans les règles qui président à l'organisation des mariages. Ce qui semble aller de soi en Occident sur la nature du groupe thérapeutique ou de l'organisation familiale est loin d'être aussi sûr dans d'autres contextes culturels.

Quand, face aux trois groupes, famille, thérapeutes et intervenants sociaux, le thérapeute principal instaure le groupe thérapeutique, il peut faire entrer en collision des conceptions étiologiques, des discours de fondement culturel hétérogènes les uns aux autres et des modèles opposés de groupes de guérison. Le cadre thérapeutique qui prévaut dans une aire culturelle particulière n'entre pas d'emblée, ou ne se laisse pas toujours héberger, dans le cadre qui prévaut en Occident. Dans ces situations, le thérapeute principal fait face à un défi de taille puisqu'il se doit de bien connaître les rouages de la constitution ou du fondement du néogroupe, d'un objet-groupe, tant sur le plan des organisateurs psychiques que sur celui des organisateurs socioculturels. Dans ces situations, le thérapeute principal doit pouvoir jouer et faire jouer (Winnicott, 1971)

son groupe de co-thérapeutes afin de créer une enveloppe, un « transcontenant » abritant les deux contenants-cadres irréconciliables en apparence, celui de l'équipe des thérapeutes et ceux des intervenants sociaux et de la famille. Il doit, de plus, permettre à des « trans-organiseurs » socioculturels (au sens où Devereux parlait de position transculturelle à la différence de la position interculturelle) de faire levier pour qu'un discours du fondement du néo-groupe inclue les discours culturels contradictoires et permette de se promener de l'un à l'autre sans que la rupture et la tension prennent toute la place ou empêchent la formation du groupe. On peut voir ici un lien avec ce que René Kaës (1979) nommait analyse transitionnelle.

Les organisateurs socioculturels ont aussi une incidence sur la formation des transferts, particulièrement sous l'aspect du transfert et du contre-transfert culturels. Marie-Rose Moro (1998) écrit : « Il faut tenir compte des réactions du thérapeute en tant qu'homme habité par une culture donnée qui rencontre un homme d'une autre culture et qui entre en relation avec lui. Ces réactions empruntent à l'histoire, à la sociologie, à la politique, à l'éthique, aux mythes, à l'histoire familiale du thérapeute, à son histoire personnelle, mais aussi parfois à des stéréotypes et des idéologies implicites qu'il faut savoir débusquer et donc, pour cela, accepter d'abord de reconnaître... » (p. 123). Il arrive un moment où devant une altérité incompréhensible ou inquiétante, parce que mis à mal et bousculé au niveau de son identité, le thérapeute se replie sur une interprétation non plus personnelle, mais impersonnelle, collective ou ethnique. Il devient porte-parole d'une réaction collective de son groupe d'appartenance face à son patient, considéré non plus dans son individualité, mais en tant qu'ethnie. Ce transfert culturel agit même au sein de l'équipe des co-thérapeutes. Par exemple, une équipe rencontrait une famille sud-américaine. Suite au récit de la famille, un co-thérapeute avait proposé une association autour du conte d'Hansel et Gretel. Un co-thérapeute sud-américain l'a accusé, pendant la période du retour, d'avoir fait du tort à la famille en utilisant le terme « sorcière ». Faire une accusation de sorcellerie est une chose grave et conséquente. Le malentendu se fondait sur la différence de sens donné au mot « sorcière », dans le contexte européen et nord-américain, en référence aux contes de fées, et au sens donné dans l'aire culturelle de la famille, le contexte des actes sorciers. Le co-thérapeute sud-américain, identifié fortement à la famille, ressentait cette agression comme une évocation de la violence colonialiste. Le thérapeute qui avait fourni l'association était considéré comme un persécuteur.

Exemple clinique

Présentons maintenant un exemple clinique. Il s'agit d'une famille migrante d'un pays musulman, qui vit au Québec depuis sept ans. Peu après son arrivée, la famille a vécu un trauma important, le père ayant fait deux ans de prison pour maltraitance d'un bébé. Au signalement de la maltraitance par le personnel hospitalier, le Directeur de la protection de la jeunesse a aussitôt retiré l'enfant à la mère qui l'allaitait. On a dû retenir cette mère qui dans une poussée de désespoir allait se précipiter par la fenêtre de l'hôpital où l'enfant était soigné, dès l'instant où elle a appris cette décision.

Nous sommes à la troisième rencontre. Dès le début de la séance, l'intervenante référente parle d'un désir des parents de retourner au pays faire un voyage, mais à cause d'un malentendu avec la Sûreté du Québec, le passeport et tous les papiers de Monsieur ont été détruits. Celui-ci croyait qu'on les lui rendrait automatiquement, alors que la Sûreté du Québec exige une demande de remise des documents et, après un certain délai, détruit les documents non réclamés. Dans ces circonstances, Monsieur ne pouvait plus retourner dans son pays. Déjà, deux manières différentes de penser la réalité se heurtaient, deux cadres de références ne s'articulaient pas ensemble. Ainsi, la famille a vécu une suite de heurts avec les Institutions québécoises, police, justice, Direction de la protection de la jeunesse. Et le Module de l'hôpital Jean-Talon est aussi une institution québécoise pouvant représenter toutes les autres.

L'entrevue se poursuit, en demeurant au niveau des faits concrets. Je commence à éprouver une angoisse et crains que la rencontre avec eux ne puisse être significative. Je me centre sur cet éprouvé pour mieux comprendre d'où vient ce sentiment d'impuissance. Ils nous ont été adressés sur ordre de la Cour. À la première séance, les parents nous avaient dit qu'ils étaient prêts à nous consulter, mais à la condition de ne pas parler du problème principal, la maltraitance. Nous étions arrivés à un point où, dans cette entrevue, il n'y avait plus de perspective possible. Tous les sujets étaient épuisés et faire silence aurait été vécu par eux comme persécuteur. J'ai compris que nous étions étrangers les uns aux autres et que nous n'avions rien en commun. Il leur était impossible de trouver un sens à notre cadre thérapeutique, celui dont je suis le garant, comme thérapeute principal. Cette prise de conscience m'a détendu, me mettant en lien avec mon contre-transfert culturel. J'ai compris que les heurts multiples et les désillusions massives qu'ils avaient éprouvés dans

leur projet migratoire les avaient incités à se replier d'une manière plus rigide sur leur identité ethnique. Au départ, malgré l'aspect multi-ethnique du groupe de co-thérapeutes, nous représentons une institution québécoise et la nature de notre dispositif thérapeutique leur est étrangère. Dans ces conditions, la rencontre peut difficilement prendre sens.

Comment résoudre cette impasse ? Il fallait sans doute faire jouer le dispositif et le groupe de co-thérapeutes afin de favoriser la création d'un « trans-cadre », agissant comme aire transitionnelle entre nos deux réalités. Comment faire travailler les co-thérapeutes dans la réalisation de cet objectif ? Une idée me vient et je demande : « Est-ce que quelqu'un dans la famille aurait un rêve à raconter ? » J'avais déjà posé cette question dans la rencontre précédente et Madame m'avait répondu, un peu sèche-ment : « Vous, vous rêvez ? »

Provoquer l'émergence de l'interface où nous nous opposons et rebondir à partir de là, c'est ce que je crois avoir fait. Cette fois-ci, elle me répond, en montrant les co-thérapeutes : « Peut-être quelqu'un dans votre groupe rêve aussi ? » Un silence suit. Je constate que notre cadre thérapeutique ne va pas avec celui de leur culture. On ne partage pas les mêmes organisateurs socioculturels du groupe thérapeutique et ce malentendu est à l'origine de l'impasse. Elle s'attend à une plus grande activité de la part du thérapeute ; dans sa culture le traitement est initié très souvent par un acte divinatoire, ce que nous ne faisons pas. Par sa question, elle m'offre le chemin et le jeu que je cherchais. Demander à un co-thérapeute de raconter son rêve, nous ne l'avions jamais fait dans une telle intervention, cette pratique n'entre pas dans notre cadre. J'ai eu à me décentrer de mon cadre habituel et de la logique du cadre analytique, où les thérapeutes ne racontent pas leur rêve à leurs patients ; je me demande si les co-thérapeutes de mon équipe vont accepter de me suivre dans cette voie. Cette incertitude met en jeu le transfert du thérapeute principal sur son équipe. Il me vient l'idée qu'un rêve donné par un co-thérapeute concernerait tout le monde : notre équipe, la famille et ce nouveau groupe que nous peinons à former. Le rêve d'un co-thérapeute concernerait tout le monde dans la mesure où il associe à partir de son transfert sur la famille, sur l'équipe des thérapeutes et sur l'institution. Ce serait un objet tri-face, ayant une ouverture sur la famille, sur le groupe des thérapeutes et sur l'histoire personnelle du co-thérapeute racontant le rêve. Cet objet constituerait un organisateur du groupe thérapeutique.

Une co-thérapeute d'Amérique latine répond à mon invitation et raconte un rêve : « J'ai quitté mon pays en guerre. J'ai fait le rêve d'oi-

seaux qui volaient très haut, au-dessus de ce qui se passait en dessous. C'était une distanciation de la souffrance.» Ce à quoi Madame répond en prenant la position d'interprète du rêve : « Grâce à Dieu, vous vous êtes tenue au-dessus de la boue (vase). » La guerre et la boue, c'est bien ce que cette famille a vécu, depuis quatre ou cinq ans. La co-thérapeute a fourni un chemin pour aborder indirectement, avec la distanciation nécessaire, le trauma désorganisant avec lequel toute la famille est aux prises.

Une autre co-thérapeute migrante d'Europe de l'Est enchaîne : « Il m'arrive de rêver à ma grand-mère et je me réveille, confuse, me demandant si je suis encore dans mon pays. Je m'aperçois alors que je suis au Québec. Ce rêve m'a fait ressentir que j'y suis aussi chez moi et que j'ai ma place ici. »

Madame : Est-ce que votre grand-mère est décédée ?

Co-thérapeute d'Europe de l'Est : Oui, elle est décédée au pays quand j'avais vingt ans. Je l'ai amenée avec moi, au Québec, vivante.

Madame : Vous avez rêvé à quelqu'un de décédé, il faut que vous donniez une pièce d'argent.

Thérapeute principal : Elle a reçu une visite.

« Si un parent décédé apparaît dans le rêve [...], on dira qu'il "revient" dans le rêve, qu'il rend visite au rêveur. S'il lui donne quelque chose, cela signifiera qu'il le protège par-delà la mort, qu'il le "bénit" en quelque sorte. Mais si le défunt lui demande quelque chose – à manger, par exemple – on comprendra qu'il faut (lui) faire une offrande (symboliquement), sans quoi il pourrait attirer auprès de lui dans la mort soit le rêveur lui-même, soit un membre de sa famille. L'offrande (la "sadaka") consistera à donner à manger aux pauvres [...] si un décès survient à la suite d'un tel rêve, il sera de toute façon attribué aux forces surnaturelles qui s'y manifestaient par l'intermédiaire du parent mort. » (Danièle Pierre, 1999)

Assia, une co-thérapeute algérienne, propose une interprétation différente, en affirmant que le rêve de la visite d'une personne décédée qui n'offre rien ni ne demande rien signifie que le mort n'est pas en paix ou qu'il a besoin de quelque chose, il faut aussi faire une offrande.

Co-thérapeute algérienne : C'est la même interprétation chez nous, chez les Arabes. Dans ce cas, il faut donner ce qu'on appelle une « sadaka ».

Madame : Comme chez nous.

Pendant ce court échange, des liens d'identification se construisent entre les trois co-thérapeutes et Madame. Toutes les trois sont migrantes

comme elle. Entre elles se tissent des liens groupaux autour d'un même vécu partagé et d'une même manière de penser. De plus, la co-thérapeute algérienne partage avec Madame sa logique de l'interprétation traditionnelle des rêves. En permettant qu'une co-thérapeute raconte un rêve, on donne une place dans notre groupe au modèle culturel de guérison du pays d'origine de cette famille. En effet, le récit du rêve des co-thérapeutes se rapproche de la technique de l'implication personnelle des guérisseurs et, avec le thème du rêve de la visite, nous avons admis dans notre groupe l'interprétation traditionnelle des rêves. Madame a pu donner une prescription sur ce qu'il faut faire dans cette circonstance à une co-thérapeute d'une autre aire culturelle que la sienne. Dès lors, nous avons une circulation entre des cadres culturels différents : celui du monde musulman et celui du monde européen. Nous pourrions ensuite faire des allers et retours d'un monde à l'autre. En favorisant l'émergence, dans notre groupe, des organisateurs socioculturels d'un modèle de groupe de guérison ayant cours dans le monde musulman, nous permettons une co-émergence des organisateurs psychiques, ce qui permet au néo-groupe de se construire. Le transfert des co-thérapeutes a pu s'élaborer en parallèle à celui du thérapeute principal, dans le récit des rêves et dans leurs associations.

Après les récits de rêves des co-thérapeutes migrantes, une co-thérapeute québécoise ajoute une voix. Elle raconte : « Je ne vais pas raconter un de mes rêves, mais celui de ma mère. Elle a rêvé à ma grand-mère et à la maison familiale, celle des origines de ma famille. Ce rêve m'a donné envie de faire le voyage pour aller revoir cette maison. » Madame demande alors à la co-thérapeute : « Était-ce la maison de votre mère ? » À quoi lui répond la co-thérapeute : « Non, celle de ma grand-mère. » Madame reprend : « On rêve de nos enfants et de nos origines. » Cette voix de la co-thérapeute québécoise rejoint celle des autres, car elle parle d'un lieu d'origine perdu, des ancêtres qui nous visitent et du voyage, métaphore de la migration. De plus, le rêve de la co-thérapeute sud-américaine évoque la distanciation qu'il faut prendre pour parler des traumatismes trop douloureux. Ainsi, un réseau de femmes s'est créé dans le groupe. Elles se reconnaissent des affinités entre elles, comme mères, comme migrantes, ayant eu des pertes ou des expériences traumatiques. De plus, elles se relient à leur lignée maternelle.

Dans cette entrevue, le thème du voyage organise tous les autres sous-thèmes qui forment une chaîne. Dès le début de l'entrevue, ce thème a d'abord été initié par le récit de la destruction des papiers de Monsieur,

qui l'a empêché de retourner dans son pays. Dans la famille, on a vécu cet événement comme un abus d'autorité, ce qui a dû jouer dans le rappel du rêve de la co-thérapeute sud-américaine, qui a fui son pays en guerre et aux prises avec la dictature. Celle-ci, dans son rêve de voyage, fuit la guerre et la dictature en s'élevant au-dessus de la boue, la co-thérapeute européenne amène sa grand-mère avec elle dans la migration, se situant dans un entre-deux fusionnant les deux lieux, la co-thérapeute algérienne fait un pont entre notre groupe de thérapeutes et le groupe de guérison traditionnel. Enfin, la co-thérapeute québécoise souligne le fait que, comme Québécoise, le voyage aux origines et le lien aux ancêtres ont aussi un sens. Une enveloppe groupale est tissée par cette chaîne associative qui a construit un objet-groupe, où les organisateurs socioculturels ont pu permettre de construire le néo-groupe thérapeutique tout autant que la co-émergence des organisateurs psychiques. Cette création a permis à Madame de nous raconter, à son tour, un rêve. Elle avait vu en rêve un magnifique avion tout blanc. À l'époque de ce rêve, elle était encore dans son pays et elle peinait à trouver les moyens financiers pour réaliser son projet de migration. Le jour qui a suivi le rêve, elle a trouvé la solution à ce problème économique, comme par enchantement. Ce rêve fut d'abord interprété à la manière traditionnelle par la co-thérapeute algérienne, comme un rêve prémonitoire révélant que Madame avait été bénie. Puis un travail associatif a pu se mettre en place sur ses raisons très personnelles de désirer la migration, en lien avec la situation faite aux femmes et aux enfants dans son pays. Le trauma a été évoqué à vol d'oiseau, puisqu'elle a accepté de nous parler indirectement de la maltraitance d'enfants. La thérapie a pu suivre son cours.

Conclusion

Dans ce travail, j'ai traité du choc de différents systèmes socioculturels qui vient entraver la formation du groupe thérapeutique en ethnopsychanalyse. J'ai fait l'hypothèse qu'il faut pouvoir construire des « trans-organismes » socioculturels et un « trans-cadre » pouvant abriter des cadres culturels trop éloignés les uns des autres. Lorsque ce « trans-cadre » est créé, la circulation d'un univers culturel à l'autre devient possible et des moments très riches se produisent en permettant une vision kaléidoscopique du monde. Toutefois, jusqu'à maintenant, la construction de ces « trans-organismes » est affaire de créativité. Pourrions-nous en développer un modèle plus élaboré ?

Pour conclure, il m'apparaît maintenant que l'instauration du groupe thérapeutique ne peut se faire indépendamment d'une démarche d'analyse d'intertransfert constante au sein de l'équipe des thérapeutes. En évitant ce travail, on dénie qu'à l'intérieur de l'équipe, multiculturelle dans sa composition, un choc des cultures et des cadres culturels est toujours susceptible d'éclater. L'analyse constante de cette tension permet une meilleure compréhension de la difficulté de l'instauration du groupe thérapeutique avec les familles qui nous consultent.

Bibliographie

- Aulagnier P. (1975), *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*, Paris, PUF.
- Devereux G (1972), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris. Flammarion.
- Devereux G (1982), *Psychothérapie d'un Indien des plaines*. Éditions Jean Cyrille Godefroy.
- Freud S. (1911-1913), «Totem et tabou», in *Œuvres complètes*, XI, PUF, Paris.
- Granjon E. (1994), «L'élaboration du temps généalogique dans l'espace de la cure de thérapie familiale psychanalytique», in *Revue de psychothérapie de groupe*, 22, 61-80.
- Kaës R. (1972), «L'intertransfert et l'interprétation dans le travail psychanalytique groupal», in Anzieu, A. et al. *Le travail psychanalytique dans les groupes. 2. Les voies de l'élaboration*. Paris, Dunod.
- Kaës R. (1976, 2000), *L'appareil psychique groupal*. Paris, Dunod,
- Kaës R. (1979), *Crise, rupture et dépassement*. Paris, Dunod.
- Kaës R. (1993), *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris, Dunod.
- Kaës R. (1998), «Différence culturelle, souffrance de la langue et travail du préconscient dans deux dispositifs de groupe», in Kaës, R et al. *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Paris, Dunod.
- Kaës R. (2002), *La polyphonie du rêve*. Paris, Dunod.
- Moro M.-R. (1998), *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris, Dunod.
- Pierre D. (1999), *Maniement des représentations traditionnelles et interprétation des rêves en ethnopsychiatrie. Cinq psychanalyses d'immigrés marocains en Belgique*. Tome 1. Thèse de doctorat en sciences médicales. Université Catholique de Louvain. Faculté de Médecine, Département de Neuropsychiatrie.
- Rouchy J.-C. (1980), «Processus archaïques et transfert en analyse de groupe», in *Connexions*, n° 31. Repris dans la *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (1993), 20, 111-135.

Ruiz-Correa O. B. (1998), «La clinique groupale dans la pluri-subjectivité culturelle», in *Différence culturelle et souffrance de l'identité*. Kaës R. et al. Paris, Dunod.

Winnicott D. (1971), *Jeu et réalité*, trad. fr. Paris, Gallimard, 1975.



RÉSUMÉ

«Les organisateurs psychiques et socioculturels dans l'instauration du groupe thérapeutique en ethnopsychanalyse.» L'auteur présente une réflexion sur l'instauration du groupe thérapeutique avec des familles d'origine culturelle non-occidentale. Pour fonder ce groupe, le thérapeute principal doit, avec son équipe de co-thérapeutes, offrir à la famille un contenant abritant à la fois le cadre culturel des thérapeutes et celui de la famille, même lorsque ces cadres sont en conflit. Un exemple clinique illustre cette difficulté dans la ligne du transfert du thérapeute principal et de celui des co-thérapeutes.

MOTS CLÉS

Inter-transfert — Ethnopsychanalyse — Groupe thérapeutique — « Trans-cadre » — Organismes culturels.

SUMMARY

“The psychic and sociocultural organizers in the building of the therapeutic group in ethnopsychanalysis.” The author presents a work about the introduction of the therapeutic group with families from non-Western cultural origin. In order to start this group up, the main therapist has, with his team of co-therapists, to offer a cultural frame which can harbour at the same time the framework of the therapists and that of the family, even if these frameworks are in conflict. A clinical example illustrates this difficulty, following the way of the transference of the main therapist and that of the co-therapists.

KEY WORDS

Inter-transference — Ethnopsychanalysis — Therapeutic group — « Trans-framework » — Cultural organizers.

RESUMEN

«Los organizadores psíquicos y socio-culturales en la instauración del grupo terapéutico en etnopsicoanálisis.» El autor presenta una reflexión sobre la instauración del grupo terapéutico con familias de origen cultural no-occidental. Para fundar este grupo, el tera-

peuta principal debe, con su equipo de co-terapeutas, ofrecer a la familia un continente que albergue el encuadre cultural de los terapeutas y el de la familia, incluso si estos encuadres están en conflicto. Un ejemplo clínico ilustra esta dificultad en la línea de la transferencia del terapeuta principal y en la de los co-terapeutas.

PALABRAS CLAVE

Inter-transferencia — Etnopsicoanálisis — Grupo terapéutico — «Trans-encuadre» — Organizadores culturales.



SERGE ARPIN

psychologue et co-directeur

de l'Institut montréalais de psychothérapie

Module trans-culturel,

Clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Jean-Talon

7345, rue Garnier, Montréal, Québec, Canada H2E 2A1

Cabinet privé

217, rue Saint-Charles Est, Longueuil

Québec, Canada J4H 1B3

sarpin.com@qc.aira.com