

UNIVERSITE PARIS 7 – DENIS DIDEROT
FACULTE DE MEDECINE

Année 2008

n°

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Emmanuel DURING
né le 19 juin 1976 à Téhéran (Iran)

Présentée et soutenue publiquement le : 27 mai 2008

ANALYSE DU
« TROUBLE DISSOCIATIF DE TYPE TRANSE ET POSSESSION »
PROPOSE A L'ETUDE PAR LE DSM-IV.
ETUDE DES ASPECTS NOSOLOGIQUES, EPIDEMIOLOGIQUES,
CLINIQUES, PSYCHOPATHOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES LIES A
CETTE EVENTUALITE DIAGNOSTIQUE

Président : Professeur Marie Rose MORO
Directeur : Docteur Thierry BAUBET

Spécialité : Psychiatrie

Toute référence à cette thèse doit porter la mention :

During E. (2008) *Analyse du trouble dissociatif de type transe et possession proposé à l'étude par le DSM-IV. Etude des aspects nosologiques épidémiologiques, cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques liés à cette éventualité diagnostique*. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en médecine, Université de Paris 7 – Denis Diderot – Faculté de médecine Xavier Bichat. 207 pages

- - -

La revue de la littérature présentée dans cette thèse (chapitre III) a été depuis la rédaction de cette thèse mise à jour, rapportant de 1988 à 2010 et à travers le monde 402 cas de transe ou possession pathologiques. Ce travail est en cours de publication dans le *Canadian Journal of Psychiatry* en 2010 sous le titre « A Critical Review of Dissociative Trance and Possession Disorders: Etiological, Diagnostic, Therapeutic, and Nosological Issues ».

Résumé :

La classification américaine DSM-IV propose depuis 1994 d'étudier le « trouble dissociatif de type transe » (TDT) – sous-types « transe » et « possession » - afin d'évaluer la nécessité de l'inclure officiellement ou non dans une édition future. Le TDT reprendrait les signes généralement observés dans les formes habituelles de la transe et de la possession, mais provoquerait souffrance et désinsertion. Ce trouble, à forte composante culturelle, pourrait toucher toutes les sociétés ; toutefois, dans les sociétés dites « industrialisées », il toucherait en particulier les individus issus des minorités.

L'anthropologie fournit des informations importantes sur les fonctions possibles de la transe. Les modèles de l'esprit de la psychologie et de la psychanalyse produisent également des théories explicatives sur ce qu'on nomme « phénomènes dissociatifs ». Toutefois, une approche satisfaisante devrait pouvoir tirer profit des données et des méthodes de l'anthropologie comme de la psychiatrie. L'ethnopsychiatrie ou psychiatrie transculturelle s'inscrit dans une telle perspective complémentariste, articulant les niveaux individuel et collectif, psychiatrique et culturel.

Notre méthode consiste en une revue de la littérature et en une enquête de terrain dans un service de psychiatrie transculturelle de la région parisienne. Elle nous permet de conclure que le TDT correspond bien à une réalité clinique en France. Dans les pays occidentaux, il semble fortement lié à la question de la migration et aux difficultés d'acculturation, mais peut révéler une multitude d'autres problématiques, en particulier d'ordre traumatique. L'étude de ce « nouveau » trouble dissociatif, de par les rapports évidents qu'il entretient avec la culture du patient, qu'il soit migrant ou non, pose de façon critique la question du risque permanent de biais diagnostique en situation transculturelle, et interroge plus généralement la possibilité de produire une classification psychiatrique libre de culture.

Mots-clés :

Transe
 Possession
 Dissociation
 DSM
 Culture
 Migration
 Traumatisme
 Acculturation
 Ethnopsychiatrie

Analyse du
« trouble dissociatif de type transe et possession » proposé à
l'étude par le DSM-IV.
Etude des aspects nosologiques, épidémiologiques, cliniques,
psychopathologiques et thérapeutiques liés à cette éventualité
diagnostique

« [...] la majorité de nos erreurs de compréhension sont dues à l'illusion que nous connaissons déjà le cadre dans lequel le patient doit être compris, alors que nous ne le connaissons pas encore » (Devereux G., 1967 : 106).

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION.....	13
I - CONCEPTS PREALABLES.....	18
A - DEFINITION DU TROUBLE SELON LES CLASSIFICATIONS AMERICAINE (DSM) ET INTERNATIONALE (CIM)	19
1. <i>Définition du DSM-IV (APA, 1994 : 785) cf. Annexe 1.....</i>	<i>19</i>
2. <i>Définition de la CIM-10 (OMS, 1993 : 135) cf. Annexe 2.....</i>	<i>21</i>
B - LE TDT EST UN TROUBLE « DISSOCIATIF ».....	23
1. <i>La place de la dissociation dans le DSM.....</i>	<i>24</i>
• DSM-I (1952)	24
• DSM-II (1968)	24
• DSM-III (1980).....	24
• DSM-IV (1994) et DSM-IV-TR (2000).....	25
• Les cinq troubles dissociatifs du DSM-IV	25
a. l'amnésie dissociative	25
b. la fugue dissociative	26
c. le trouble dissociatif de l'identité.....	26
d. le trouble de dépersonnalisation	26
e. les troubles non spécifiés	26
2. <i>Perspective historique : naissance et évolution du concept de dissociation.....</i>	<i>27</i>
• La polysémie de la « dissociation » : Freud, Breuer, Bleuler et Chaslin.....	27
• Pierre Janet : de la « désagrégation » à la « dissociation » psychologique.....	27
• La néo-dissociation selon Hilgard.....	28
C - LES CLASSIFICATIONS PSYCHIATRIQUES : PRINCIPES, NECESSITE, LIMITES.....	30
1. <i>Histoire des classifications psychiatriques.....</i>	<i>31</i>
• En Europe.....	31
• Aux Etats-Unis.....	31
a. Des premières classifications au DSM-III.....	32
b. Contexte d'émergence du DSM-III.....	33
2. <i>Problèmes inhérents aux tentatives de classifications en psychiatrie.....</i>	<i>34</i>
• Fiabilité versus validité	34
• Maladies, troubles et syndromes.....	35
a. Du syndrome à la maladie	35
b. Troubles (<i>disorders</i>)	35
• Un modèle de classification peut-il être athéorique ?	36
• Concept d'utilité d'un diagnostic	36
D - DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE ET CULTURE.....	38
1. <i>DSM et culture.....</i>	<i>38</i>

2. <i>Psychiatrie et Culture</i>	39
3. <i>Quelques repères historiques et conceptuels</i>	40
4. <i>Syndromes liés à la culture (SLC)</i>	41
• Définitions du SLC :	42
• Divergences autour du SLC	43
5. <i>Questions épistémologiques, biais culturels, concept de « category fallacy »</i>	44
6. <i>Les troubles dissociatifs, le DSM et la culture</i>	46
7. <i>Discussion</i>	48
• Quel peut être le statut des SLC par rapport aux catégories du DSM ?	48
• Les troubles dissociatifs type transe et possession peuvent-ils être considérés comme des SLC ?	49
• Questions soulevées	50
II - LES DIFFERENTES APPROCHES DU PHENOMENE	51
A - APPROCHE HISTORIQUE : LA TRANSE ET LA POSSESSION EN OCCIDENT DU MOYEN-AGE A NOS JOURS	51
1. <i>De la possession démoniaque aux théories magnétiques ; de l'exorcisme au somnambulisme provoqué</i>	52
• La possession de Loudun (1632)	53
• La possession de Jean Lapuyau (1722)	53
• La possession d'Alexandre Hébert (1822)	53
• Morzine (1857)	54
• Lycanthropie : le phénomène des loups-garous	55
2. <i>Du magnétisme animal à la découverte de l'inconscient : hystérie et phénomènes dissociatifs</i>	55
3. <i>Le milieu du 20^{ème} siècle : l'essoufflement du syndrome</i>	58
• « Vraies possessions » ou « fausses possessions »	58
• Transe hystérique, possession délirante	58
• Psychose hystérique	59
4. <i>Fin du 20^{ème} siècle : l'embrasement - le phénomène des « personnalités multiples » et le retour de nos vieux démons</i>	60
• Les personnalités multiples	60
• « Inner Self Helper » (ISH) : une entité intérieure de guidance	62
B - APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE : TRANSE ET POSSESSION DANS LES CULTURES EXTRA-OCCIDENTALES	64
1. <i>Description de la transe selon Gilbert Rouget (1980)</i>	64
2. <i>Adorcisme, exorcisme et chamanisme</i>	65
• Adorcisme	65
• Exorcisme	65
• Chamanisme	65
3. <i>Fonctions individuelles et collectives de la transe et possession</i>	66
• Fonctions générales de la transe	66
• La notion de culpabilité	66

• Niveau individuel et collectif de la transe	67
4. <i>Transe normale et transe pathologique</i>	67
C - APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE	70
1. <i>Freud : la thèse du conflit psychique inconscient</i>	70
2. <i>Janet : la théorie dissociationniste</i>	73
3. <i>La dissociation constitue-t-elle un concept suffisamment défini ?</i>	75
D - L'ETHNOPSCHIATRIE : UNE METHODE COMPLEMENTARISTE	76
• Le fondateur : Georges Devereux	77
a. Une méthode originale	77
b. Le normal et l'anormal	78
c. Un autre modèle de l'inconscient	78
d. Typologie des désordres ethnopsychiatriques	79
# Les désordres sacrés	79
# Les désordres ethniques	80
# Les désordres types	81
# Les désordres idiosyncrasiques	81
e. Le cas de la transe et possession pathologiques	81
• Albert Ifrah	83
a. Désordres ethniques et concept de « fausse identité »	83
b. Un cas de possession – l'usage et le mésusage d'un trait culturel	84
• Tobie Nathan	84
a. Comment comprendre la transe ?	84
# L'hystérie de conversion	84
# La bouffée délirante aiguë (BDA)	85
# La dépression anaclitique (Nathan T., 1988 : 49)	85
# La transe forme un système se suffisant à lui-même	85
b. Comment comprendre la possession ?	86
• Méthodes actuelles : le questionnaire EMIC	86

III - REVUE DE LA LITTERATURE PSYCHIATRIQUE INTERNATIONALE SUR LA TRANSE ET LA POSSESSION DISSOCIATIVES SELON LES CRITERES DU DSM..... 88

A - METHODE	88
B – RESULTATS	89
1. <i>Analyse quantitative</i>	89
2. <i>Sexe ratio</i>	89
3. <i>Critères diagnostiques</i>	89
4. <i>Caractéristiques culturelles</i>	89
5. <i>Analyse des facteurs étiologiques</i>	89
C - TABLEAU RECAPITULATIF	91
D - DISCUSSION DES AUTEURS	92
E - ANALYSE	94

IV - L'EXPERIENCE DES THERAPEUTES DE LA CONSULTATION TRANSCULTURELLE DU SERVICE DE PSYCHOPATHOLOGIE DE L'HOPITAL AVICENNE, BOBIGNY (93)	95
A - METHODE	95
B - RESULTATS	95
1. <i>Sémiologie, présentation clinique</i>	95
• Transe	95
• Possession	96
2. <i>Psychopathologie</i>	97
3. <i>Considérations ethnopsychiatriques, cadre collectif du phénomène</i>	99
• La forme variable du syndrome	99
• La transe comme « transition »	99
• TDT et migration	99
• De la possession-maladie à la possession-atout	99
• Qui le TDT mobilise-t-il ?	100
• Comment le trouble est-il perçu et nommé ?	100
4. <i>Au sujet de la catégorisation diagnostique et de la prise en charge</i>	101
• Les difficultés des soignants par rapport au diagnostic de TDT	101
• Les erreurs de diagnostic	102
• Comment le TDT évolue-t-il durant la prise en charge ?	102
• La quête de sens	103
5. <i>Le TDT comme entité nosographique dans le DSM</i>	104
• Les limites du TDT tel que le DSM le caractérise	104
• Quelles corrections apporter ?	104
V - LE CAS CLINIQUE DE MR C.	107
A – L'HISTOIRE DE MR C.	107
B – RENCONTRE ET INTERVIEW DE MR C. (CF. ANNEXE 4)	115
C – DISCUSSION	119
VI - DISCUSSION GENERALE	123
A - LES CRITERES EUX-MEMES	123
B - LES POPULATIONS TOUCHEES, L'ARTICULATION DES DIMENSIONS PSYCHIATRIQUE ET CULTURELLE	125
C - PSYCHOPATHOLOGIE	126
1. <i>Une personnalité type ?</i>	126
2. <i>Le syndrome dissociatif a-t-il en lui-même une valeur explicative ?</i>	126
3. <i>Les fonctions possibles du trouble</i>	127
4. <i>L'enjeu : la quête de sens</i>	127
5. <i>La prise en charge</i>	128
6. <i>L'inclusion du TDT dans le DSM</i>	129
VII - CONCLUSION	131

ANNEXES	136
ANNEXE 1 : DEFINITION DU « TROUBLE DISSOCIATIF DE TYPE TRANSE » SELON LE DSM-IV (APA, 1994 : 785)	137
ANNEXE 2 : DEFINITION DES « ETATS DE TRANSE ET DE POSSESSION » (F44.3) SELON LA CIM-10 (OMS, 1993 : 135)	138
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DE L'INTERVIEW DES THERAPEUTES DU SERVICE DE PSYCHIATRIE TRANSCULTURELLE DE L'HOPITAL AVICENNE A BOBIGNY	139
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DE L'INTERVIEW DE MR C., PATIENT AYANT PRESENTE LE TROUBLE	140
BIBLIOGRAPHIE	141

Liste des abréviations

APA : American Psychiatric Association

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

EMIC : Explanatory Model Interview Catalogue

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SLC : Syndrome lié à la culture

TDI : Trouble dissociatif de l'identité

TDT : Trouble dissociatif de type transe

TPM : Trouble de la personnalité multiple

Introduction

Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual), manuel américain de classification des troubles mentaux, est probablement aujourd'hui l'outil d'évaluation diagnostique et de communication en psychiatrie le plus utilisé dans le monde. Depuis 2000, dans sa quatrième édition révisée, le DSM dénombre 390 catégories diagnostiques. Ce nombre connaît une inflation régulière à chaque nouvelle édition, ce qui pose un certain nombre de questions, en particulier d'ordre épistémologique. Parmi les nouvelles catégories qui sont proposées à l'étude dans son annexe b, figure depuis 1994 le « trouble dissociatif de type transe » (TDT) qui comporterait en fait deux sous-types : le type « transe » et le type « possession » (APA, 2004 : 901).

Si cette catégorie n'apparaît officiellement qu'à cette époque, elle alimentait depuis quelques années les débats puisque le trouble en question avait déjà été proposé pour le DSM-III paru en 1980, avant d'être rejeté (Coons P.M., 1986). À la fin des années 1980, certains auteurs ont alors estimé que la classification était trop éloignée des troubles qu'ils rencontraient, notamment en Inde (Varma V.K. et al., 1981 ; Adityanjee et al., 1989 ; Saxena S., Prasad K., 1989), mais aussi dans les sociétés occidentales (Kirmayer L.J., 1992). Ceux-ci ont alors fourni les arguments nécessaires au groupe chargé de la rédaction de la nouvelle classification pour ajouter le trouble dissociatif de type transe à la nosographie psychiatrique.

Les moyens d'évaluer le bien fondé d'un nouveau trouble au sein d'une classification comme le DSM passent par des méthodes statistiques complexes et souvent obscures. Ainsi, le concept de « validité diagnostique » (la catégorie correspond-elle à une entité pathologique réelle ?) a progressivement été substitué par celui de « fiabilité » (peut-on définir des critères assez objectifs pour permettre d'établir des diagnostics dépendant le moins possible de ceux qui les posent ?). Or ce dernier concept de fiabilité, s'il est plus maniable, serait aussi plus hasardeux car capable, selon certains, d'éloigner à terme la classification de la réalité clinique (Carey G. et Gottesman I.I., 1978).

D'autres (Jablensky A., Kendell R.E., 2003) n'hésitent pas à considérer ces questions comme étant pour le moment de faux problèmes. Ils proposent le concept alternatif d'« utilité » diagnostique. L'utilité d'un diagnostic réside dans sa capacité à produire une information importante en pratique : information quant au pronostic, à la réponse au traitement, ou encore aux implications biologiques ou sociales d'un trouble. La notion d'« utilité » est étroitement liée à l'exercice clinique de la psychiatrie et vise à rendre cet exercice à la fois plus aisé et plus efficace. Nous nous sommes appuyés sur cette dernière approche pour répondre aux différentes questions que pose le trouble dissociatif de type transe (TDT), tel qu'il apparaît dans le DSM pour les psychiatres d'aujourd'hui, et en particulier pour ceux exerçant en France.

La possession comme la transe sont dans notre culture deux concepts entrant fortement en résonance avec un certain nombre de représentations exerçant autant l'inquiétude que la fascination. Il s'agit des transes ritualisées encore bien présentes sur tous les continents, mais

plus près de nous, des épidémies de possession démoniaque, nombreuses et bien documentées jusqu'au milieu du 19^{ème} siècle. Les maladies mentales étaient jusqu'alors attribuées à l'œuvre des démons ou du diable lui-même, ou encore de forces occultes. Les procès d'inquisition et l'exorcisme étaient les deux types de réponse institutionnalisées à ces types de phénomènes, reflétant la prédominance des conceptions populaires de la maladie sur celles des experts médicaux.

La naissance de l'hypnose a perpétué cet engouement pour les états de conscience modifiée, alors que les tableaux de possession prenaient une nouvelle forme, celle de l'hystérie, focalisant l'intérêt des milieux scientifiques à la fin du 19^{ème} siècle. Dès lors, se sont dessinées plusieurs lectures psychopathologiques, parfois antagonistes, dont celle de Freud, fondateur de la psychanalyse, prospérant d'avantage en Europe, et celle de Janet, instituant le terme de « dissociation psychique » pour nommer cette autonomisation des fonctions de la conscience survenant dans certaines conditions.

Mais la « dissociation » est actuellement un concept bien difficile à définir si l'on en croit la multiplicité des théories explicatives et des lectures psychopathologiques. Il se situerait à la limite du pathologique et du normal, et les formes variées qu'elle peut prendre à travers le monde et les époques rendent difficiles une catégorisation définitive et universelle.

La possession et la transe ne relèveraient pas que des cultures lointaines ou passées. Il a toujours existé de tels phénomènes au sein de certaines communautés religieuses chrétiennes, notamment nord-américaines. Ces trances organisées sont alors fortement associées au rituel religieux et aux représentations du diable. Mais il existerait un nouvel avatar de la possession, apparu récemment et principalement aux Etats-Unis, sous la forme des « personnalités multiples ». Ce trouble, qui n'aurait généralement pas une connotation religieuse, ne faisant ordinairement pas référence à la possession par des esprits ou des démons mais par des personnalités humaines, certains (Mulhern S., 1995 et 2001 ; Baubet T., Moro M.R., 1997 ; Castillo R.J., 1994) l'ont considéré comme un « syndrome lié à la culture », car trop circonscrit dans le temps et dans l'espace pour prétendre à l'universel.

Le DSM fait depuis ses dernières éditions figurer quelques « syndromes liés à la culture » dans son annexe, pour rendre compte de syndromes spécifiques à certaines populations culturellement homogènes.

Le TDT pourrait-il constituer un syndrome lié à la culture ? Cette question nécessiterait de considérer les ressorts culturels du trouble, qui paraissent effectivement nombreux et puissants.

Les termes de « transe » et « possession » surprennent par leur seule présence au sein d'un manuel jusqu'ici peu soucieux des questions culturelles. Comment ces concepts liés à l'anthropologie sont-ils venus s'introduire dans une nosologie censée représenter une psychiatrie « objective » ?

Le manuel précise que le trouble doit provoquer une souffrance significative et une altération du fonctionnement social et ne pas relever du déroulement normal d'une pratique culturelle. Sans cela, ce ne serait pas un trouble psychiatrique.

On peut supposer dès lors que la psychiatrie pourrait bénéficier de l'apport considérable des anthropologues sur ces phénomènes aujourd'hui loin d'être élucidés en terme non seulement neurobiologiques mais psychopathologiques, quand bien même le terme savant de « dissociation » pourrait nous en donner l'illusion.

Cela pose alors la question de savoir comment articuler des niveaux de savoir aussi différents que celui de la maladie (la psychiatrie) et celui de la culture (l'anthropologie). Sans une

méthode adéquate, le risque est à nouveau de commettre des erreurs diagnostiques en tombant dans des biais liés à la culture.

L'ethnopsychiatrie ou psychiatrie transculturelle propose une manière d'articuler ces niveaux de savoir et de comprendre des formes cliniques souvent à l'interface de plusieurs problématiques : normales et pathologiques, collectives et individuelles, culturelles et psychologiques.

On pourrait donc assister, lors d'une prochaine édition, à l'apparition d'un nouveau trouble au sein d'une catégorie conceptuellement vague qu'est la dissociation, au cœur d'un manuel se voulant « athéorique » et universellement valide, alors même que jusqu'à présent les phénomènes de transe et possession étaient l'apanage des chercheurs en anthropologie. Tout cela soulève de multiples questions. Parmi celles-ci, nous tenterons d'en analyser certaines en insistant particulièrement sur les aspects nosologiques, épidémiologiques, psychopathologiques et thérapeutiques de cette éventualité diagnostique. Cette analyse en plusieurs volets nous permettra de dégager différentes problématiques :

- Il s'agit d'abord d'évaluer l'intérêt d'intégrer dans la classification psychiatrique américaine un nouveau diagnostic. Rappelons qu'il n'en est encore qu'au stade de proposition, et ne figure à ce titre qu'en annexe et non pas dans le corps de la classification. Si le manuel a l'ambition d'être mondialement applicable, indépendamment des cultures, la première étape nous semble être de savoir si aujourd'hui, dans les pays occidentaux et en particulier en France, le TDT correspond bien à une réalité clinique.
- Le cas échéant, touche-t-il préférentiellement certaines populations ou certains individus ? Existe-t-il une personnalité type pour le trouble ?
- Le TDT obéit-il à un mécanisme psychopathologique spécifique ? Une réponse affirmative à cette question présenterait l'avantage de plaider pour une plus grande validité du trouble. Elle donnerait d'autre part des éléments utiles à la prise en charge thérapeutique.
- Quels sont les particularités de la prise en charge de ces patients ? Cette question pose aussi celle de savoir si ces patients doivent bénéficier d'une orientation psychiatrique spécialisée.
- Quels traitements chimiothérapeutiques et psychothérapeutiques peut-on leur proposer ?

Ces questions poseront les jalons de notre analyse qui tentera d'étudier les aspects nosologiques, épidémiologiques, cliniques, psychopathologiques, et thérapeutiques liés au trouble. Si le manuel ne donne jamais d'indications sur les principes thérapeutiques des troubles qu'il décrit, en revanche les connaissances sont relativement fixées et accessibles - faisant parfois l'objet d'un consensus - quand il s'agit de prendre en charge un trouble psychotique ou de l'humeur. Des indications sur la compréhension du TDT et la prise en charge de ces patients sont-elles aussi claires et accessibles aujourd'hui ? Peut-on par conséquent formuler quelques hypothèses ou recommandations ?

Une revue de la littérature internationale pourrait permettre d'apporter quelques éléments de réponse, grâce à l'expérience des professionnels ayant personnellement rencontré des patients présentant un TDT. Quelles sont ses différentes formes cliniques, les traitements proposés, les différentes théorisations auxquelles ce trouble peut donner lieu ?

Pour affiner l'évaluation de la situation, en France cette fois, nous irons à la rencontre de différents thérapeutes travaillant comme psychiatres ou psychologues dans un service de psychiatrie transculturelle¹.

Enfin, nous étudierons le cas d'un patient répondant aux critères du TDT. Nous exposerons son histoire et le traitement dont il a bénéficié sous la forme d'un récit détaillé, choisi pour sa richesse sémiologique, psychopathologique, et le dispositif élaboré pour sa prise en charge.

Nous avons pu rencontrer personnellement ce patient et l'avons interrogé sur le trouble, sa phénoménologie et ses propres théories explicatives. La discussion de ce cas permettra de dégager quelques pistes dans l'évaluation et les soins dont pourraient bénéficier d'autres patients présentant un TDT.

Nous tenterons enfin, pour conclure ce travail, de proposer quelques modifications concernant les critères diagnostiques et les informations complémentaires que donne le manuel au sujet du trouble.

¹ Service de psychopathologie de l'Hôpital Avicenne - Bobigny (93) – dirigé par le Pr Moro.

I - Concepts préalables

La proposition du trouble dissociatif de type transe pour une future édition du DSM nécessite d'étudier au préalable certaines questions.

Après avoir donné les critères du trouble en question selon le DSM (Diagnostic and Statistical Manual), ouvrage de référence de l'American Psychiatric Association, nous pourrions constater que la CIM (Classification Internationale des Maladies), rédigée par l'OMS, mentionne déjà ce diagnostic dans sa classification. Il peut alors être intéressant de comparer les critères diagnostiques des deux classifications, ainsi que leurs informations sur le trouble.

Le trouble dissociatif de type transe appartient à la catégorie des troubles dissociatifs. Ce terme de dissociation, qui fait directement référence aux théories de Pierre Janet il y a un siècle, est apparu dans le DSM-III en 1980, mais des présentations cliniques similaires existaient déjà dans les éditions précédentes sous une autre appellation, celle de « névrose hystérique ». Ce terme, présent dans le manuel depuis 1968, faisait plutôt référence à la théorie psychanalytique.

Le concept de dissociation, très utilisé dans le discours psychiatrique, correspondrait selon les contextes et les affiliations théoriques à des conceptions du psychisme et à des mécanismes très différents, allant de la névrose à la psychose en passant par des phénomènes non pathologiques représentés par un certain nombre d'états de conscience modifiée.

Au-delà de ces différentes acceptions du terme, c'est la genèse et l'organisation elle-même d'une classification psychiatrique qui pose question. La nécessité d'organiser le savoir a généré à chaque époque une nosologie particulière, dont nous verrons qu'elle traduit l'état de la connaissance à un moment donné, basée sur des observations cliniques supposées pathologiques, mais aussi les préoccupations les plus aiguës d'une société donnée. Depuis 1980, le DSM revendique une position scientifique supposée objective, introduisant pour cela le terme de « trouble » plutôt que de maladie ou de syndrome, et revendiquant une très forte fiabilité de ses diagnostics.

Il a été démontré que la culture des concepteurs, comme celle des utilisateurs d'une classification, pourrait constituer un biais dont il est difficile de se déprendre (Kleinman A., 1977, 1992 ; Fabrega H., 1987 et 1992). Pourtant, le DSM se veut universel. C'est avec ce souci qu'il mentionne certaines considérations sur la culture. Le TDT, en tant que phénomène basé sur un modèle culturel codifié, pourrait constituer un enjeu particulier ; ce trouble permettrait au manuel américain d'augmenter sa validité culturelle et d'articuler pour la première fois des conceptions psychiatriques médicales à des conceptions locales sur la maladie.

A - Définition du trouble selon les classifications américaine (DSM) et internationale (CIM)

Nous allons étudier dans un premier temps les critères du DSM pour le TDT, ainsi que ses remarques complémentaires.

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS fait apparaître depuis 1992 les états de transe et de possession dans sa nosographie, ce qui permet de comparer les critères.

1. Définition du DSM-IV (APA, 1994 : 785) cf. Annexe 1

Les critères à réunir sont les suivants¹:

A. soit (1) soit (2) :

(1) Etat de transe, c'est-à-dire altération marquée et temporaire de l'état de conscience, ou perte du sentiment d'identité personnelle, qui n'est pas remplacée par une autre identité, associée à au moins l'un des symptômes suivants :

- (a) Rétrécissement du champs de perception de l'environnement immédiat, ou focalisation anormale sur certains aspects de cet environnement.
- (b) Comportements ou mouvements stéréotypés, vécus comme étant sous l'emprise d'un autre.

(2) Etat de possession, c'est-à-dire altération unique ou répétée de l'état de conscience, caractérisée par le remplacement du sentiment d'identité habituel par celui d'une nouvelle identité. Celle-ci peut être attribuée à un esprit, une puissance, une divinité, ou une autre personne, et se manifeste par au moins l'un des symptômes suivants :

- (a) Comportements ou mouvements stéréotypés, propres à la culture, vécus comme étant le fait de l'agent de la possession.
- (b) Amnésie totale ou partielle de l'événement.

B. L'état de transe ou de possession n'est pas reconnu comme s'intégrant normalement dans une pratique collective culturelle ou religieuse.

C. Cet état est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants.

D. Cet état ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un trouble psychotique (incluant les troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et les troubles psychotiques brefs) ni d'un trouble dissociatif de l'identité. Il n'est pas dû non plus aux effets directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

¹ Traduction de l'auteur.

Le manuel donne encore quelques informations complémentaires sur le trouble :

- les populations concernées par ce trouble seraient aussi bien celles des sociétés dites traditionnelles, que celles des minorités vivant au sein des sociétés dites industrialisées ;
- c'est un état non volontaire ;
- le trouble est à distinguer des pratiques culturelles ou religieuses largement admises par leur groupe culturel. Ces états volontaires et non pathologiques constituent l'immense majorité des états de transe et de possession rencontrés dans les diverses cultures ;
- toutefois le critère C (souffrance et altération du fonctionnement) prévaut sur le critère B ; il y aurait des cas pathologiques y compris dans les contextes rituels ;
- la durée des épisodes va de quelques minutes à quelques heures ;
- la transe provoquerait des comportements ou gestes peu élaborés (convulsions, chute, course...) et il n'y a pas l'expérience d'une nouvelle identité ;
- la possession, à l'inverse, présenterait des comportements plus élaborés, liés à l'apparition d'une ou plusieurs autres identités distinctes : attitudes, souvenirs, expressions faciales, verbales, et gestuelle caractéristique de l'agent de la possession tel que le groupe culturel le connaît ;
- il y a dans la transe dissociative (et non pas seulement dans la possession dissociative) l'expérience d'un changement du sens habituel de l'identité ;
- les agents de possession peuvent aller de 1 à 5, mais n'apparaissent jamais simultanément ;
- les agents présumés de la possession sont habituellement des esprits (esprits de défunts, esprits surnaturels, dieux ou démons). L'esprit formulerait habituellement une demande, ou bien exprimerait de l'animosité ;
- les symptômes seraient sensibles (dans les deux sens) à certains éléments de l'environnement ou à la tentative de soins ;
- durant les états de transe, des modifications physiologiques ont été notées : augmentation du seuil de douleur, capacité à consommer des substances non comestibles (verre...) et augmentation de la force musculaire ;
- les variétés cliniques sont nombreuses, certaines sont représentées par des syndromes propres à une culture donnée (annexe i). L'état de transe lui-même peut varier d'une culture à l'autre et faire apparaître différentes altérations des perceptions sensorielles (comme la perte de vision), différents types d'identité, une amnésie variable de l'épisode ;

- la combinaison simultanée ou alternée des deux types transe et possession est possible, obéissant à des déterminants culturels locaux ;
- les complications citées sont : tentative de suicide, auto-mutilation et accidents. Certaines morts spontanées auraient été attribuées à une possible arythmie cardiaque ;
- diagnostic différentiel : trouble à distinguer du « trouble dissociatif de l'identité », où les différentes identités ne sont pas considérées comme le fait d'une prise de contrôle extérieure, mais comme le fait de plusieurs états de personnalités, appartenant toutes au même sujet ; les symptômes peuvent être confondus avec des hallucinations ou délires évoquant les troubles psychotiques, toutefois ces symptômes sont en relation avec un contexte culturel particulier et d'autre part, les autres signes caractéristiques de troubles psychotiques sont absents.

Nous pouvons constater que si les critères symptomatiques paraissent proches de l'idée qu'on peut se faire de la transe ou de la possession ritualisées, les autres critères, ainsi que certaines informations complémentaires, soulignent les différences entre transe et possession en tant que trouble, et les mêmes phénomènes en tant que pratique collective culturelle et religieuse.

L'information complémentaire nous paraissant la plus importante est celle qui précise que le phénomène ne surviendrait pas uniquement dans les sociétés dites traditionnelles, mais aussi dans nos sociétés dites industrialisées, touchant des personnes issues des minorités. Cela signifie que le trouble pourrait être rencontré en France, en particulier chez des individus migrants. Cette information complémentaire nous permet de poser le centre de gravité de notre réflexion, qui consiste à comprendre comment s'articulent, avec l'émergence du trouble, les problématiques liées à la migration, au statut de migrant et à l'acculturation.

2. Définition de la CIM-10 (OMS, 1993 : 135) cf. Annexe 2

La CIM-10 fait figurer depuis 1993 les « états de transe et de possession » au sein d'une même catégorie diagnostique F44.3, dans la section des « troubles dissociatifs » F44, elle-même classée parmi les « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » F4.

En introduction aux « troubles dissociatifs (de conversion) », le CIM-10 mentionne quelques caractéristiques communes. Il s'agit d'une « perte des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates, et du contrôle des mouvements corporels » (OMS, 1993 : 135).

La cause en serait une altération du contrôle conscient et sélectif des perceptions, souvenirs et mouvements.

Il est rappelé qu'historiquement les troubles dissociatifs étaient classés sous divers types d'« hystérie de conversion », mais que cette appellation n'est plus souhaitable en raison de l'absence d'un consensus sur une définition.

Enfin, le trouble dissociatif serait « psychogène », c'est-à-dire étroitement lié au contexte. Il pourrait notamment être déclenché par un stress important de type événement traumatique, problèmes insolubles et insurmontables, relations interpersonnelles difficiles.

Le mécanisme psychodynamique serait celui d'une « conversion » d'un affect pénible en symptôme.

Les critères du trouble sont les suivants (OMS, 1994 : 96) :

F44.3 : Etats de transe et de possession :

A. répond aux critères généraux d'un trouble dissociatif (F44) :

- (1) absence d'un trouble somatique qui pourrait rendre compte des symptômes caractérisant le trouble ;
- (2) présence d'éléments en faveur d'une relation temporelle manifeste entre le début des symptômes et des événements stressants, des problèmes ou des besoins.

B. soit (1) soit (2) :

(1) *Etat de transe* : altération transitoire de l'état de conscience, comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) perte du sens de son identité propre ;
- (2) rétrécissement du champ de perception de l'environnement proche, ou fixation sélective et focalisée sur des stimuli de l'environnement ;
- (3) limitation des mouvements, des attitudes posturales et du langage à quelques manifestations répétitives.

(2) *Etat de possession* : le sujet est convaincu qu'il a été envahi par un esprit, une puissance, une divinité ou une autre personne.

C. les manifestations (1) et (2) du critère B sont subies involontairement par le sujet et le gênent ; elles surviennent par ailleurs sans relation avec des situations religieuses ou culturelles acceptées, ou bien elles constituent une exagération de ces dernières.

D. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Le trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-29), ou d'un trouble de l'humeur (affectif) avec hallucinations ou idées délirantes (F30-39).

Les critères du DSM-IV et de la CIM-10 sont donc superposables.

C'est dans l'explication du phénomène que la CIM-10 se démarque du DSM. Elle fait explicitement référence aux théories psychanalytiques concevant la conversion comme la traduction en symptômes somatiques d'une quantité d'énergie libidinale détachée d'une représentation refoulée dans l'inconscient. Par ailleurs, la filiation avec la névrose hystérique est bien mentionnée.

Nous verrons que le DSM faisait dans sa deuxième édition (1968) apparaître la névrose hystérique selon deux présentations cliniques : névrose hystérique avec conversion, et névrose hystérique avec dissociation. La « conversion » relève d'une traduction somatique du conflit psychique, alors que la « dissociation » relève d'une traduction psychique.

B - Le TDT est un trouble « dissociatif »

Depuis 1980, le DSM fait figurer parmi ses catégories diagnostiques celle des « troubles dissociatifs ». Sa caractéristique principale serait « une perte de l'intégration habituelle des fonctions de conscience, de mémoire, d'identité et de perception. »

Si le terme « dissociation » engendre lui-même la confusion de par la multiplicité de ses acceptions, le concept de dissociation tel qu'employé par le DSM, fait en réalité référence aux travaux de Pierre Janet au début du 20^{ème} siècle. Ce phénomène, d'abord appelé « désagrégation psychologique » (Janet P., 1889 : 305), relève d'une théorie du fonctionnement psychique assez éloignée des conceptions psychanalytiques de Freud sur l'hystérie, à savoir l'existence d'un conflit psychique inconscient lié au complexe d'Oedipe.

Cette dernière conception psychodynamique des troubles a pourtant dominé les catégories du DSM jusqu'à sa troisième édition, le concept de névrose hystérique rendant compte jusqu'en 1980 d'un certain nombre de symptômes et manifestations relevant d'une psychopathologie commune.

Le concept de dissociation fait l'objet d'un engouement dépassant souvent le cadre du champ psychiatrique et psychologique, par la variété des phénomènes – pathologiques ou non – qu'il couvrirait. Ce concept suscite cependant de nombreuses questions. La dissociation provoquée constituant le mécanisme central de l'hypnose, les travaux des hypnothérapeutes rassemblent depuis Hilgard une source importante de données ; or même dans ce champs, les débats sont toujours ouverts sur la nature du phénomène dissociatif.

Au-delà de la nécessité de resituer son origine dans les travaux de Janet, la dissociation pose la question de sa nature en tant que phénomène neuropsychologique et de son éventuelle signification psychopathologique, puisqu'il s'agit pour le DSM d'un trouble.

1. La place de la dissociation dans le DSM

• DSM-I (1952)

Le DSM-I distingue :

- « phénomènes sensori-moteurs »
- « phénomènes amnésiques »

correspondant aux catégories symptomatiques classiquement décrites dans l'hystérie.

• DSM-II (1968)

Le DSM-II fait apparaître le groupe des « névroses », qu'il définit comme des troubles dont « la caractéristique essentielle est l'anxiété [...] éprouvée et exprimée directement [...] ou [...] contrôlée inconsciemment et automatiquement au moyen d'une conversion, d'un déplacement ou d'autres mécanismes psychologiques variés. »

Les cinq troubles mentionnés sont : névrose d'angoisse, hystérique, phobique, obsessionnelle, et dépression névrotique.

La névrose hystérique est divisée en deux sous-catégories :

- « névrose hystérique avec conversion »
- « névrose hystérique avec dissociation »

• DSM-III (1980)

Le DSM-III réalise une rupture dans sa conception théorique et dans son organisation.

Le terme de « trouble » apparaît. Le manuel le définit ainsi¹:

« [...] syndrome ou *pattern* psychique ou comportemental cliniquement significatif, associé chez un individu à une souffrance actuelle (ex : un symptôme douloureux) ou à un handicap (incapacité fonctionnelle dans un ou plusieurs domaines de l'existence) ou à un risque accru de provoquer la mort, la souffrance, un handicap ou de perdre une part importante de sa liberté » (APA, 2000 : xxxi).

L'ancienne « névrose hystérique avec conversion » est subdivisée en :

- « trouble de conversion »
- « douleur psychogène »

Tandis que la « névrose hystérique avec dissociation » est déclinée en :

- « amnésie psychogène »
- « fugue psychogène »
- « trouble de la personnalité multiple »
- « trouble somnambulisme »

Les « troubles dissociatifs », eux, comportent 5 entités diagnostiques :

- « amnésie psychogène »
- « fugue psychogène »
- « trouble de la personnalité multiple »
- « trouble dépersonnalisation »
- « trouble dissociatif atypique » : sont déjà cités la transe, la déréalisation sans dépersonnalisation, les victimes de harcèlement psychologique

¹ Traduction de l'auteur.

• DSM-IV (1994) et DSM-IV-TR (2000)

Ces éditions reprennent la même définition du « trouble mental » étant donnée l'absence, selon l'APA, d'une conceptualisation plus satisfaisante pour le moment (APA, 2000 : xxx). Elles prolongent les conceptions du DSM-III sur les troubles dissociatifs ; toutefois trois troubles changent de nom.

La classification comporte à présent :

- « amnésie dissociative » ;
- « fugue dissociative » ;
- « trouble dissociatif de l'identité » ;
- « trouble de dépersonnalisation » ;
- « troubles dissociatifs non spécifiés » : sont cités la transe et possession, la déréalisation sans dépersonnalisation, les victimes de lavage de cerveau, le syndrome de Ganser, les troubles de la conscience non organiques.

Selon le DSM-IV-TR (APA, 2000 : 519), les caractéristiques générales de la dissociation et des « troubles dissociatifs » sont les suivantes :

« [...] perte de l'intégration habituelle des fonctions de conscience, de mémoire, d'identité et de perception. »

Il est précisé que la dissociation n'est pas nécessairement pathologique ; les états dissociatifs sont retrouvés dans de nombreuses sociétés. Ces formes culturelles ne relèvent généralement pas de la pathologie, s'intégrant notamment dans des pratiques culturelles ou religieuses bien établies.

La dissociation pathologique a un facteur déclenchant : la plupart des troubles dissociatifs du DSM-IV seraient déclenchés par un événement traumatique ou stressant.

La dissociation n'est pas spécifique des « troubles dissociatifs » : elle survient également dans les « états de stress aigu », « états de stress post-traumatique » et « troubles somatoformes » (anciennement « trouble de conversion »).

Mais dans ces trois cas, ces derniers diagnostics sont prééminents.

L'état dissociatif, pour constituer un trouble, doit « provoquer une souffrance clinique significative et une altération du fonctionnement social, professionnel, ou de tout autre domaine important de l'existence », ce qui exclue toutes les états dissociatifs reconnus comme étant liés à une pratique culturelle ou religieuse.

Le critère de souffrance et d'altération du fonctionnement n'est cependant pas nécessaire pour le diagnostic de « trouble dissociatif de l'identité ».

• Les cinq troubles dissociatifs du DSM-IV

a. l'amnésie dissociative

Elle est caractérisée par l'incapacité de se souvenir d'informations personnelles importantes, généralement de nature traumatique, incapacité non attribuable à une perte de mémoire ordinaire. Ces amnésies peuvent être de différents types et survenir à tous les âges.

b. la fugue dissociative

Il s'agit d'un voyage soudain et inattendu, associé à une impossibilité de se souvenir de son passé, une confusion d'identité ou, dans différentes mesures, la présentation d'une nouvelle identité (généralement plus désinhibée que l'identité initiale). Il peut s'agir d'un voyage de quelques heures jusqu'à un périple de plusieurs mois, durant lequel la personne montre un comportement apparemment normal, et pouvant donner lieu dans certains cas à une nouvelle vie et à de nouveaux liens sociaux.

c. le trouble dissociatif de l'identité

Il se caractérise par la présence d'au moins deux « identités » ou « états de personnalités distincts » ayant leurs propres modalités de fonctionnement, et prenant alternativement le contrôle de la personne et de son comportement.

À cela s'ajoute une « amnésie dissociative » (*cf. a.*)

Il s'agit à peu de choses près de l'ancien « trouble de la personnalité multiple », cependant plusieurs points ont été nuancés, et certaines mises en garde ont été faites, sans doute pour limiter l'inflation du diagnostic à une certaine époque (Baubet T., 1996 ; Baubet T. et Moro M.R., 1997). Il est notamment précisé qu'il s'agit d'avantage d'une « fragmentation » de l'identité qu'une multiplication d'identités distinctes.

Notons la similarité importante avec le trouble dissociatif de type possession.

d. le trouble de dépersonnalisation

Il se caractérise par une impression persistante ou récurrente de se sentir détaché de soi-même, de devenir observateur de son propre fonctionnement mental ou physique.

Le sens de la réalité est préservé.

e. les troubles non spécifiés

Le TDT est ici cité et décrit dans ses deux sous-types transe et possession.

Il est dit qu'il s'agit d'un « syndrome lié à certaines cultures ou régions », notamment asiatique, où il représenterait le trouble dissociatif le plus fréquent.

À titre d'exemples, sont cités les « syndromes liés à la culture » suivants : *Amok* et *Bebainan* (Indonésie), *Possession* (Inde), *Latah* (Malaisie), *Ataque de nervios* (Amérique latine), *Pibloktoq* (Arctique).

Notons que si les autres idiomes sont explicités dans le « glossaire des syndromes propres à une culture donnée » en annexe i, en revanche, aucune description n'est donnée des tableaux cliniques de *Bebainan* comme de *Possession*.

2. Perspective historique : naissance et évolution du concept de dissociation

• La polysémie de la « dissociation » : Freud, Breuer, Bleuler et Chaslin

Dès 1895, Freud et Breuer dans leurs *Etudes sur l'hystérie*, prolongent les thèses de Janet, entendant par *Spaltung* la séparation qui s'opère entre le conscient et l'inconscient dans la névrose :

« Pour créer des représentations, le psychisme déploie une activité en partie consciente, en partie inconsciente. Les représentations peuvent ou non devenir conscientes. Il ne convient donc pas de parler d'une scission dans le conscient mais d'une dissociation dans le psychisme. [...] La dissociation qui apparaît dans l'activité psychique [...] existe de façon rudimentaire dans toute « grande » hystérie. À notre avis, la tendance à cette dissociation, sa possibilité constituent, dans cette névrose un phénomène fondamental » (Freud S. et Breuer J., 1895 : 181).

On doit le concept de *Spaltung* à Bleuler (1911). Il la définit comme la perte de la cohésion intra-psychique, mécanisme psychopathologique selon lui fondamental de la schizophrénie. Cette deuxième acception du terme *Spaltung* a généralement été traduite en français par « dissociation », même si lui a parfois été préféré le terme de « scission ».

En 1912, Chaslin propose en France le terme de « discordance » pour rendre compte des manifestations symptomatiques visibles de la « dissociation » intrapsychique.

Pour Bleuler comme pour Chaslin, la dissociation est un mécanisme psychotique.

Suite à sa deuxième topique, Freud élabore le concept de « clivage du *Moi* » (*Ichspaltung*) comme un mécanisme opérant dans le fétichisme et les psychoses (Freud S., 1927). Il décrit la coexistence au sein du moi de deux attitudes psychiques opposées vis-à-vis de la réalité extérieure ; l'une dénie cette réalité (dans le fétichisme, c'est la castration de la femme qui est déniée, exigeant la création du fétiche), l'autre la reconnaît mais comme une menace. Ces deux attitudes psychiques coexistent sans s'influencer mutuellement.

Par ailleurs, Freud utilise l'expression de « clivage de la conscience » concernant les processus à l'œuvre dans l'hystérie, qui peut donner lieu à certains dédoublements de la conscience, avec formation de groupes de phénomènes psychiques, voire de personnalités bien séparées (Laplanche J., Pontalis J.B., 1967).

La traduction de l'ouvrage de psychopathologie générale de Jaspers (1928) introduit alors une multitude de sens possibles pour un seul terme : *Spaltung*.

La confusion est encore grande aujourd'hui dans l'exercice clinique et la communication entre cliniciens, non seulement concernant les différentes acceptions possibles du terme très équivoque de dissociation, et même par ce que l'on entend précisément pour chacune de ses acceptions, qu'il s'agisse d'un mécanisme caractérisant certaines névroses ou du mécanisme fondamental de la schizophrénie.

• Pierre Janet : de la « désagrégation » à la « dissociation » psychologique

En référence aux symptômes de l'hystérie qu'il conçoit comme le paradigme des névroses, Janet propose d'abord le terme de « désagrégation psychologique » (Janet P., 1889 : 305), qui deviendra plus tard « dissociation psychique ».

L'hystérique souffrirait d'une perte de sa capacité d'intégration psychique, favorisant les activités psychiques tournées vers le passé, en particulier vers des souvenirs traumatiques. C'est sur ce point que Janet se distingue le plus significativement de Freud (*cf.* chapitre II).

Les conceptions de Janet sur la dissociation deviennent rapidement populaires dans les pays anglophones mais ne connaissent pas en Europe le même essor que la psychanalyse, notamment dans les milieux scientifiques et universitaires. Les références aux travaux de Freud, elles, dominent au fil du 20^{ème} siècle les champs de la clinique et de la recherche, au point que ceux-ci constituent une référence largement partagée pour la compréhension des troubles, y compris pour le DSM jusqu'en 1980.

Les théories de Janet bénéficient d'un intérêt exacerbé dans les années 1980, lorsque le concept de dissociation entre dans le DSM, donnant au trouble dissociatif une caution scientifique. C'est dans le contexte particulier du trouble de la personnalité multiple que les conceptions de Janet trouvent une popularité jamais atteinte chez les praticiens comme chez les patients, les médias et le grand public.

* * *

Aujourd'hui, les travaux de Freud et de Janet constituent les deux principales références théoriques concernant les troubles dits « dissociatifs », même si le concept lui-même de dissociation et sa théorisation sont l'œuvre de Janet.

Le terme d'hystérie, lui, a parfaitement disparu du manuel depuis 1980, de même que toute référence aux conceptions psychanalytiques.

Selon Garrabé (2006), deux facteurs ont contribué à la substitution de l'hystérie par la dissociation :

- la connotation jugée trop sexiste du premier terme ;
- une popularité des œuvres de Janet qui a toujours été plus importante aux Etats-Unis.

Mais bien que la définition des troubles dissociatifs du DSM reprenne parfaitement celle de Janet, ne sont cités ni son nom, ni ses conceptions théoriques.

• La néo-dissociation selon Hilgard

Dans les années 1970 aux Etats-Unis, Hilgard, formule une théorie voulant rendre compte de l'ensemble des mécanismes intervenant dans les phénomènes de dissociation psychique.

Il propose le terme de « néo-dissociation » pour marquer une rupture avec la conception classique qui lie dissociation et pathologie (Hilgard E.R., 1977).

Au cours d'une démonstration didactique, Hilgard met un volontaire (il se trouve que celui-ci était aveugle) sous hypnose ; la suggestion consiste à ne plus rien entendre. La surdité suggérée est alors vérifiée par une série de manœuvres très bruyantes, sans qu'aucune ne provoque de réaction chez le volontaire. À la demande d'un étudiant, Hilgard demande alors au sujet si une partie quelconque de son esprit perçoit sa voix, et de lever l'index le cas échéant ; le sujet lève à ce moment-là l'index et demande dans la foulée qu'on lui restitue immédiatement son audition et qu'on lui explique ce qui vient de se passer pour que son doigt se lève ainsi.

Suite à cette expérience fortuite, Hilgard suppose qu'au cours des séances d'hypnose, il existerait simultanément une partie hypnotisée, qui répond à la suggestion du thérapeute, et une partie non hypnotisée, se situant hors conscience et agissant comme un spectateur : il la nomme « observateur caché ». Cette partie de la conscience, aurait les mêmes capacités de perception qu'à l'état de veille, mais sans que ces perceptions n'atteignent la conscience, et sans les exprimer à moins qu'on ne sollicite explicitement cet observateur caché.

Pour autant, il ne s'agit pas pour Hilgard d'une seconde personnalité mais d'un sous-système psychique particulier.

Le modèle néo-dissociationniste de l'esprit conçoit en effet le fonctionnement mental comme un jeu de systèmes et de sous-systèmes. Il y aurait le « moi central » (organisation, planification cohérente), les « fonctions exécutives » (actions et hiérarchisation des actions) et les « fonctions de contrôle » (monitoring), ces deux dernières s'organisant en sous-systèmes indépendants, spécialisés dans certaines tâches, et s'autonomisant par rapport au moi central, à moins que les tâches soient inhabituelles ou complexes.

Dans ce modèle, la dissociation réalise trois clivages :

- clivage au sein du moi central, altérant le rapport à la réalité et le fonctionnement de la mémoire ;
- clivage au sein des fonctions exécutives : perte des capacités habituelles d'initiative, malgré la persistance d'une partie non hypnotisée ;
- clivage au sein des fonctions de contrôle : perte des capacités perceptives qui sont en rapport avec la suggestion hypnotique, alors que la partie non hypnotisée fonctionne normalement.

Il y aurait un deuxième clivage au sein des fonctions de contrôle, réalisant par une barrière amnésique l'existence d'une fonction « normale » de contrôle de la situation, mais non consciente. Ce sous-système se constituerait sous hypnose, suite aux suggestions, par une barrière amnésique l'isolant des autres sous-systèmes.

L'essence de l'expérience dissociative résiderait dans cette capacité d'établir une telle barrière amnésique dissociant deux expériences contradictoires d'une même réalité.

Comme le souligne Michaux (2006), ce modèle est critiquable. Peut-on déduire de façon littérale une réalité psychologique des descriptions subjectives des patients ? Il existe un certain nombre de patients pour lesquels l'expérience subjective de la dissociation est différente.

Par rapport au modèle « néo-dissociationniste » de Hilgard, se sont constitués deux courants opposés :

- dans la lignée du psychologue américain, un courant « étatiste », considérant l'hypnose comme un état psychique *sui generis*, relevant de mécanismes neurophysiologiques particuliers, réalisant une dissociation partielle entre différents systèmes cognitifs ;
- un courant « sceptique », mené par Spanos (1986), soutenant que l'hypnose n'est qu'un jeu de rôle au cours duquel les sujets se trompent eux-mêmes en produisant les phénomènes qu'ils croient être caractéristiques de l'hypnose, le phénomène de l'observateur caché n'étant qu'un cas particulier de tromperie de soi par soi fortement suggéré par le thérapeute (Petot J.P., 2006).

Kirmayer (1987) prône la voie médiane, synthétisant les contributions des approches psychologique et sociale au sein d'une approche « psycho-sociale » de l'hypnose, seul moyen de rendre compte du phénomène dans sa globalité.

C - Les classifications psychiatriques : principes, nécessité, limites

Depuis quelques dizaines d'années, les principales classifications utilisées en psychiatrie, malgré les nombreuses et nécessaires controverses qu'elles suscitent, proposent un cadre de référence commun.

Leur idéal à toutes serait à la fois de faciliter l'exercice clinique grâce à des définitions standardisées - en particulier l'étape du diagnostic -, la communication nationale et internationale, l'enseignement et la recherche, et aussi de répondre aux exigences administratives de la santé publique.

En somme, il s'agit de parler des mêmes choses, et avec les mêmes termes.

Cette ambition n'est aisée dans aucun domaine et sans doute encore moins en psychiatrie, où il est bien difficile de préciser la nature des objets que l'on classe.

La « nomenclature » psychiatrique correspond à la fois au terme de « nosologie », classification établie des catégories diagnostiques avec chacune un nom et s'organisant en groupes, et « nosographie », désignant le processus lui-même d'élaboration de nouvelles catégories diagnostiques.

L'« identification » de la maladie est alors l'acte de faire correspondre une réalité clinique à une catégorie diagnostique de la nosologie.

La « taxonomie » ou « taxinomie » décrit le méta-niveau de la classification : il s'agit de la métathéorie organisant la classification, incluant la comparaison des différentes stratégies possibles de classification. Ce terme est souvent assimilé par abus de langage au niveau logique inférieur, celui de la classification elle-même.

1. Histoire des classifications psychiatriques

• En Europe

Jusqu'à l'orée du 19^{ème} siècle, les maladies mentales étaient attribuées à l'œuvre des forces occultes ou du diable lui-même, et donnèrent lieu à des réponses souvent violentes et spectaculaires, allant de l'exorcisme de routine jusqu'au bûcher pour suspicion de sorcellerie (Ellenberger H., 1970). La possession diabolique, au sens populaire, représentait la principale explication donnée à des phénomènes que l'on considérerait aujourd'hui comme relevant de la psychopathologie. La science a progressivement généré d'autres théories, distinguant différents types de pathologies, sans toujours pouvoir les rattacher à un substrat neurobiologique clair. Toutefois, les théories explicatives de la possession et de la sorcellerie demeurent toujours actives dans les conceptions populaires de la maladie mentale, et ceci dans toutes les cultures, y compris occidentales (Favret-Saada J., 1977).

Alors que les descriptions de la folie et de ses différentes formes existent depuis les anciens Grecs, les premières classifications psychiatriques semblent voir le jour en Europe à la fin du 18^{ème} siècle, sous l'impulsion de Pinel.

Philippe Pinel, aliéniste auquel on attribue la libération des aliénés de leurs chaînes à Bicêtre, remplace le terme d'« insensés » par celui d'« aliénés », convaincu qu'il existe dans tout état pathologique une partie raisonnable, portant en elle le germe de la guérison. Certes sommaire, son ébauche de classification tente de tailler des entités distinctes dans la masse approximative de l'« aliénation mentale » (Pinel P., 1802).

Dès cette époque, de nombreux doutes surgissent dans la communauté médicale et scientifique quant aux risques inhérents à une classification basée sur la symptomatologie, et non sur l'étiologie, les causes étant alors loin d'être connues (Grob G.N., 1991).

Plus tard, Magnan (1893) oppose « états mixtes » (paralysie générale, démence sénile, lésions cérébrales circonscrites, épilepsie, alcoolisme et intoxications) - attribués à un processus organique -, et « folies proprement dites » (manie, mélancolie, délires chroniques, folies intermittentes et folies des dégénérés) - idiopathiques, c'est-à-dire causées par elle-même.

Cette dichotomie psychogène / organique n'a pas quitté la psychiatrie depuis. A ce sujet, les troubles dissociatifs, auxquels appartiendraient les sous-types transe et possession, sont aujourd'hui considérés comme contextuels, donc « psychogènes », par la classification internationale des maladies (CIM-10), et sont fortement liés à un stress pour le DSM.

Dans le style du DSM, Kraepelin (1896) organise à son époque une classification sur la base de groupes de signes et de leur évolution : il introduit notamment le concept de « démence précoce », devenant plus tard « schizophrénie ».

Au tournant du 19^{ème} siècle, naît avec Janet et Freud le concept de « psychonévrose », qui sera remplacé par celui de « névrose ». Ils proposent la classification suivante : névrose obsessionnelle, névrose phobique et névrose hystérique (d'angoisse et de conversion). Ils

proposent, à la différence des aliénistes de leur époque, de distinguer les entités morbides par le processus psychopathologique qui les sous-tend et non plus par leurs signes apparents, et ceci pour deux raisons :

- la connaissance neuro-anatomique ne permet pas à cette époque d'établir de corrélation anatomo-clinique satisfaisante ;
- les signes eux-mêmes sont trop variables et trop peu spécifiques, comme en particulier dans l'« hystérie de conversion ».

A la même époque, tout comme Kraepelin le proposait, les travaux de Sérieux et Capgras (1909) sur le délire d'interprétation et de Ballet (1911) sur la psychose hallucinatoire chronique, reposent à la fois sur des groupes typiques de signes et des *patterns* évolutifs propres, découpant des entités autonomes dans le bloc de la psychose.

Les travaux de Bleuler (1911) sur le groupe des schizophrénies l'amèneront à distinguer les signes primaires (fondamentaux) et secondaires (accessoires) de la maladie.

Bleuler considère la dissociation des fonctions psychiques comme étant le processus causal fondamental de la maladie schizophrénique. Qu'il s'agisse ou non d'un processus d'origine anatomo-biologique, ce modèle fait bien référence à une théorie psychopathologique de la maladie, désignant ce qui caractérise et distingue fondamentalement toute schizophrénie des autres entités morbides.

Dès le début du 20^{ème} siècle, se détachent deux groupes de maladies, conçus comme les deux types fondamentaux de structuration psychique : les psychoses et les névroses. Ce modèle, fondé sur une approche catégorielle des troubles (on décrit les patients comme appartenant ou non une catégorie diagnostique), semble être opérant dans la plupart des situations cliniques rencontrées jusqu'à l'émergence progressive, au milieu du siècle, du concept de « personnalité borderline » (Kernberg O., 1980), encore appelé « état limite » (Bergeret J., 1975), « psychose blanche » (Green A., Donnet J.L, 1973) ou « psychose hystérique » (Follin S., 1987). Ces troubles graves de la personnalité sont alors compris comme une entité autonome, traçant une ligne de crête entre la névrose et la psychose.

• Aux Etats-Unis

a. Des premières classifications au DSM-III

Parallèlement, et d'une toute autre façon, la nosologie psychiatrique aux Etats-Unis se développe au 19^{ème} siècle sous la pression d'exigences venant non pas des praticiens, comme c'est le cas en Europe à la même époque, mais du gouvernement fédéral, en vue des recensements (Grob G.N., 1991).

Ainsi, dans le recensement de 1840, d'une catégorie - l'idiotie (incluant les pathologies mentales) -, naissent sept catégories en 1880 : manie, mélancolie, monomanie, parésie, démence, dipsomanie, épilepsie.

La première classification standardisée (*Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*) voit le jour en 1918. Elle est une réalisation de l'Association Médico-Psychologique Américaine, précurseur de l'APA (American Psychiatric Association) avec la collaboration du Comité national pour l'hygiène mentale. Elle comprend alors vingt-deux catégories principales, et ses orientations sont résolument biologiques ou somatiques. Cette classification connaît dix éditions jusqu'en 1942.

La deuxième guerre mondiale marque alors un tournant dans la nosologie américaine. La deuxième édition par l'APA du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-I en 1952, reflète la préoccupation des psychiatres d'affirmer leur référence aux théories psychodynamiques et psychanalytiques et non plus à la théorie biologique jusque-là prépondérante.

La guerre avait généré de nouvelles pathologies liées au stress, soulignant le rôle de l'environnement sur les affections mentales. Par ailleurs, l'exercice de la psychiatrie glissant des soins institutionnels vers des prises en charge ambulatoires, l'intérêt se tourne vers les troubles bénins et les troubles de la personnalité, plutôt que vers les psychoses.

Le DSM-II (1968) suit cette même orientation théorique psychodynamique, encourageant d'ailleurs l'usage de diagnostics multiples.

On n'y trouve pas encore la catégorie des « troubles dissociatifs », mais toujours les différentes névroses décrites par Freud et notamment la « névrose hystérique ».

b. Contexte d'émergence du DSM-III

C'est en 1980 que le DSM-III marque un tournant décisif, tant théorique que politique. Les nouvelles orientations alors affirmées par l'APA changeront peu dans la quatrième version du manuel en 1994.

Le projet principal, depuis 1980, est celui d'affirmer le statut scientifique de la classification, en produisant un système supposé fiable, car basé sur des critères descriptifs objectifs. Ce système se veut également athéorique, ne tenant pas compte des mécanismes psychopathologiques. Pour cela, il élimine en particulier toute référence à la théorie psychanalytique.

Kirk et Kutchins (1998) font une analyse du contexte particulier des années 1960 et 1970 aux Etats-Unis et de la question de la « fiabilité » comme principe idéologique puissant.

Il semblerait que la psychiatrie américaine ait pu souffrir à cette époque d'un certain discrédit au sein de la communauté médicale, en raison des trop faibles connaissances scientifiques dans le champs des pathologies psychiques. D'autre part la concurrence grandissante, non seulement des psychologues mais aussi des travailleurs sociaux, des infirmières, des conseillers conjugaux et familiaux, détournait un nombre grandissant de patients du réseau des psychiatres.

A cette double menace, il était nécessaire de réaffirmer les bases scientifiques d'un domaine jusque-là jugé trop empirique et donc à la portée de professions non médicales.

Le diagnostic psychiatrique pose les jalons fondamentaux qui structurent tout discours sur la maladie mentale. Il fallait donc un argument scientifique suffisamment convaincant pour pouvoir garantir le diagnostic. Le concept de « fiabilité » allait devenir la clef de voûte du nouvel édifice nosologique.

2. Problèmes inhérents aux tentatives de classifications en psychiatrie

• Fiabilité versus validité

La fiabilité est un concept statistique quantifiant les biais liés à l'observateur lorsqu'il réalise le diagnostic d'un patient.

Le coefficient « kappa », issu des statistiques dans les années 1960, est introduit dans le champs psychiatrique pour mesurer le degré de concordance diagnostique de plusieurs psychiatres sur un même groupe de patients, ce degré de concordance n'étant pas le fruit du hasard.

Il a été désigné dans les années 1970 comme étant le principal critère capable d'assurer la force de la nosographie psychiatrique, à condition de pouvoir être amélioré.

Promu par quelques groupes restreints de chercheurs (Feighner J.P. et al., 1972 ; Spitzer R.L. et Fleiss J.L., 1974 ; Spitzer R.L. et al., 1975 et 1978 ; Helzer J.E., 1977a et 1977b), dont les principaux bâtisseurs du DSM-III, le concept de fiabilité est devenu un principe idéologique fédérateur, qui a dans un premier temps permis de discréditer les classifications antérieures en raison de leur faible valeur scientifique.

Avec quelques années de recul, Kirk et Kutchins (1998) font deux constats :

- la fiabilité, si elle est devenue mesurable, n'a pas su générer les moyens de son amélioration ;
- en focalisant les préoccupations scientifiques sur un seul aspect, elle aurait éclipsé un concept au moins aussi important, celui de la « validité diagnostique ».

La validité diagnostique, dont les définitions sont nombreuses, est un concept évaluant le degré de concordance entre l'identification d'une pathologie et l'existence réelle (ou authentique) de cette pathologie. Autrement dit, elle évalue l'adéquation du système nosologique avec les pathologies réelles. Nous saisissons combien la validité est plus difficilement évaluable que la fiabilité.

Les quatre types de validité d'un diagnostic sont résumé ainsi par Jablensky et Kendell (2002) :

- validité de construit : exigeant un ensemble cohérent et explicite de critères ;
- validité de contenu : les critères sont-ils empiriquement vérifiables ?
- validité concurrente : corroboration par des procédures indépendantes (tests psychologiques ou examens biologiques) ;
- validité prédictive : prédiction possible de l'évolution naturelle ou de la réponse aux traitements.

Validité et fiabilité entretiennent des rapports particuliers : l'augmentation de la fiabilité n'entraîne pas une augmentation de validité pour un diagnostic, elle peut même provoquer une « diminution paradoxale » de sa validité. Cet avertissement a été émis en 1978 par Carey et Gottesman pour critiquer la volonté d'orienter les recherches futures vers une augmentation exclusive de la fiabilité. En effet, en restreignant les critères diagnostiques pour augmenter la fiabilité du diagnostic de schizophrénie, on génère, dans la population des patients dont le diagnostic de schizophrénie aurait dû être posé, des cas qui ne seront pas diagnostiqués selon les nouveaux critères utilisés par les psychiatres.

• Maladies, troubles et syndromes

Dans tout projet de classification, la première tâche est de définir la nature commune des objets que l'on classe. Or, selon Jablensky et Kendell (2002), la nature des entités psychiatriques est loin d'être claire au sein du DSM.

Le DSM, depuis sa première version, étudie et classe des « troubles ».

A ce titre, le DSM cite le « trouble » dissociatif type transe ou possession.

Que recouvre ou ne recouvre pas cette notion par rapport à celles, plus élaborées de « syndrome », ou encore de « maladie ».

a. Du syndrome à la maladie

Alors que le concept de syndrome désigne un ensemble signes cliniques (objectifs) ou de symptômes associés les uns aux autres, le concept de maladie recouvrirait le sens large d'un modèle explicatif, impliquant plusieurs niveaux logiques : la notion statistique de déviation structurelle ou fonctionnelle par rapport à une norme ; les caractéristiques cliniques et comportementales (le syndrome) ; les caractéristiques de la pathologie ; les causes ; les atteintes biologiques.

Ces logiques s'organisent dans un réseau stable d'informations sur la maladie en question, lui permettant également de se distinguer des autres maladies (Rosch E., 1975).

À ce titre, la maladie d'Alzheimer peut se constituer en maladie, car les données connues permettent au moins partiellement de couvrir ces différents niveaux. En revanche, ce que l'on appelle « schizophrénie » s'apparenterait en fait d'avantage à un syndrome.

Les catégories diagnostiques sont donc utiles en tant qu'outils conceptuels.

L'un des risques de ces outils conceptuels est de les réifier, de les considérer comme des choses en passant dans le langage courant.

Il est en effet tentant de considérer les outils diagnostiques conceptuels comme réel, dès lors qu'ils font partie d'une classification officielle, même si elle n'a pas fait la preuve de la validité des entités qu'elle classe (Jablansky A. et Kendell R.E., 2003).

L'autre écueil est d'assimiler la personne à son trouble : cette erreur consiste à dire que quelqu'un « est » schizophrène à partir du moment où il a répondu aux critères diagnostiques pour la schizophrénie. La classification classe des troubles et non pas des personnes.

b. Troubles (*disorders*)

Le DSM comme la CIM se défendent de classer des gens, précisant qu'ils classent des « troubles »¹ (*disorders*) : troubles dissociatifs, troubles psychotiques, troubles de la personnalité, troubles lié à une substance...

Ce concept de « trouble », apparu dès le DSM-I (1952), ne correspond ni à la maladie, ni au syndrome.

¹ « [...] syndrome ou *pattern* psychique ou comportemental cliniquement significatif, associé chez un individu à une souffrance actuelle (ex : un symptôme douloureux) ou à un handicap (incapacité fonctionnelle dans un ou plusieurs domaines de l'existence) ou à un risque accru de provoquer la mort, la souffrance, un handicap ou de perdre une part importante de sa liberté » (APA, 2000 : xxxi).

Les caractéristiques des troubles puisent dans des registres aussi disparates que : des expériences vécues par la personne, des schémas de comportement, des symptômes parfois isolés, ou encore des traits de personnalité. Ces « troubles », à condition qu'ils s'organisent en ensembles cohérents de symptômes, ne réalisent que rarement de véritables « syndromes », encore moins des « maladies ».

Selon Jablensky et Kendell (2002), le statut obscur de ce qui est désigné comme « trouble » pourrait générer trois types de confusions :

- risque de réification des troubles que nous avons déjà mentionné ; erreur consistant à confondre deux niveaux logiques : le niveau conceptuel (celui de la classification) avec le niveau réel (celui d'entités supposées « naturelles ») ;
- risque de confondre les troubles avec des maladies, ces dernières exigeant plus de critères et couvrant plus de niveaux de significations que les premiers ;
- la subdivision croissante de ce qui peut constituer des entités cohérentes en de multiples troubles, entraînant l'augmentation artificielle de la comorbidité.

Cette comorbidité secondaire est un artefact qui fait perdre au terme son sens premier, qui est la co-occurrence de processus pathologiques indépendants (Vella G., Aragona M, Alliani D, 2000).

• Un modèle de classification peut-il être athéorique ?

Pour Million (1991), seule la théorie d'une classification peut en constituer son ciment. Si une théorie est mal assumée ou mal définie, elle risque de compromettre la stabilité générale de l'édifice.

Si la notion de « taxonomie » fait référence au principe organisateur d'une classification, le DSM quant à lui, depuis plus de vingt-cinq ans, se veut être un outil athéorique.

Il revendique cependant un style – la description d'entités pathologiques sur des critères opérationnels - et se donne les moyens de l'affirmer, en théorisant une nouvelle valeur qui semble parfois s'autojustifier, celle de la fiabilité.

« Opérationnel » est un terme issu de la physique moderne, faisant référence aux opérations de mesure effectuées pour détecter la présence ou l'identité d'un objet. Il s'oppose au concept d'essence d'un objet (Bridgman P.W., 1927).

À y regarder de près, le risque est pourtant de produire progressivement un biais plus problématique que ceux liés à la non concordance des diagnostics entre psychiatres : celui de générer une classification qui porterait à poser des diagnostics unanimes, mais ne correspondant pas à ce dont souffrent les individus, à supposer qu'ils souffrent.

• Concept d'utilité d'un diagnostic

Plusieurs questions inhérentes à un projet de classification psychiatrique restent encore irrésolues, parmi lesquelles :

- La question de savoir si les entités pathologiques que l'on classe sont des entités en réalité suffisamment distinctes les unes des autres pour pouvoir les considérer comme

telles. En effet, les modèles génétiques (Crow T.J. et DeLisi L.E., 1998 - concernant le lien entre chromosome 18, trouble bipolaire et schizophrénie ; Kendler K.S., 1996 - concernant trouble anxieux et dépression), comme les modèles neuropharmacologiques, ont pour le moment échoué à pouvoir démontrer l'existence de distinctions claires entre les grandes catégories pathologiques. Jaspers (Jablensky A. et Kendell R.E., 2003) considère néanmoins que si ce modèle d'entités distinctes est invérifiable en pratique, il demeure nécessaire pour organiser le développement du savoir.

- D'autre part les concepts de fiabilité et de validité ont chacun leurs limites : la fiabilité met l'accent sur la procédure diagnostique, négligeant la question de l'adéquation des catégories avec les phénomènes pathologiques rencontrés en clinique ; la validité est un concept peu maniable et difficilement mesurable étant donné l'état actuel des connaissances.

Certains n'hésitent donc pas à considérer ces questions comme étant pour le moment de faux problèmes. Jablensky et Kendell (2003) proposent de les dépasser pour proposer un concept alternatif : l'« utilité » diagnostique.

L'utilité d'un diagnostic réside dans sa capacité à produire une information importante en pratique : information quant au pronostic, à la réponse au traitement, ou encore aux implications biologiques ou sociales d'un trouble.

La notion d'« utilité » est étroitement liée à l'exercice clinique de la psychiatrie et vise à rendre cet exercice à la fois plus aisé et plus efficace.

C'est bien en termes d'utilité diagnostique qu'est évaluée dans la présente étude l'inclusion du nouveau trouble dissociatif TDT dans le DSM.

D - Diagnostic psychiatrique et culture

« The last thing a fish would ever notice would be the water. The last creature in the world to discover water would be the fish, precisely because he is always immersed in it ! »¹ (Linton R., 1936).

Cette célèbre métaphore de Ralph Linton (1893-1953), anthropologue américain, montre à quel point il est difficile pour l'homme de mesurer les déterminations et les effets liés à sa propre culture.

Le DSM a longtemps exclu toute allusion aux facteurs culturels dans la description de ses catégories nosographiques. La taxonomie du manuel, c'est-à-dire les principes de son organisation, s'appuient sur un certain nombre de conceptions fondamentales sur la maladie mentale. L'une de ces conceptions réside en l'idée que la détermination biologique des troubles dominerait de fait un certain nombre d'autres déterminations, notamment celles liées à la culture de l'individu. Le noyau biologique serait universel, alors que la culture n'agirait que sur les couches superficielles du processus pathologique.

Le DSM intègre cependant depuis 1994, sous la pression d'un groupe de chercheurs, des considérations culturelles sur un certain nombre de troubles, ainsi qu'une liste de « syndromes liés à la culture ». Cette nouvelle sensibilité culturelle peut-elle annoncer un véritable tournant conduisant à une révision plus profonde de la taxonomie, ou bien cette récente mise à jour ne fait-elle que prolonger la conception classique opposant éléments pathogéniques biologiques et invariants d'un côté, et éléments pathoplastiques liés à la culture, donc sujets aux variations, de l'autre ?

Quoi qu'il en soit, le TDT constituerait une exception majeure parmi les troubles décrits par le manuel. Il s'agirait en effet du premier trouble décrit par le DSM dont la détermination serait directement liée à des facteurs culturels, car faisant explicitement référence à la culture d'origine des individus.

Le DSM peut résoudre ce paradoxe de différentes façons, dont l'une pourrait apparaître dans la cinquième édition à venir. Nous tenterons à la fin de cette partie de présenter quelques hypothèses à ce sujet.

1. DSM et culture

Le DSM-III-R (1987) mentionnait déjà dans son introduction un certain nombre de considérations culturelles. Spitzer avait en effet demandé à Kleinman (Mezzich J. et al., 1996) de citer les risques liés à l'utilisation du manuel sur des minorités ethniques et des populations non occidentales.

Toutefois, un pas de plus est franchi depuis la quatrième édition. Suite au travail fourni par le groupe Diagnostic & Culture (D&C), constitué de cinquante experts indépendants travaillant en collaboration avec la Task Force officielle, un certain nombre d'éléments concernant la dimension culturelle des troubles ont été retenus par les auteurs du manuel.

L'un des objets de ces propositions était d'améliorer significativement la « validité culturelle » de la classification. Si Mezzich et al. (1999) déplorent le peu de considération qui a été

¹ « La dernière chose dont un poisson peut prendre conscience est l'eau. La dernière créature au monde à pouvoir découvrir l'eau est le poisson, en raison même du fait qu'il y est plongé en permanence ! »

globalement accordé à l'ensemble des mentions que le groupe D&C voulait voir apparaître dans le manuel, notons que le DSM n'a jamais fait autant référence à la question culturelle : en introduction, soulignant l'influence à différents niveaux de la culture sur la pratique psychiatrique ; dans la description des variations culturelles de soixante-seize troubles du manuel ; quelques allusions concernant le système d'évaluation multi-axial ; dans une esquisse de formulation en fonction de la culture (annexe i) ; au sein d'un glossaire des syndromes propres à une culture donnée (annexe i).

Si le manuel semble dans une certaine mesure relativiser sa position idéologique vis-à-vis de ses catégories, comme n'étant plus hermétiques au contexte culturel, et également vis-à-vis de « nouvelles » catégories culturellement codées comme les « syndromes liés à la culture » (SLC), cela suscite deux axes de réflexion :

- un tel changement dans un manuel qui se voulait universel, car applicable à toutes les populations, reflète sans doute une préoccupation moins récente, celle de nombreux chercheurs anthropologues et cliniciens pour qui les conceptions de la maladie ne peuvent pas s'élaborer en faisant abstraction du milieu culturel, qui sous-tend aussi bien la maladie que la théorie scientifique qui oriente son étude ;
- les quelques mentions du DSM permettent-elles de mettre fin à ce que certains ont appelé le « biais culturel » - ce biais étant lié à l'ignorance des conditionnements culturels propres à l'observateur ?

À ce sujet, la question des relations entre la psychiatrie et la culture suscite depuis ses origines des positionnements variés, montrant qu'il ne peut exister de réponse définitive à la question, la culture étant elle-même un objet constamment redéfini par l'époque, soumis aujourd'hui à une évolution planétaire faisant émerger les nouveaux concepts de métissage ou de « culture globale » (Moro M.R., 2003).

2. Psychiatrie et Culture

La question des liens entre la culture et la souffrance psychique est étudiée depuis le 19^{ème} siècle par les sociologues et prend un essor important au courant du 20^{ème} siècle. Elle est liée à l'histoire des flux migratoires notamment, mais également à celle des expéditions ethnographiques, de la psychiatrie coloniale et plus récemment des migrations dans les contextes de guerre ou de crise politique.

Aujourd'hui, la culture est loin de pouvoir être envisagée comme un bloc monolithique ou un moule uniforme pour l'ensemble d'une communauté.

Tylor, en 1871, la définit comme un « ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, l'art, les mœurs, le droit, les coutumes, ainsi que toute disposition ou usage acquis par l'homme vivant en société » (Bonté P., Izard M., 2004).

Kleinman (in Mezzich J. et al., 1996) distingue différentes conceptions de la culture, allant du concept de « race » à celui de niveaux de civilisation (imprégnant l'époque coloniale), puis donnant lieu dans les années 1950 à 1970 à la culture comme « système partagé de conceptions » par rapport au soi, au corps, à la maladie, aux traitements.

Selon lui, l'inconvénient de cette dernière définition de la culture est d'une part qu'elle induit l'idée de stéréotypes généralisés à des groupes humains entiers, et d'autre part que les orientations culturelles pourraient à tort être comprises comme des « idées fausses », ou des conventions facilement démontables.

Plus récemment selon Kleinman, la culture est envisagée d'un point de vue plus anthropologique, comme étant¹:

« [...] constituée et constitutive des mondes locaux de l'expérience quotidienne, avec ses schémas routiniers d'activité, ses façons de communiquer, ses rites communautaires, son sens commun, reflétant tous un appareil symbolique sous-jacent et partagé, saisi dans le langage et ses métaphores, des valeurs fondamentales, ainsi qu'une sensibilité esthétique commune. »

Cette culture agirait à la manière d'une trame commune, à tous les niveaux de la société. Dans ce réseau, l'expérience est comprise comme un flux de communication, d'interactions, de négociations sociales conduisant à l'acceptation ou la contestation par les autres de certaines questions ou enjeux toujours liés à la culture.

Moro (1994 : 30) définit la culture comme un système :

« [...] constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire (la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soins, les techniques de maternage...). Tous ces éléments épars étant structurés de manière cohérente par des manières de penser : les représentations. »

3. Quelques repères historiques et conceptuels

Le 20^{ème} siècle a été marqué par les travaux de Kraepelin, introduisant le terme de « psychiatrie comparée » (1904) après un séjour à Java. Il est également à l'origine du modèle biomédical, qui est rapidement devenu le modèle dominant. Ce modèle, qui imprègne encore fortement le DSM, repose sur l'hypothèse que les phénomènes pathologiques possèderaient en fait deux niveaux :

- éléments pathogéniques : noyau invariant, lié aux processus biologiques, éléments nécessaires et suffisants à l'émergence de la pathologie ;
- éléments pathoplastiques : enveloppe d'expression variable, liés à la culture ou à ce qu'on nomma la « psychologie des peuples ».

L'idée sous-jacente est que les formes vraies (ou pures) sont occidentales, car exemptes de brouillage culturel.

Sur le même principe, Birnbaum (1923) propose une dichotomie entre forme de base biologique universelle et contenu propre à chaque culture. Dans le cas d'un délire persécutif, le délire représenterait la forme invariable (on délire dans toutes les cultures), et le contenu délirant (ici le thème persécutif) la partie variable, car liée à la culture (la persécution est un thème délirant de prédilection dans certaines cultures).

¹ Traduction de l'auteur.

En opposition à cette « psychiatrie comparée » aux méthodes selon lui discutables, Kleinman (1977), psychiatre et anthropologue, initie le mouvement de la « nouvelle psychiatrie transculturelle ». Cette approche réaffirme notamment l'indissociabilité de la souffrance psychique dans son expression et sa communication par rapport à son contexte culturel, mais également du savoir psychiatrique lui-même par rapport à la culture dont il est issu, culture en l'occurrence occidentale. Kleinman développe les concepts de « narrativité », liée à l'expérience subjective (1988a, b), la notion de « souffrance sociale » et de contexte global (1997).

En France, naît l'ethnopsychanalyse, appelée parfois ethnopsychiatrie selon la dimension privilégiée. Issue des travaux de Georges Devereux (1970, 1972), l'ethnopsychiatrie est une approche complémentariste s'opposant à l'approche comparative, puisqu'elle intègre deux champs de connaissance avec leurs méthodes propres, psychiatrie (ou psychanalyse) et anthropologie. Elle donne lieu à différents positionnements théoriques et pratiques, ses principaux représentants en France étant actuellement Nathan et Moro (voir chapitre II-D).

Un autre courant, celui de l'« anthropologie médicale critique », propose de déconstruire notre modèle biomédical occidental et de favoriser l'étude ethnologique des savoirs locaux (Scheper-Hughes N., 1995 ; Rechtman R., 1998).

Ainsi, les positions sur le rapport entre culture et psychiatrie sont multiples, allant de l'universalisme total au relativisme complet. Cette diversité d'approches pourrait se résumer en trois positions (Rechtman R., 1998) :

- le modèle nosologique étudiant les maladies, la variation de leur expression et de leur évolution en utilisant deux types de catégories :
 - l'approche épidémiologique, qui utilise les catégories occidentales (le DSM notamment) ;
 - l'approche ethnomédicale, qui utilise les catégories locales.
- le modèle anthropologique étudiant les maladies par le biais de l'expérience subjective de la souffrance et sa perception culturelle. Cette approche nécessite une définition préalable de la culture comme système de significations.

4. Syndromes liés à la culture (SLC)

Le DSM fait désormais apparaître en annexe i pas moins de vingt-cinq SLC, allant de l'*Amok* au *Zâr*, en passant par la *Bouffée délirante* et le *Rootwork*. Pour chaque syndrome quelques lignes résument l'aire culturelle ou géographique, le facteur déclenchant éventuel, ainsi que la présentation symptomatique et éventuellement quelques interprétations locales sur le sens donné à l'expérience.

Il se trouve qu'au sein de cette sélection de SLC réalisée par les auteurs du DSM, une dizaine de tableaux pourraient remplir les critères du diagnostic transe et possession : *Amok*, *Ataque de nervios*, *Bilis-Colera*, *Falling out*, *Latah*, *Pibloktoq*, *Rootwork*, *Shin-byung*, *Spell*, *Susto*, *Zâr*.

Concept-limite, à l'interface du psychiatrique et du culturel, le concept de « syndrome lié à la culture » (*culture-bound syndrome*) prend officiellement naissance sous l'impulsion de Yap

(1967). Il désigne alors un *pattern* (schéma ou modèle) inhabituel de symptômes, déterminé dans sa forme et sa fréquence par des facteurs culturels.

Mais le concept n'est pas univoque ; il recouvre selon les auteurs différentes réalités. Nous reviendrons sur cette divergence de points de vue.

Dans un premier temps, ces SLC semblaient être l'apanage des sociétés extra-européennes, reposant sur un modèle fortement traditionnel.

Ainsi, les premières descriptions de tels syndromes reflètent le regard d'explorateurs occidentaux sur certaines curiosités cliniques rencontrées en des terres lointaines. Les premières descriptions remontent au 18^{ème} siècle (Levine R.E., Gaw A.C., 1995) ; le capitaine Cook décrit l'*Amok* comme étant un accès de fuite avec violence meurtrière incompréhensible, survenant dans certaines îles du Pacifique.

Un siècle plus tard, dans le Sud-Est asiatique, les descriptions du *Koro* par Blonk et du *Latab* par Ellis rendent compte d'autres tableaux absents des cadres nosographiques occidentaux (Mouchenik Y., 2003).

Kraepelin (1904) intègre d'ailleurs ces trois syndromes dans son manuel. Toutefois, dans une démarche de psychiatrie comparée, Kraepelin conclut que les catégories majeures que sont la psychose maniaco-dépressive ou la démence précoce (respectivement trouble bipolaire et trouble schizophrénique pour le DSM) seraient universellement valides.

Aujourd'hui les SLC figurent même au sein du DSM, qui durant des années a défendu l'ambition d'un manuel transcendant les spécificités locales.

Or ce concept suscite plusieurs débats : le premier concerne sa définition ; le second interroge le bien-fondé du concept lui-même.

• Définitions du SLC

D'après le DSM (APA, 2000 : 898) :

« Le terme SLC désigne des schémas ou modèles de comportements aberrants et d'expériences de difficulté qui sont récurrents et spécifiques à une région donnée, et qui peuvent ou ne pas être associés à des catégories diagnostiques du DSM-IV. Plusieurs de ces tableaux cliniques sont localement considérés comme des « maladies » ou au moins des affections et la plupart ont des dénominations locales. Bien que les présentations cliniques se rapportant aux principales catégories du DSM soient retrouvées à travers le monde, les symptômes particuliers, leur évolution et la réponse sociale qu'elles suscitent sont en général influencés par des facteurs culturels. À l'inverse, les SLC sont en général limités à des sociétés ou à des cultures spécifiques ; ils constituent des catégories diagnostiques populaires et locales qui donnent des significations cohérentes à certains modèles répétés d'expériences perturbantes ».

La classification américaine, dans ces quelques lignes, admet le rôle des conditionnements culturels à deux niveaux :

- la culture est capable de conditionner les formes et l'évolution de grandes catégories supposées universelles. On revient aux premières conceptions de « pathoplastie » opposant la forme (culturelle) et le contenu (le processus est biologique) ;
- la culture est encore capable de structurer l'ensemble de l'expérience de l'affliction pour un individu dans une société donnée, s'organisant dans un syndrome singulier, limité culturellement, et faisant sens au regard de la culture partagée. C'est le cas des SLC.

Pour Cassidy comme pour Ritenbaugh (1982), les SLC seraient des constellations symptomatiques organisées en maladie ou dysfonctionnement pour lesquels la compréhension, le diagnostic, l'étiologie, et même le traitement ne peuvent être efficace qu'au sein de la culture en question, en référence à un certain réseau symbolique et à certaines pratiques bien codifiées.

Ils précisent à ce titre qu'une même constellation symptomatique peu réaliser plusieurs SLC bien distincts en vertu de la spécificité de leur inscription culturelle.

Prince (1985) ne dégage des SLC que le niveau symptomatique, les SLC correspondant à un ensemble de signes restreints à un nombre limité de cultures, du fait de leurs traits psychosociaux.

• Divergences autour du SLC

Simons et Hugues résumant (1985) les principales controverses au sujet des SLC. Hugues critique alors directement le concept : selon lui, ces syndromes sont souvent peu limités culturellement, retrouvés dans de multiples contextes. Par ailleurs, les autres syndromes, « non liés à la culture », seraient en fait tout aussi influencés par la culture.

Il repose au passage une question de fond : ces « façons non familières d'être fou », ces « déviances déviantes » de ces SLC par rapport à nos références occidentales sont-elles liées à des marquages culturels, ou alors à l'existence d'entités naturelles distinctes ?

Hugues s'interroge une fois de plus sur le point exact où il conviendrait de placer la frontière entre la forme (supposée culturelle) et le fond (supposé biologique).

Cette question semble depuis Birnbaum (1923) loin d'être élucidée.

Levine et Gaw (1995), pour leur part, déplorent l'hétérogénéité du groupe des SLC, faisant apparaître tantôt de vrais syndromes, des termes locaux correspondant à certains comportements ou émotions (Kleinman les qualifie d'« idiomes de détresse »), ou encore des modèles explicatifs liés à la culture.

Jilek et Jilek-Aall (2001) montrent les limites des classifications des SLC en pointant le manque d'harmonisation entre celles-ci et les classifications psychiatriques, le chevauchement symptomatique entre différents SLC, l'existence de terminologies locales chargées de significations traditionnelles sous forme d'interprétation médicales locales influençant tant la réaction du malade que celle de son entourage.

Pfeiffer (1980, 1994) n'y voit pas en soi une faiblesse du système ; selon lui les SLC nécessitent justement la prise en compte des savoirs médicaux locaux, et il ne peut y avoir d'accord exact entre les catégories occidentales et les catégories locales.

D'ailleurs, l'imprégnation culturelle de certains syndromes est-elle l'apanage des cultures lointaines ?

Les SLC concerneraient pour certains auteurs tous les groupes humains ; Yap (1969), le premier, envisage de considérer l'anorexie mentale comme un SLC occidental lié à un certain modèle de vie.

D'autres troubles *a priori* considérés comme universels, seraient pour certains auteurs le produit d'un certain type de culture occidentale et moderne : Mulhern (1995, 2001) Baubet et Moro (1997), ainsi que Castillo (1994), donnent l'exemple du « trouble de la personnalité multiple », tandis que Young (1995) cite l'état de stress post-traumatique (ESPT) comme troubles culturellement codés. Devereux considérait déjà la schizophrénie comme un « désordre type » résultant de problématiques typiquement liées à nos nouveaux type de sociétés en Occident. Nous pourrions aussi citer le « syndrome prémenstruel » (De Plaen S., 2003) ou encore l'« obésité », qui selon Rittenbaugh (1982), à l'instar de l'anorexie mentale, est un diagnostic imprégné de valeurs occidentales liées au corps.

Nous pouvons constater comment, d'une simple galerie des curiosités énumérant quelques tableaux locaux exotiques, nous passons progressivement à une définition large du SLC, selon laquelle toute maladie serait en fait liée à la culture (Littlewood R., 2001).

5. Questions épistémologiques, biais culturels, concept de « *category fallacy* »

Une distinction entre deux types d'éléments symptomatiques revient souvent, distinguant les éléments pathogéniques, organiques, stables car liés à des processus biologiques – déterminant la forme universelle - et les éléments pathoplastiques, variables car liés à la culture, - déterminant le contenu particulier - (Birnbaum K., 1923).

Cette dichotomie forme / contenu, qui peut paraître utile pour rendre compte des constantes autant que des variations des tableaux cliniques à travers le monde, se heurte pourtant à plusieurs critiques, qui interrogent les fondements mêmes de ce qui fonde le discours biomédical « occidental ».

Littlewood (2001) démonte les présupposés de cette position dite scientifique occidentale :

- comment fixer la limite entre ce qui est forme (universelle) et ce qui est contenu (culturel) ? Dans le cas du délire persécutif, ne s'agit-il pas globalement d'une forme universelle – les modalités de cette persécution étant, elles, de l'ordre du contenu culturel ?
- l'idée-même d'une telle dichotomie est selon l'auteur déjà révélatrice d'un mode de pensée particulier.

Cette distinction entre le biologique et le culturel suggère que la cible d'un traitement efficace se doit d'être biologique, puisque renfermant le processus pathogène. Il parle de modèle type « poupées russes », où une série d'enveloppes culturelles idiosyncrasiques se superposent autour du noyau de base biologique (Littlewood R., 2001 : 446). Il rappelle que Wittgenstein

(1958) avait déjà critiqué cette approche en psychologie, en la comparant à quelqu'un qui effeuillerait un artichaut en cherchant désespérément à découvrir le vrai artichaut.

Il évoque dans le même article les biais culturels liés à l'observateur qui ne partage pas la culture de celui qu'il observe. Lorsque la culture est partagée, elle l'est de façon tacite. Elle est alors omise de l'observation, dégageant donc plus facilement les formes qu'on suppose universelles.

Ce type de biais culturels nous conduit à déduire d'une apparence symptomatique propre à notre culture (l'expression d'une culpabilité morbide) des processus psychopathologiques supposés universels (toute dépression s'exprime de façon similaire).

À ce sujet, Baubet et Moro (2003) rappellent que Carothers (1953), envoyé par l'OMS en mission en Afrique Noire, était revenu en concluant que la dépression n'existait pas dans cette région du globe. Certes, le contexte colonial n'y était pas étranger, Carothers expliquant cette absence de dépression par un développement psychique inférieur de ces peuples par rapport aux Occidentaux, d'où leur incapacité à éprouver de la culpabilité.

Ce que déplorent pour leur part Kirmayer et Minas (2000), c'est bien la persistance de la dichotomie forme/contenu au sein du DSM-IV, reléguant le glossaire des SLC au rang de « musée des curiosités exotiques ». Le DSM, selon eux, suppose à tort être capable de porter des diagnostics (les catégories du corps du manuel) indépendants de la culture.

Yap rappelait déjà en 1974 que les SLC étaient avant tout un concept émanant du regard de voyageurs et de psychiatres occidentaux sur d'autres cultures.

Kleinman (1988, 1992) et Fabrega (1989) vont dans le même sens, en postulant que toute psychiatrie est culturelle, et dénoncent l'ethnocentrisme des conceptions occidentales supposées universelles.

C'est lui qui, en 1977, introduisait le concept de « *category fallacy* », erreur épistémologique liée à l'application des catégories diagnostiques occidentales dans d'autres contextes culturels, erreur expliquant qu'on ne puisse tenir pour universelles des catégories fondées sur un mode d'expression de la souffrance qui est toujours intimement déterminé par la culture. Il montre que la dépression, qui se manifeste d'après le DSM par de la tristesse, se manifeste dans nombre de cultures par des somatisations (Kleinman A., 1986).

Le DSM se veut « athéorique », pourtant Kleinman (in Mezzich J. et al., 1996) souligne un certain nombre de théories implicites organisant les catégories du manuel :

- la dichotomie corps / esprit, dichotomie manifeste puisqu'a été créée une catégorie « troubles somatoformes » ;
- la conception ontologique de la personnalité comme étant unique, stable, localisée, imperméable à son environnement, conception manifeste dans les descriptions des « troubles dissociatifs ».
- considérer les maladies mentales comme des phénomènes naturels observables objectivement, donnant la primauté à l'observation. Ce parti pris aurait notamment mis l'emphase sur la fiabilité, au détriment de la validité ;
- les modes d'évolution des maladies seraient contenus dans les processus pathologiques eux-mêmes (évolution naturelle). Plusieurs auteurs opposent à cette conception une évolution sociale, liée aux ressources personnelles, à l'environnement familial, au

système de soin, etc (citant Moos R., 1991 ; Jenkins J., Karno M., 1992 ; Osterweis M., 1987).

Fabrega (in Mezzich J. et al., 1996) retient pour sa part trois piliers fondant l'approche catégorielle du DSM :

- les maladies sont considérées comme des entités naturelles distinctes et autonomes ;
- l'influence de la philosophie mécaniciste héritée de Descartes, Boyle et Newton ;
- le cerveau et le système nerveux désignés comme objet-clef de la compréhension.

Toutes ces constatations ne seraient pas si préoccupantes, si le DSM n'était pas pensé ni utilisé comme un manuel mondial de référence, en Occident comme dans le reste du monde (Littlewood, 2001).

Mezzich J., Kirmayer L.J., Kleinman A. et al. (1999) vont dans le même sens en constatant que les mentions rejetées par le DSM concernant la culture sont bien celles qui remettraient trop en question certaines théories implicites :

- la visée universaliste du manuel, dont les catégories diagnostiques présentes dans le corps de l'ouvrage seraient supposées « libres » de toute influence culturelle ;
- ailleurs à travers le monde, les troubles affectifs, anxieux et somatoformes se chevaucheraient de façon trop importante, de même que les différents troubles de la personnalité, créant une comorbidité rendant inadéquate leur application dans des cultures non-occidentales (Guarnaccia P., Kirmayer L.J., 1997 ; Kirmayer L.J. Weiss M.G., 1997 ; Weiss M.G. et al., 1995) ;
- ces théories implicites, selon Fabrega (1987) et Kleinman (1988), résident dans l'organisation même des troubles et de leur description ; à savoir quels troubles partagent des mécanismes étiopathogéniques communs, et de quel façon les phénomènes psychopathologiques s'expriment et sont vécus par la personne.

6. Les troubles dissociatifs, le DSM et la culture

Malgré les critiques nombreuses à la dichotomie forme / contenu, il existerait pour Gonzalez et Griffith (in Mezzich J. et al., 1996), à l'opposé des troubles aux déterminations biologiques fortes (schizophrénie et troubles de l'humeur bipolaire principalement), un certain nombre de troubles largement déterminés par le contexte et la culture, au premier rang desquels apparaissent les troubles dissociatifs et somatoformes. Pour ceux-là, la variation d'expression est importante et ils sont difficilement diagnostiquables par le DSM.

Ces auteurs citent deux cas de figures :

- le premier concerne les nombreux exemples de dissociation non pathologique (Griffith E.E., 1980, Comas-Diaz L., 1981) ;
- l'autre concerne, à l'intérieur même de la culture, l'attribution de la cause de symptômes physiques ou psychiques à un esprit ou un agent surnaturel. Cette attribution est très fréquente dans nombre de sociétés (Gaviria M., Wintrob R.M., 1976). Ils rappellent à ce sujet que Bourguignon distingue (1976) la « croyance en la possession » (*possession belief*), la « transe de possession » (*possession trance*) et la « possession rituelle » (*ritual possession*), l'une n'impliquant pas nécessairement l'autre, ni les mêmes personnes.

Spiegel et Cardeña (in Mezzich J. et al., 1996) considèrent la dissociation comme un mécanisme mental universel, en tant que contenant ou forme générale. Son contenu, lui, serait lié à la culture.

Ils citent Adityanjee et al. (1989), qui avaient postulé qu'en Inde, ce qui était décrit en Occident comme « personnalité multiple » (DSM-III et DSM-III-R), n'existait pas mais aurait son équivalent local : la transe de possession.

Spiegel et Cardeña rappellent aussi que la possession, selon les critères du DSM-IV, concerne également les Occidentaux, dans certains milieux religieux fondamentalistes, citant notamment certains travaux (Spiegel D., Fink R., 1979 ; Montgomery J.W., 1976). Ils considèrent l'un comme l'autre qu'il s'agit de deux troubles distincts et sont d'ailleurs à l'origine de la proposition de mettre le TDT à l'étude dans le DSM (Cardeña E., 1992).

Plus récemment, une étude sur la validité des différents troubles dissociatifs du DSM-IV en Ouganda a montré que le trouble dissociatif de l'identité (anciennement personnalité multiple) était localement compris et reconnu comme un trouble du type de la transe et de la possession (Van Dujil M., Cardeña E., De Jong J., 2005).

Kleinman (1996) rapproche lui aussi le « trouble de la personnalité multiple » - en recrudescence en Amérique du Nord dans les années 1980 -, du phénomène de possession dont la fréquence est importante dans le reste du monde.

Ces deux troubles dissociatifs représenterait selon lui les deux types même de la dissociation, selon que cette dissociation s'inscrit dans une culture dominée par la conception ontologique :

- d'un moi unifié et séparé de la nature, égocentrique et tourné vers lui-même, donnant lieu au « trouble de la personnalité multiple » (TPM dans le DSM-III) ou « trouble dissociatif de l'identité » (TDI dans le DSM-IV) ;
- d'un moi fluide, mobile, sociocentrique, tourné vers son environnement, propice aux états de conscience modifiée, donnant lieu aux troubles dissociatifs type transe et possession (TDT).

Dans le même esprit, Leavitt (1993) parle de façon provocante d' « allergie occidentale à la dissociation », relevant de certaines conceptions du soi propre aux sociétés modernes : contrôle et maîtrise de soi, auto-surveillance, culpabilité. Ces conceptions seraient capables de constituer un biais culturel nous portant à « pathologiser » et surévaluer la gravité des phénomènes de transe et possession.

En ce qui concerne la section des troubles dissociatifs, le DSM n'aurait retenu que la moitié des propositions et modifications rendant compte des phénomènes dissociatifs à travers le monde (Cardeña E., 1992).

Les limites de la section des troubles dissociatifs du DSM-IV sont déplorées par de nombreux auteurs, qui estiment qu'elle ne représente actuellement pas les troubles dissociatifs que l'on rencontre dans les différentes cultures. Alexander et al. (1997) estiment que l'immense majorité des troubles dissociatifs manifestés en Inde seraient qualifiés de « non spécifiques », si l'on se réfère à la classification actuelle. Ils retrouvent par ailleurs 5 à 10 % de TDT parmi les troubles dissociatifs.

7. Discussion

• Quel peut être le statut des SLC par rapport aux catégories du DSM ?

Yap posait déjà cette double question en 1974 :

- dans quelle mesure sommes-nous, en l'état actuel de nos connaissances, capables de faire correspondre les SLC avec notre classification standard ?
- une telle classification standard et exhaustive existe-t-elle ?

Guarnaccia et Rogler (1999) résument les deux alternatives possibles :

- penser les SLC comme des variations culturelles de catégories existant au sein du DSM ;
- pour chaque SLC, distinguer les symptômes prédominants, puis à partir de ceux-là, intégrer le syndrome dans la catégorie diagnostique du DSM qui correspond le mieux.

Stein (1993) en propose une troisième : dans certains cas, le SLC résiste à l'une comme à l'autre et peut alors être pensé comme une entité autonome (citant le *Koro*).

La première solution est proche de la conception dichotomique très controversée opposant noyau universel et variations culturelles.

La deuxième présente le risque d'un « effacement par intégration » et bien sûr, la difficulté d'évaluer la prédominance de tel ou tel symptôme, avec le risque de faire correspondre plusieurs catégories du DSM.

La dernière enfin rend flagrantes les lacunes de notre classification standard.

Guarnaccia et Rogler (1999) en concluent qu'une équivalence entre système n'est pas envisageable et qu'une telle classification des SLC (celle du DSM) réduit nos chances de les comprendre. Pour préserver l'« intégrité culturelle » des SLC, les auteurs proposent un programme d'étude pour chaque SLC, allant d'une revue de la littérature à l'étude phénoménologique détaillée, au contexte social, et enfin à la mise en relation avec des catégories du DSM.

Guarnaccia et Rogler proposent alors une lecture originale : les SLC par leur occurrence chez certains individus annonceraient une susceptibilité plus grande de développer des troubles psychiatriques au sens du DSM. Le SLC serait la première modalité d'expression, liée à la culture, moins grave, et le trouble psychiatrique authentifié serait la seconde, moins liée à la culture et plus grave. Si les deux surviennent simultanément, cela représente alors pour l'une comme pour l'autre un facteur de gravité (Liebowitz et al. 1994 ; Salman et al. 1998).

Stein (1993) suggère une voie médiane entre d'un côté :

- une approche clinique, kraepelinienne, basée sur la dichotomie forme / contenu et le modèle opératoire, approche pour laquelle quelques adaptations du DSM suffiraient à le rendre universel ;
- une approche anthropologique, axée sur les différentes significations de la maladie, individuelle, sociale, constituant le « noyau » de la maladie. Les symptômes ne peuvent alors plus être un critère de validité d'une classification ; il cite notamment les travaux de Kleinman (1980) sur les manifestations de la dépression, fortement liées à la culture.

Chaque position définissant selon lui ses propres limites, la voie médiane est clinico-anthropologique, articulant les savoirs et permettant d'éviter deux écueils :

- sous-diagnostiquer une situation qui mériterait un traitement ;
- surdiagnostiquer une situation qui n'en mériterait pas.

Il propose pour cela de se référer aux critères symptomatiques considérés comme « pathologiques » à l'intérieur de la culture.

Nous avons vu combien le concept même de SLC, s'il a pu sembler nécessaire à une certaine époque pour rendre compte de modes d'expression de la souffrance qui échappaient aux classifications occidentales, recèle en lui-même ses propres limites.

Dans le meilleur des cas, il nous sensibilise à la dimension culturelle des symptômes et interroge certains principes fondateurs de la classification.

Mais dans le même temps, les limites du concept de SLC apparaissent si l'on suppose qu'à un certain point, tout symptôme et toute conception de la maladie peuvent être considérés comme liés à la culture.

Une autre limite réside dans l'organisation même du DSM-IV. La classification s'est construite sur la base de conceptions et d'observations liées à la culture nord-américaine, n'accordant à ce qui pourrait y échapper qu'une importance mineure, reléguant ainsi la plupart des questions culturelles en fin d'ouvrage, réservant ces questions culturelles à quelques syndromes lointains.

Malgré toutes les interprétations parfois antagonistes de ce concept et les insuffisances actuelles du DSM sur la question, il n'en demeure pas moins que les SLC permettent d'articuler les savoirs sur la maladie et d'augmenter la validité culturelle du manuel.

• Les troubles dissociatifs type transe et possession peuvent-ils être considérés comme des SLC ?

Comme nous l'avons remarqué, de nombreux SLC, dont une dizaine parmi ceux décrits par le DSM, semblent remplir les conditions pour être étiquetés TDT.

D'autre part, la nosographie présente le TDT comme un SLC lorsqu'elle le mentionne dans le corps du manuel au sein des « troubles dissociatifs non spécifiés ».

La définition elle-même du TDT type possession le distingue de tous les autres troubles du manuel, puisque l'attribution de la cause à un agent externe est la condition sine qua non pour pouvoir poser le diagnostic. Ce critère particulier constitue bien une exception à la règle de l'athéorisme prônée par le manuel. C'est la théorie explicative du patient qui domine ici les autres critères symptomatiques pour poser le diagnostic.

Nous proposons l'hypothèse suivante : le TDT proposé à l'étude par le DSM pourrait représenter l'opportunité d'intégrer au sein du corps de la nosographie toute une série de tableaux qui ont été jusqu'à présent et de façon non satisfaisante absents, ou au mieux isolés du reste du manuel.

Littlewood pose néanmoins la question de savoir jusqu'à quel point le DSM pourrait s'autoriser à supporter un certain relativisme culturel sans perdre sa structure et sa cohérence d'ensemble.

Le noyau phénoménologique dissociatif - universel selon Spiegel et Cardeña (1996) - étant conservé, la multiplicité des formes cliniques, des contextes et des significations, serait représentée par un certain nombre de SLC jusqu'ici désolidarisés les uns des autres, donc difficilement maniables.

Le trouble dissociatif type transe et possession représenterait alors un trouble-charnière entre des conceptions psychiatriques dites scientifiques, tendant à l'universel, et des conceptions locales, liées à la culture, traduisant la singularité de chaque situation.

Toutefois, qu'en est-il des TDT survenant chez des migrants vivant en France ? L'expérience des cliniciens nous montrera que ces individus ne présentent pas des SLC au sens entendu par le DSM, lorsqu'il évoque des syndromes circonscrits symptomatiquement et géographiquement comme l'*Ataque de nervios* ou le *Koro*.

Pour le TDT en effet, la symptomatologie est moins homogène, les origines culturelles sont multiples, le trouble est difficilement reconnu et catégorisé dans la nosologie de la tradition d'origine. Enfin, la signification est toujours variable.

• Questions soulevées

Parmi tous les spécialistes cités précédemment, rares sont ceux qui désignent les nouveaux enjeux culturels en psychiatrie, à savoir la redéfinition constante de ce que l'on entend par « culture ». Qu'en est-il en effet de la culture lorsqu'un individu quitte son groupe culturel et en découvre un autre ? On le dit alors en situation d'« acculturation ». Ce terme, tombé dans le langage courant, est entendu de multiples façons. Il nécessitera donc une définition claire. Nous sommes aujourd'hui à l'ère des « métissages » culturels. On ne peut plus penser l'articulation de la psychiatrie et de la culture comme si l'on avait à faire à un monde statique et compartimenté, où chaque culture serait limitée géographiquement et où les individus naîtraient, vivraient et mourraient dans un même environnement culturel fonctionnant comme un compartiment étanche.

Le DSM le suggère lui-même :

« Les populations concernées par ce trouble [le TDT] seraient aussi bien celles des sociétés dites traditionnelles que celles des minorités vivant au sein des sociétés dites industrialisées » (APA, 2004 : 901).

Nous avons donc, du moins sous nos latitudes, affaire à un trouble qui touche des individus migrants. Dès lors, comment articuler les niveaux culturels et psychiatriques, puisque l'on (le patient comme les thérapeutes) n'a pas toujours recours à la communauté d'origine ?

L'individu a-t-il d'ailleurs lui-même recours à toutes ses représentations culturelles, étant donné sa situation d'émigré et son histoire personnelle ?

Dans quelle mesure la migration elle-même pourrait-elle constituer un facteur déclenchant ou précipitant la survenue du TDT ?

Toutes ces questions en dessinent une autre, d'ordre méthodologique : quelle méthode est capable d'articuler psychiatrie et anthropologie comme deux niveaux de savoirs complémentaires sur la maladie

II - Les différentes approches du phénomène

La transe et la possession ne sont pas l'apanage des sociétés lointaines : les épidémies de démonopathies en Europe ont fait depuis le Moyen-âge l'objet de nombreuses descriptions. Elles suscitent selon les époques différentes interprétations, passant du paradigme démonologique à celui de l'hystérie. Ce mouvement de transition entre une lecture spiritualiste et une lecture matérialiste du phénomène correspond à l'expansion du magnétisme après Mesmer et à la naissance de l'hypnose médicale.

Le phénomène des dédoublements de personnalité, important à la fin du 19^{ème} siècle et donnant corps aux premières théories sur l'inconscient, trouve un écho un siècle plus tard aux Etats-Unis, à travers le phénomène des personnalités multiples.

Les nombreuses données de l'anthropologie nous semblent être utiles à la compréhension du TDT. En effet, au-delà des descriptions des schémas de comportement de transe ou de possession, ces données nous paraissent particulièrement pertinentes lorsqu'elles renseignent sur le sens de l'expérience. Ainsi, transe et possession pourraient remplir de nombreuses fonctions, tant au niveau individuel que collectif et l'étude de ces fonctions pourrait nous renseigner sur certaines logiques du trouble.

Le champ de la psychiatrie produit aussi ses théories explicatives. La littérature psychiatrique, psychologique et psychanalytique propose ainsi de nombreuses explications concernant les états de conscience modifiée, les changements transitoires d'identité et les dédoublements de personnalité. La plupart de ces théories sont issues des travaux de Freud ou de Janet, à qui l'on doit le concept de dissociation.

Pour saisir toutes les dimensions du phénomène complexe de transe et de possession pathologique, il faudrait pouvoir concilier les points de vue psychiatrique et anthropologique. L'ethnopsychiatrie, par sa méthode complémentariste, propose d'articuler le niveau de la culture et celui de la maladie en avançant non seulement de nouvelles explications psychopathologiques, mais en forgeant des concepts concernant l'usage normal et pathologique du matériel culturel et les enjeux psychiques de la migration.

A - Approche historique : la transe et la possession en Occident du Moyen-Age à nos jours

Les historiens recensent nombreux phénomènes s'apparentant à la transe ou à la possession dans nos sociétés. Quelques récits emblématiques nous donneront une idée de ces manifestations individuelles ou collectives à différentes époques, ainsi que des théories étiologiques qui n'ont cessé d'évoluer tant dans les représentations populaires qu'au sein du corps médical, donnant progressivement plus d'arguments au milieu scientifique, pour qui il s'est toujours agi d'états relevant de soins médicaux ou psychologiques.

L'expansion de l'hypnose au 19^{ème} siècle et son utilisation médicale ont permis, en reproduisant de façon contrôlée ces états modifiés de conscience, de jeter les bases des premiers modèles du fonctionnement psychique.

Alors que l'intérêt pour les personnalités doubles et les états hypnoïdes semble décliner après les travaux fondateurs de Freud, Breuer et Janet, la fin du 20^{ème} siècle voit apparaître un phénomène de grande ampleur aux Etats-Unis, celui des personnalités dites « multiples », que certains considèrent comme un avatar occidental de la possession.

1. De la possession démoniaque aux théories magnétiques ; de l'exorcisme au somnambulisme provoqué

Depuis la fin du haut Moyen-âge en Europe, de nombreux cas de transe et possession ont été répertoriés, s'organisant souvent en véritables « épidémies ».

Comme le rappelle Mulhern (2006), durant plus de six siècles on n'incite pas les agents de la possession à se manifester. Et pour cause, ces agents sont reconnus par la société et par une certaine élite de supposés experts comme étant des manifestations du diable lui-même ou de ses différents démons. Cette conception ne changera qu'à la fin du 19^{ème} siècle, avec l'élaboration de la théorie psychologique de la dissociation.

A la fin du 15^{ème} siècle, au plus fort des procès menés à l'encontre de la sorcellerie, deux catégories d'experts coexistent :

- les religieux voient dans ces troubles des manigances diaboliques visant à déstabiliser l'autorité religieuse, s'inscrivant directement dans une perspective chrétienne impliquant la dualité entre Dieu et le Diable, impliquant également la co-existence, parallèle à l'univers visible des humains d'un univers invisible peuplé d'entités spirituelles ;
- les médecins recherchent quant à eux des explications anatomopathologiques, psychologiques ou encore socio-culturelles, voyant dans ces phénomènes le produit d'un excès d'imagination sur un terrain morbide prédisposant.

Quelques siècles plus tôt, Arnaud de Villeneuve (1235-1314) avançait déjà l'hypothèse d'un état morbide digne de soins.

Paracelse, médecin et alchimiste suisse (1493-1541), décrit quelques cas d'apparente possession, tout en postulant que les ressorts en sont la pensée plutôt que des forces démoniaques.

Johann Weyer (1583) distingue deux cas de figures parmi les possédées (plus généralement des femmes) :

- les possédées volontaires ou actives, les sorcières, à éliminer de la société par le bûcher ;
- les possédées involontaires ou passives, malades imposant une intervention thérapeutique leur permettant de réintégrer ensuite la société.

Au cours des trois siècles suivants, tandis que la théorie médicale psychiatrique élabore les concepts de « démonomanie » ou de « démonopathie », soulignant par là le caractère délirant du trouble, la théorie démoniaque domine largement les représentations populaires et les pratiques thérapeutiques à travers un traitement institutionnalisé, l'exorcisme.

Quelques cas de possessions individuelles ou collectives ont fait l'objet de descriptions et de diverses interprétations.

• La possession de Loudun (1632)

Souvent citée comme un cas emblématique, la possession de Loudun touche au milieu du 17^{ème} siècle un couvent d'Ursulines. Sœur Jeanne des Anges est la première à être suspectée de possession démoniaque, le diable prenant possession de sa personne et de son comportement sous différentes figures successives selon les moments et les phases de l'exorcisme :

« Le 13 octobre 1632, Jeanne des Anges désigne les sept démons qui l'habitent. Dès le départ, elle spécifie d'ailleurs, par ses contorsions et ses masques successifs, les leitmotifs et le « style » propres à chacun d'eux (par exemple le blasphème, l'obscénité ou la raillerie). Ainsi pourra-t-on repérer ultérieurement leurs diverses « entrées » en scène, d'après le visage et les propos de la religieuse. (...) Cet étrange dialogue établit un code. Des noms propres créent des repères et découpent des régions dans l'anonymat neutre du diabolique » (Baubet T.,1996).

Bientôt les autres sœurs sont touchées également. Pendant près de dix ans, les séances d'exorcismes publics se succèdent, jusqu'à ce que le phénomène se dissipe progressivement en 1642.

Un responsable est désigné en la personne d'Urbain Grandier, leur confesseur, qui est alors accusé de sorcellerie ; il meurt au terme d'un long procès invoquant des considérations politiques locales et nationales sans doute déterminantes.

Bastide (1972) souligne à ce sujet que ces « épidémies » européennes de possession démoniaque surviendraient toujours dans des contextes de *crises*, qu'elles soient alimentaires, politiques ou sociales.

• La possession de Jean Lapuyau (1722)

Ce cas cité par Lapassade (1995 : 83), est celui d'un adolescent. Ce jeune Gascon présente en août 1722 des « crises » au cours desquelles il convulse et change de personnalité : « il ne veut plus entendre parler de Dieu, ni prononcer le nom de Jésus ou des Saints..., il devient rebelle aux ordres de son père et de sa mère », ce qui tranche avec sa nature habituelle qui est d'être respectueux de ses parents et de la religion.

Autre constatation importante : « Tous ses discours, toutes ses réponses étaient au-dessus de son âge et de son éducation ».

En effet, Jean, dans son état normal est un garçon de la campagne, ne parlant que gascon, et de faible éducation. Or durant les crises, il se révèle capable de parler français et latin.

Un médecin appelé par les parents devine que le mal dépasse ses compétences et conseille aux parents : « Faites prier Dieu pour cet enfant car il y a en lui quelque chose de singulier ». Un prêtre est appelé et organise les séances d'exorcisme au cours desquelles les troubles s'intensifient avant de disparaître finalement.

• La possession d'Alexandre Hébert (1822)

Ce cas est emblématique car il marque un tournant dans la théorie explicative et la prise en charge des « possédés ».

C'est Chastenot de Puysegur, élève du célèbre magnétiseur Franz Anton Mesmer, qui est appelé auprès du jeune Alexandre en proie à des crises inexplicables. Selon le curé, le garçon est pris d'« accès de rage et de frénésie » et d'« attaques de nerfs », de plus, il émet des

« gémissements continuels » à l'issue d'une messe (Lapassade G., 1995 : 87). Mais malgré sa fonction religieuse, les symptômes et le contexte des crises, le curé ne pense pas à une possession diabolique.

La réputation grandissante de la thérapie magnétique et de ses succès participe sans doute au changement des mentalités et à l'abandon progressif du paradigme démonologique.

Lapassade décrit bien le cours de la thérapie consistant en des séances de somnambulisme provoqué, trances induites, dont la fréquence est fixée par le patient lui-même et au cours desquelles le magnétiseur exauce toutes les exigences du magnétisé.

Puységur, au terme d'une négociation longue et pleine de rebondissements, parvient à l'achèvement des crises. Notons qu'Alexandre Hébert a pu, au gré des séances de transe, dicter les conditions de ses études et imposer l'avenir professionnel qu'il avait choisi, tout en manifestant publiquement toute l'aversion qu'il avait pour son maître d'école – qui a toujours douté de l'authenticité des crises de son élève (Puységur L.P. de Chastenet, 1812).

Lapassade propose de rapprocher cette pratique d'un nouveau genre de l'adorcisme, et non plus de l'exorcisme. L'adorcisme consiste en une alliance et une réconciliation avec des entités surnaturelles, alors que l'exorcisme consiste en leur expulsion.

Mais Puységur, tout comme son maître Mesmer, ne se situe en aucun cas dans une perspective surnaturelle ; il revendique comme son maître une vision matérialiste et d'homme des Lumières.

• **Morzine (1857)**

Carroy (1995) rapporte cet épisode qui dura près de vingt ans, comme étant peut-être le dernier cas recensé de possession démoniaque.

Des faits inexplicables naturellement toucheraient en 1857 certains membres de la paroisse, en particulier deux filles de dix et onze ans. Les responsables de la paroisse font à l'évêque ce rapport :

« Dans ces convulsions, on voit ces filles lever les mains comme pour recevoir des lettres, et on les voit rompre le cachet puis lire avec un mélange de gémissements, de pleurs, de ris, de satisfaction, selon que ce qu'elles lisent est heureux ou malheureux. [...] elles tombent par terre et écumant d'une manière alarmante. La moindre idée de prière de l'église les jette dans des convulsions affreuses » (Carroy, 1995 : 122).

Plus tard, on rapporte que les filles se seraient mises à parler des « langues inconnues », ce qui confirme l'éventualité d'une possession démoniaque.

De plus, le mal est contagieux puisqu'il touche bientôt toutes les filles de l'école au dire d'un médecin chargé d'établir un rapport. Au cours des épisodes de trances collectives, les filles convulsent et profèrent des injures à l'encontre de plusieurs figures de l'autorité politique, religieuse et médicale.

Les possessionnistes l'emportent finalement contre les partisans du magnétisme ou de la théorie médicale, et l'on procède à des exorcismes collectifs donnés dans l'église, avant de faire appel à des désensorcelleurs locaux.

Arthaud, aliéniste lyonnais, diagnostique en 1860 une hystéro-démonopathie épidémique. Constans, autre aliéniste prestigieux, confirme le diagnostic et l'on procède à plusieurs internements psychiatriques.

Arthaud attribue les visions mystiques de l'une des premières filles touchées à des hallucinations et son diagnostic implicite est bien celui de l'hystérie.

Constans (1861), pour sa part, suppose l'existence d'un événement déclenchant traumatique, ainsi que la transmission d'une dégénérescence héréditaire à toute la famille.

Les récits rétrospectifs des différents abbés en fonction après 1861 proposent une autre théorie étiologique : celle d'une rencontre dangereuse de certains responsables religieux et de certaines familles avec la sexualité, la sorcellerie et le spiritisme.

Les faits rencontrés à Morzine sont emblématiques à plusieurs titres :

ils représentent l'une des dernières manifestations collectives connues de possession démoniaque en France.

Ces faits donnent lieu à des lectures multiples. Qu'ils se réfèrent aux croyances populaires, traditionnelles ou médicales de l'époque, les différents niveaux d'interprétations ne sont pas exclusifs les uns des autres, mais forment un tissu de significations traduisant les préoccupations d'une société et d'une époque.

• **Lycanthropie : le phénomène des loups-garous**

Si la figure du loup-garou est connue depuis l'antiquité, elle atteint son apogée en France et en Europe aux 16^{ème} et 17^{ème} siècle.

Dans son article de 1870 pour le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales, Calmeil fait apparaître quatre cas de figures (Calmeil L.F., 1870 : 416) :

- la monomanie homicide ;
- la lypémanie, sorte de mélancolie ;
- fugues nocturnes d'individus à moitié nus hurlant comme des loups et s'accusant ensuite de meurtres qu'ils n'ont pas commis ;
- paraphrosyne lycanthropique, liée à l'ingestion de produits narcotiques provoquant des délires brefs.

Les juges ecclésiastiques y voyaient en tous les cas la preuve d'un pacte avec le démon.

Calmeil précise que la lycanthropie se propageait par épidémies, touchant de proche en proche les populations entières de villages avoisinants, et parfois des contrées entières, donnant lieu à une terreur collective teintée de fascination.

Si Calmeil, à la fin du 19^{ème} siècle, voit dans ces manifestations une « monomanie partielle », le « fruit d'un dérangement du cerveau », à l'époque des épidémies de lycanthropes, l'étiologie démoniaque était de mise.

Calmeil rapporte d'autres cas de « zoanthropies », phénomène assez fréquent selon lui, ayant même touché à la fin du 15^{ème} siècle une communauté religieuse à Cambrai, dont les moines, frappées de « galéanthropie », se comportaient et miaulaient comme des chats.

Calmeil, avec quelques siècles de recul, fidèle à la lecture de son époque, attribue un tel phénomène à de l'hystérie.

2. Du magnétisme animal à la découverte de l'inconscient : hystérie et phénomènes dissociatifs

Il faut attendre le début du 19^{ème} siècle, avec l'expansion des théories magnétiques de l'esprit, pour qu'un nouveau paradigme s'impose progressivement. L'origine des troubles se situe non plus dans un univers peuplé d'esprits malfaisants, mais au sein même du psychisme de l'individu.

Cette nouvelle conception annonce l'avènement, un siècle plus tard, des théories freudiennes sur l'inconscient et des travaux de Pierre Janet sur la dissociation.

Lapassade (1995 : 91) condense l'apport de la théorie du magnétisme animal de Mesmer et de ses successeurs en une formule : « une démonologie sans démons ».

La théorie du magnétisme animal est en effet l'œuvre des travaux et expériences de Franz Anton Mesmer à la fin du 18^{ème} siècle.

Ce médecin d'origine autrichienne, avant de s'établir à Paris, se forme auprès d'un exorciste jésuite autrichien. Mesmer, en homme des Lumières, suppose l'existence d'un « fluide magnétique » cosmique, traversant l'espace et les corps, où il se répartit parfois de façon inhomogène, et qui serait à l'origine des crises convulsives de certains patients.

La thérapie vise à libérer la voie au fluide par la provocation de nouvelles crises, agissant à la fois comme révélateur de la maladie et comme vecteur de sa guérison.

Les séances sont collectives et s'organisent autour d'un baquet rempli de limaille de fer et de verre pilé, donnant lieu à des expériences qui ne manquent pas de fasciner le milieu bourgeois de l'époque.

Un rapport effectué par l'élite scientifique (Franklin, Lavoisier, Bailly) pour le roi, attribue le pouvoir évident de cette pratique collective à l'imagination. Il mentionne en outre ses inquiétudes quant à la convenance morale de cette pratique.

Mesmer a eu des successeurs, parmi lesquels le marquis de Puységur, qui se distingue pour ses options théoriques.

Chastenet de Puységur considère, lui, que l'agent de la guérison est la seule volonté du magnétiseur :

« Je crois que j'ai la puissance d'actionner le principe vital de mes semblables ; je veux en faire usage, voilà toute ma science et mes moyens. Croyez et veuillez, messieurs, vous en ferez autant que moi » (Ellenberger H., 1970).

Il met ainsi l'accent sur le rapport entre le magnétiseur et le patient, seul vecteur de l'effet thérapeutique, abandonne les crises convulsives, leur substituant un somnambulisme provoqué, voisin du somnambulisme naturel.

Cloquet décrit en 1784 les pratiques de Puységur qui ont l'allure d'un véritable rituel thérapeutique avec ses codes et ses mystères :

« On a établi autour de l'arbre mystérieux plusieurs bancs circulaires en pierre, sur lesquels sont assis tous les malades qui tous enlacent de la corde les parties souffrantes de leur corps [...], tout le monde formant la chaîne et se tenant par le pouce. Monsieur Puységur [...] que je nommerai maintenant le Maître, choisit entre ses malades plusieurs sujets, que par attouchement de ses mains et présentation de sa baguette [...], il fait tomber en crise parfaite. Ces malades en crises, qu'on nomme Médecins, ont un pouvoir surnaturel par lequel en touchant un malade qui leur est présenté [...] ils sentent quel est le viscère affecté, la partie souffrante. Ils déclarent et indiquent à peu près les remèdes convenables. [...] Le complément de cet état est une apparence de sommeil, pendant lequel les facultés physiques apparaissent suspendues, mais au profit des facultés intellectuelles. On a les yeux fermés, le sens de l'ouïe est nul. Il se réveille seulement à la voix du Maître » (Bertrand A., 1826 : 221).

L'épisode de somnambulisme artificiel est suivi d'une amnésie ; les « médecins » ne se souviennent de rien.

Si Mesmer se concentrait sur l'expression corporelle des tensions, Puységur révèle lui des capacités extrasensorielles insoupçonnées chez ses patients, se manifestant par des dons divers, de préséance et de guérison (Michaux D., 1991).

Le terme d'« hypnotisme » est introduit en 1843 par James Braid. Ce médecin anglais étudie le phénomène avec l'esprit d'un scientifique, utilisant pour sa part la technique de fixation visuelle.

Braid élabore le concept de « double conscience », état proche du somnambulisme naturel, qu'il voit comme un fragment arraché à la conscience et possédant ses propres souvenirs (Kravis N.M., 1988).

Fondateur de l'Ecole de Nancy, Hippolyte Bernheim, médecin interniste, se forme à l'hypnose auprès de Liébault en 1882, intéressé par les succès thérapeutiques de ce médecin lorrain à la réputation pourtant sulfureuse.

Bernheim représente un mouvement d'opposition important à l'Ecole de la Salpêtrière, menée par Charcot.

Jean-Martin Charcot, neurologue réputé, utilise lui aussi l'hypnose depuis 1878 pour étudier expérimentalement le fonctionnement psychique des patientes dites « hystériques ». Il tente en effet depuis quelques années de distinguer les symptômes de conversion « hystériques » fonctionnels des symptômes neurologiques organiques. Il décrit la « grande hystérie » comme une crise en quatre phases : phase tonique, puis clonique, attitudes passionnelles et délire de mémoire (Charcot J.M., 1872).

Charcot développe une théorie étiologique qui permet de distinguer l'hystérie de la « simulation » : il existerait chez l'hystérique une « lésion dynamique », consistant en l'isolement d'une idée du reste du psychisme. Cet isolement est le fruit d'une capacité d'auto-suggestion (interne) propre à l'hystérique. Cette suggestibilité est à nouveau mobilisée (extérieurement) dans la crise provoquée de somnambulisme, forme la plus complète d'hypnotisme, également appelée « grand hypnotisme ».

Toutefois, Charcot ne voit pas en l'hypnose de vertu curative et estime que l'hypnotisabilité est très spécifique à l'hystérie, reliant intimement hypnotisabilité, suggestibilité et hystérie.

Sur ces deux points Bernheim s'oppose à Charcot : il estime lui que l'hypnose comme la suggestion sont des phénomènes normaux et universels. Bernheim place d'ailleurs la suggestion au cœur de sa méthode thérapeutique.

Au-delà de ces divergences théoriques, il accuse officiellement en 1884 la grande hystérie et le grand hypnotisme de la Salpêtrière d'être un phénomène de culture locale, suscité et entretenu par la suggestion médicale (Bernheim H., 1913).

Sigmund Freud rend visite successivement à Charcot puis à Bernheim, mais il se range du côté de Charcot, estimant que si l'hypnose est un phénomène universel, il n'en est pas moins pathologique. Cette tendance aux états hypnoïdes constitue d'ailleurs selon lui un élément fondamental de l'hystérie. Freud abandonne rapidement l'hypnose pour développer la technique des associations libres. Il s'intéresse d'avantage aux conflits inconscients sous-jacents qu'à leurs manifestations symptomatiques (voir chapitre II-C)

Pierre Janet, au double cursus de philosophie et de médecine, est lui aussi sur les traces de Charcot, puisque ce dernier lui confie en 1890 le laboratoire de psychologie expérimentale de la Salpêtrière. S'intéressant depuis plusieurs années aux phénomènes de personnalité multiple dans le cadre de ses recherches personnelles, il décrit dans ses ouvrages de nombreux cas de dédoublement de personnalité, qu'il rattache comme ses contemporains à l'hystérie (1911). Proche de Freud sur un certain nombre d'aspects, il constitue néanmoins rapidement un courant autonome, proposant un modèle explicatif de la dissociation assez éloigné des conceptions psychanalytiques (*cf.* chapitre II-C).

3. Le milieu du 20^{ème} siècle : l'essoufflement du syndrome

L'intérêt pour les « personnalités doubles » déclinant, les descriptions deviennent rares entre 1910 et les années 1970, se réduisant à quelques cas sporadiques.

• « Vraies possessions » ou « fausses possessions »

Jean Lhermitte (1956), neuropsychiatre français connu pour ses nombreux travaux neurologiques sur la moelle épinière, présente une position originale, conciliant un regard scientifique positiviste lui faisant parler de « fausses possessions » (processus naturel) à une ferveur catholique assumée, le portant à soutenir qu'il existe également, bien qu'elles soient plus rares, de « vraies possessions » (processus surnaturel) :

« [...] il n'est aucun auteur qui n'ait fait remarquer que le phénomène de la possession n'a jamais été réservé à une époque ni à un milieu fermé. Certes, le tableau de la « possession diabolique » se dévoile plus fréquent dans les sociétés primitives, alors qu'il se pare d'autres couleurs chez les peuples civilisés où la science a arraché le masque fallacieux de certaine figure démoniaque ; il n'en demeure pas moins que dans les sociétés très évoluées la croyance et l'influence du démon matérialisé, et sa pénétration dans le corps de certains hommes marqués par le destin, reste très vive » (Lhermitte J., 1956 : 9).

• Transe hystérique, possession délirante

Henri Ey (1960) rattache comme ses prédécesseurs le phénomène de transe à celui de l'hystérie. Il décrit ainsi la « grande attaque d'hystérie », même s'il précise que, depuis Charcot, on la trouve rarement dans sa forme complète :

- prodromes : signes variables aboutissant à la perte de connaissance ;
- période épileptoïde : s'apparentant à une crise tonico-clonique, avec retour au calme et stertor ;
- contorsions (clownisme) : mouvement variés, cris, ressemblant à une « lutte contre un être imaginaire » ;
- transe : attitudes passionnelles, mime de scènes violentes ou érotiques, s'apparentant au rêve construit sur une imagerie vécue, dont le thème constitue l'« idée fixe » des anciens auteurs ;
- période terminale ou verbale : un discours est possible.

L'« état crépusculaire » est une autre manifestation hystérique. Il correspond à une modification du champ de la conscience et de l'expérience de la personne. Celle-ci peut

éprouver une dépersonnalisation et un vécu d'étrangeté centré sur une idée fixe. Cet état peut s'apparenter au rêve en cas de productions oniroïdes visuelles. Henri Ey (1960) cite alors le cas des « personnalités multiples » comme une forme extrême, substituant par intermittence l'expérience rêvée à l'expérience réelle dans une si grande mesure que l'expérience rêvée est capable de s'organiser en celle d'une personnalité « seconde ».

Quant à la possession, Ey la rattache au phénomène d'automatisme mental retrouvé dans la psychose hallucinatoire chronique ou la schizophrénie. Il utilise le terme de « syndrome d'influence » ou de « xénopathie » pour désigner ce sentiment d'être agi extérieurement. Il rattache bien l'idée de possession aux idées délirantes, donc à la psychose.

Goff et al. (1991) rapportent quelques cas de délires de possession. Toutefois ce cas de figure serait rare.

• Psychose hystérique

Une alternative à cette dichotomie névrose / psychose est élaborée dans les années 1960 par Sven Follin à travers le concept de « psychose hystérique ».

« [L'expression clinique majeure se révèle dans la] décompensation psychotique subaiguë, oniroïde dans sa forme, projection d'une oedipification fantasmatique dans son sens, chez des personnalités dont la dysharmonie est dominée par l'impuissance à réaliser les ambitions d'un idéal de soi démesuré par rapport aux moyens dont elle dispose, et qui, trop dépendantes de leur relation d'objet immature, apparaissent comme des personnes en quête d'un personnage » (Follin, 1987 : 325).

Il précise :

« Les conjonctures pathogènes qui ont amené le malade à décompenser renvoient toujours à un échec ou à une frustration. En quelque sorte se réalisent là l'impossibilité d'une image de soi et l'impuissance à être reconnu dans son identité. [...] Il y a continuité des thèmes du délire avec le problème existentiel du vécu de ces personnes qui s'efforcent à être quelqu'un sans y arriver. Cela nous ramène à la signification profonde de la dialectique de l'angoisse, [...] angoisse de non-identification, liée à la frustration de l'échec du rôle d'un personnage que le sujet s'était idéalement prêté » (Follin, 1987 : 322).

De nombreux auteurs (Peters L., 1988 ; Varma V.K. et al., 1981) conçoivent à une certaine époque la psychose hystérique comme le cadre psychopathologique commun à une famille de troubles incluant :

- le trouble de la personnalité de type borderline ;
- le trouble de la personnalité multiple (TPM) qui serait une forme occidentale ;
- le syndrome de possession qui en serait un avatar non occidental.

Les arguments pour un regroupement de ces entités passe notamment par une similitude de fonctionnement : internalisation des mauvais objets, mécanismes défensifs dominés par le refoulement et le clivage, recours fréquent au passage à l'acte.

Yap (1960) parlait déjà de « réaction hystérique pseudo-psychotique », ce qui nous semble être un concept assez proche.

4. Fin du 20^{ème} siècle : l'embrassement - le phénomène des « personnalités multiples » et le retour de nos vieux démons

• Les personnalités multiples

Aux Etats-Unis, dans les années 1970, à la faveur d'une conjonction de facteurs sociaux, médicaux et médiatiques, se développe à une vitesse vertigineuse un trouble digne des premières descriptions de personnalités multiples de Janet un siècle plus tôt.

Sherill Mulhern (1991) retrace le contexte et les enjeux de cette épidémie de fin de siècle, dont l'un des vecteurs importants est la réhabilitation de l'hypnose et l'intérêt médiatique et scientifique pour les phénomènes psychologiques de lavage de cerveau.

Par ailleurs, au début des années 1970, suite aux travaux de Silvermann et Steele sur le syndrome de l'enfant battu, le corps médical et les institutions de protection de l'enfance s'intéressent au phénomène de maltraitance physique et notamment sexuelle dans l'enfance, dont le tabou est enfin levé, et dont la réalité est probablement sous-estimée à travers le pays.

Le mouvement féministe se saisit de la vague d'inquiétude qui gagne rapidement l'ensemble de la population pour dénoncer la violence des agresseurs (majoritairement des hommes) contre la faiblesse des victimes (généralement des femmes).

Les anciennes victimes devenues adultes manifesteront des troubles s'apparentant à un changement de personnalité, reflétant des facettes de leur psychisme non unifié, dissocié suite au traumatisme subi des années plus tôt.

Il apparaît que l'hypnose pourrait être un moyen de recouvrer la mémoire de ces traumatismes supposés avérés, du fait de l'hypermnésie qu'elle semble pouvoir déclencher, et également un moyen de réunifier la personne.

Deux vecteurs servent alors de caisse de résonance :

- les médias qui servent de diffuseur, touchant le grand public, à travers des récits de mémoire restituée sous hypnose, romans, films, séries télévisées ;
- la production scientifique qui sert de caution à travers de nombreux articles et interventions, l'organisation de colloques sur la question, la création de cliniques spécialisées dans le traitement de ceux et celles qu'on appelaient les « multiples ».

En 1980, le DSM-III reconnaît le « trouble de la personnalité multiple » comme un trouble dissociatif, faisant explicitement référence à l'étiologie traumatique dans l'enfance, en particulier aux mauvais traitements subis.

Alors que l'on recense environ une soixantaine de cas entre 1970 et 1980, ils atteignent plusieurs milliers dans la décennie suivante. De plus, le nombre des personnalités passe de deux ou trois classiquement à plusieurs centaines dans bien des cas.

Les « alternantes », comme on les appelle, majoritairement des femmes, changent de statut, perdent leur étiquette de malades au psychisme fragile comme les décrivait Janet. Elles s'affirment en tant que victimes et survivantes, mais également comme détentrices de capacités psychologiques hors norme (cette capacité de dissociation à volonté), et même de talents de

thérapeutes spécialisées. Certaines font ainsi carrière et sont invitées régulièrement à donner des conférences.

À la fin des années 1980, de plus en plus de patientes décrivent sous hypnose des souvenirs de rituels sataniques et de messes noires comportant viols collectifs et sacrifices de nouveaux-nés, suivis de lavages de cerveau pour effacer toute trace de la conscience. Pire, certaines patientes en thérapie révèlent contenir en elle un certain nombre d'alternantes sataniques, « programmées » pour perpétuer le rituel et faire d'autres victimes. Les enquêtes de police se multiplient en vain.

Pour Mulhern (2006a : 96) :

« [...] le milieu clinique nord-américain va devenir progressivement – sans que les experts ne s'en rendent compte – le berceau, le lieu de répétition, le garant de l'authenticité d'un véritable culte de possession ».

Le DSM-IV supprime en 1994 le terme de « personnalité multiple » au profit du « trouble dissociatif de l'identité », trouble proche du premier mais dont la corrélation avec un traumatisme de l'enfance est fortement nuancée. Par ailleurs, le manuel rapporte des distorsions possibles de la mémoire.

Mulhern (2006b) assimile cette manœuvre du DSM à un « exorcisme de masse ».

L'épidémie des personnalités multiples s'épuise de fait progressivement ; elle semble être toujours restée confinée à la société nord-américaine.

Le trouble de la personnalité multiple nous semble à rapprocher du TDT dans son sous-type possession à plusieurs titres :

- au plus fort de l'intérêt scientifique pour le trouble, les théoriciens ont pu concevoir les personnalités alternantes de leurs patientes comme autant de sujets autonomes habitant leur hôte depuis la plus tendre enfance (Kluft R.P., 1991). De plus, certains spécialistes postulaient que ces sujets avaient une vie propre, même lorsqu'ils ne se manifestaient pas (Kluft R.P., 2005). Il y avait lieu de les considérer comme des personnes à part entière (Elliot D., 1982, Slovenko R., 1991) ;
- il s'agit bien là d'entités autonomes telles qu'on les décrivait les siècles passés en Europe, ou d'esprits invisibles, animés et capable d'actions sur la personne et sur le monde ;
- la figure du diable, dont on pensait qu'elle avait quitté les croyances populaires, a bien refait surface et même été reconnue d'une certaine manière par les experts médicaux, considérant avec le plus grand sérieux les récits de leurs patientes.

De nombreux auteurs mettent TDT et TPM en relation, les considérant comme relevant des mêmes mécanismes psychopathologiques et les mettant à ce titre dans la ligne de la psychose hystérique (Peters L., 1988 ; Varma V.K., 1981). Ellenberger (1970) et Kenny (1986) estiment, eux, que l'ancienne possession démoniaque en Occident a pu servir de modèle au TPM. Toutefois, l'évolution distingue les deux troubles : le TDT aurait une évolution plus aiguë (Lewis-Fernández R., 1992) que le TPM (Kluft R.P., 1991).

Il semble que si le phénomène des TPM a pris dans le contexte nord-américain de l'époque une telle ampleur, c'est qu'il devait probablement répondre à certaines exigences culturelles bien codifiées.

Mulhern (2006a) voit dans le TPM un « idiome de détresse » issu d'un système de croyance partagé, s'élaborant à partir d'un ensemble de comportements généralement agréés, reconnus par la société, donnant lieu à une réponse non stigmatisante et même souvent valorisante.

L'auteur cite Ian Hacking qui, en 1995, élabore la notion d'« hôte culturel », selon lui nécessaire pour que le phénomène des multiples s'installe et se développe à ce point. Mulhern rapproche le TPM de la possession concernant le changement de statut de l'individu, qui n'est plus assujetti aux règles sociales habituelles :

« Quand un individu est transformé par possession, la « personne possédante » devient le locus du pouvoir et de la volonté, qui échappe au code de comportement et d'inhibitions généralement admises et qui peut révéler, par sa voix et son corps, des informations qui sont socialement dissimulées voire prohibées. Par le biais de l'incorporation, les possédés remémorent, arbitrent et médiatisent des désirs et des conflits personnels et sociaux refoulés ; évoquant le passé, manipulant le présent et provoquant l'avenir » (Mulhern, 2006a : 90).

Baubet et Moro (1997) estiment eux aussi que le développement du TPM dans la culture nord-américaine est le fruit d'une co-construction entre la communauté scientifique et la société. Cette co-construction implique non seulement des représentations culturelles et des croyances partagées, mais aussi que l'on donne un sens au trouble, celui d'un traumatisme sexuel. La logique thérapeutique qui en découle se joue sur deux plans : l'hypnose, qui est désignée comme une technique médicale de choix pour révéler et traiter le trouble, et la procédure judiciaire qui permet de donner un sens social au trouble de l'individu. La nécessité que soient réunies autant de conditions pour que puisse se développer le trouble en font, d'après les auteurs, un syndrome lié à la culture nord-américaine. Pour corroborer cette hypothèse, une enquête de prévalence du trouble en France a montré que le TPM était rarement rencontré par les psychologues et les psychiatres interrogés. Ceci serait aussi probablement lié aux représentations très différentes qu'ils ont du trouble par rapport à leurs confrères nord-américains.

• « Inner Self Helper » (ISH) : une entité intérieure de guidance

Le concept d'Inner Self Helper (ISH) a été élaboré en 1977 par Ralph Allison, psychiatre américain, pour rendre compte de l'existence d'une entité autonome ayant une fonction d'auto-assistance interne et de collaboration avec le thérapeute. Présente depuis la naissance, asexuée, l'ISH ne serait capable que d'amour, connaîtrait l'histoire passée, y compris les vies antérieures de la personne, et serait chargée d'agir en guide et protecteur pour elle. L'ISH peut, si nécessaire, créer de nouvelles personnalités dites « ISH », pour servir des objectifs particuliers, notamment lors de la thérapie, mais demeure toujours au sommet de la hiérarchie des multiples personnalités. Les ISH, qui ont pu s'exprimer à travers le discours des patients, affirment être l'essence même de l'individu ; sans leur présence, il ne resterait de ces gens que le corps physique, comme un réceptacle vide (Allison R., 1980).

Au sujet des ISH, Mulhern (1991) met les thérapeutes en garde quant à leurs propres croyances, susceptibles de susciter l'adhésion et de modeler l'expérience de leurs patients. Elle rapporte que certains thérapeutes trouvent des ISH parmi les personnalités alternantes de l'ensemble de leurs patientes, tandis que d'autres n'en trouvent que rarement.

Depuis le début des années 1980, le concept d'ISH n'a cessé de se développer sur la base de nombreuses observations corroborant les premiers travaux d'Allison, et donnant lieu à l'expansion de thérapies spécialisées. Selon Mulhern (2006b) il existerait aujourd'hui dans les

pays anglo-saxons des thérapeutes laïcs et scientifiques, d'un côté, et des thérapeutes spiritualistes de l'autre. Ces derniers s'érigeraient contre la tendance exercée par les premiers, tendance encore largement dominante en France. William Baldwin développe ainsi la méthode de « Spirit Releasement Therapy » (Baldwin, 1992), thérapie de dépossession des esprits, et fait de nombreux adeptes, en postulant l'existence de vies antérieures explorables sous hypnose.

Au-delà de simples différences d'approche, certains thérapeutes considèrent avoir à faire à des entités réelles, et non pas seulement psychiques (Crabtree A., 1985, Noll R., 1992). Il est intéressant de voir comment certaines représentations culturelles propres à certains milieux contemporains occidentaux peuvent rejoindre celles des sociétés dites traditionnelles.

* * *

Un aperçu historique des derniers siècles en Europe a pu nous montrer la façon dont se sont constituées les différentes théories médicales au sujet de phénomènes qui suscitaient essentiellement une lecture religieuse ou en tous les cas surnaturelle. Toutefois, à chaque époque, les grilles de lecture médicales dites scientifiques et celles de la religion ou de l'occultisme ont coexisté, l'une n'annulant pas l'autre. Cette coexistence des systèmes d'interprétation dans une population donnée est particulièrement visible aujourd'hui aux Etats-Unis où les thérapeutes ont aussi à s'affilier à l'une des deux positions possibles : laïque ou religieuse.

L'autre enseignement important de ces récits de transe et possession démoniaques dans nos cultures est qu'il s'agit toujours d'un même modèle de comportement. Les gestes et les attitudes se répètent à travers les siècles avec une constance qui peut laisser penser qu'il existerait un modèle se reproduisant inconsciemment. Dans une perspective transculturelle, on pourrait se poser la question de l'existence ou non d'un modèle universel de la transe.

B - Approche anthropologique : transe et possession dans les cultures extra-occidentales

Bourguignon (1968, 1973) estimait déjà que parmi les 488 sociétés qu'elle a pu étudier à travers le monde, 52 % pratiquent la possession de façon institutionnalisée, et 90 % ont une pratique culturellement institutionnalisée d'au moins un état de conscience modifié.

L'étude des manifestations extra-occidentales du phénomène peut éventuellement nous renseigner sur l'existence de constantes dans les formes de la transe et de la possession, mais aussi dans leurs logiques. Les anthropologues envisagent les phénomènes toujours en rapport avec la culture de l'individu. Transe et possession individuelles peuvent alors remplir certaines fonctions au niveau collectif. Ces fonctions pourraient-elles aussi opérer comme des constantes stables d'une culture à l'autre ? La question se pose de façon plus aiguë encore dans le cas des migrants, population touchée par le TDT dans nos sociétés.

Les anthropologues et les ethnologues ont eux aussi parfois proposé des explications psychopathologiques sur la transe. Il nous semble utile de prendre connaissance de celles-ci, autant pour leurs contributions que pour leurs limites.

1. Description de la transe selon Gilbert Rouget (1980)

Nous retiendrons celle-ci, car elle nous semble assez systématique et, tout comme le DSM, élaborée sur une base non pas phénoménologique, mais descriptive, ce qui peut permettre de les comparer l'une à l'autre.

Les manifestations de la transe se diviseraient selon lui en deux catégories :

1. les symptômes, moins élaborés, peu liés à la culture :
 - rétrécissement de la conscience ;
 - les tremblements, convulsions, chutes, évanouissement, léthargie, yeux exorbités, protraction de la langue, paralysie, anesthésies diverses, parler des langues non apprises ;
 - amnésie.

2. les conduites, plus élaborées, d'avantage liées à la culture : elles symbolisent généralement l'intensification d'une faculté, un dépassement de soi, révélé par certaines aptitudes extraordinaires (Kiev, 1961) :
 - marcher sur des braises, se transpercer le corps ;
 - voir sa force décuplée, réaliser des acrobaties, émettre des cris inhumains ;
 - parler des langues non apprises ;
 - guérir des maladies ;
 - connaître l'avenir ;
 - être possédé par les dieux.

2. Adorcisme, exorcisme et chamanisme

Parmi les types rapports que l'on peut établir avec l'agent une fois que celui-ci a pris possession de son hôte, Lapassade (1997) distingue adorcisme et exorcisme.

• Adorcisme

C'est un processus d'alliance. Il passe par un culte envers l'esprit possesseur, marquant un signe de respect et permettant d'entrer dans une négociation avec l'invisible en instaurant un échange bilatéral fructueux.

Généralement, la première transe de la personne ne permet pas d'identifier précisément l'esprit. Cette identification passe par une initiation, phase de reconnaissance de l'esprit, phase thérapeutique également. Une fois achevée, l'initiation permet à l'individu de s'orienter éventuellement vers la profession de voyant ou de médium, puisant dans de nouvelles capacités acquises de guérison et de communication.

L'adorcisme fait de la possession une ressource pour l'individu qui se réconcilie et fait alliance avec l'entité surnaturelle. Pour maintenir l'alliance, l'individu est tenu lors de cette phase de se soumettre à certaines contraintes : effectuer de nouveaux rituels, porter une marque, etc.

Bastide (1972) précise plusieurs points concernant l'adorcisme et l'initiation. La première transe s'apparente à la maladie, elle est dite « sauvage » dans le sens où l'on ne sait pas encore quel esprit elle engage (appelé dieu *bossal* en Haïti). Elle est encore mise en forme sans contenu, pure matrice. L'initiation est l'occasion d'un apprentissage par des transes provoquées et contrôlées par un prêtre. Ce processus d'identification (le dieu *bossal* devient dieu *baptisé*) et de maîtrise de la transe, Bastide le voit comme une socialisation du phénomène, à présent contrôlé par la société, soumis à ses normes, ses conventions, et servant le bien de la communauté.

• Exorcisme

D'autres agents de possession, d'une autre nature, ne sont pas désirés et ne font pas l'objet d'un culte. Ils sont considérés comme pathologiques et doivent donc être expulsés pour permettre la guérison. La réponse thérapeutique à ce type de possession est l'exorcisme, effectué par d'anciens possédés.

• Chamanisme

La figure du chamane retrouvée dans les cultures centre-asiatiques et amérindiennes est celle d'un intermédiaire entre les hommes et les esprits. Il peut être à la fois prêtre, magicien, sorcier et devin, et participe à ce titre à l'équilibre de la communauté. Suite à une élection, vécue comme un véritable fléau, et pouvant passer par une maladie initiatique, un rêve ou une expérience à forte portée symbolique, c'est l'initiation, épreuve exténuante et apprentissage semé d'embûches, qui confère ses pouvoirs au chamane. Cette phase comporte fréquemment des épisodes de transe spectaculaires.

Contrairement au « possédé » qui est « monture des dieux », lieu de l'entrée des esprits du monde invisible dans le corps, le chamane-guérisseur quitte son corps, voyage et part à la recherche des âmes perdues pour les restituer à ceux qui s'en seraient trouvés dépossédés (Eliade M., 1951). De Heusch (1962) rapproche cette opération de celle de l'adorcisme.

3. Fonctions individuelles et collectives de la transe et possession

• Fonctions générales de la transe

Bastide (1972) réalise une typologie de ces fonctions dont les plus explicites sont :

- médium entre le sacré et le profane, entre les dieux et les hommes, participant à l'harmonie du cosmos et de la société ;
- prophétie, divination, révélation d'un futur notamment néfaste (Bourguignon E., 1968) ;
- guérison des maladies.

D'autres fonctions sont moins explicites :

- reconstitution des solidarités familiales mises à mal par les changements de structure sociales (après la migration notamment) ;
- revanche des groupes opprimés et changement de statut, notamment des femmes par rapport aux hommes ;
- récupération et condamnation simultanée de certaines valeurs du colonisateur (Rouch J., 1952) ;
- catharsis, à la façon du psychodrame (Ribeiro R., 1952) ;
- utilisation de la prophétie pour justifier les orientations politiques (dans les sociétés à chefferie ou royauté).

Bastide distingue donc :

- les fonctions d'attestation et d'affirmation de l'ordre préexistant ;
- les fonctions de contestation et de compensation, génératrices d'un nouvel ordre.

Il note que ce dernier type de fonction semble dominer les cultes de possession établis suite à la migration vers l'Amérique de populations africaines, occupant généralement les couches inférieures de la société.

Par ailleurs, il relie l'émergence de nouveaux cultes de possession à certains contextes sociaux particuliers :

« Dans les zones où ces cultes n'existaient pas, ils s'introduisent selon les lignes des plus fortes tensions sociales, entre sexe, entre strates, entre ethnies coexistant sur un même territoire ; il faut que le besoin de possession soit ressenti (au moins sous une forme confuse) pour que le culte puisse s'implanter là où il n'était pas connu. Il ne peut s'agir d'une simple imitation mécanique » (Bastide R., 1972 : 110).

• La notion de culpabilité

On a souvent proposé un lien entre certaines pratiques rituelles et la possibilité d'un sentiment de culpabilité lié à différents facteurs, comme la colonisation ou la conversion religieuse, responsables d'un abandon relatif des valeurs ancestrales.

Dans son film *Les maîtres fous*, Jean Rouch (1952) montre bien ce type de tensions mises en scène à travers un culte né du choc des valeurs ancestrales avec celles du colonisateur britannique.

Bastide invoque également la culpabilité liée à l'islamisation chez certains peuples d'Afrique, se traduisant par le glissement d'un culte initialement lié à la bonne marche de l'univers vers un

culte de guérison ; les esprits ancestraux dont le culte aurait été délaissé et dévalorisé continueraient en effet de se manifester en provoquant la maladie.

Enfin, l'auteur souligne que la transe réapparaît dans des sectes protestantes des pays anglo-saxons, associée à certaines techniques de prédication et à l'intensification du sentiment de culpabilité autour de la notion de péché.

• Niveau individuel et collectif de la transe

Si les aspects collectifs de la transe sont évidents, il n'en demeure pas moins qu'elle recouvre des significations individuelles toujours singulières.

Mulhern (2006a) voit en effet dans la possession autant l'expression possible d'une souffrance individuelle que le façonnage et le refaçonnage d'une mémoire culturelle ; elle permettrait la traduction d'informations et de conflits censurés, tout en préservant le tissu culturel et institutionnel.

Transe et possession se situeraient donc à l'interface du domaine privé et du domaine public, offrant à l'individu se présentant comme dépossédé d'une intention propre, un schéma de comportements suivant des règles apprises (en particulier au cours de l'initiation) et comprises comme vecteur d'un message intelligible au sein de sa communauté.

Bourguignon (1976) distingue bien :

- la transe, expérience individuelle ;
- la possession, phénomène collectif, reprenant la première à travers des représentations culturelles partagées.

La possession aurait donc une fonction d'arbitrage et de médiation de conflits refoulés à un double niveau : individuel et social.

Kleinman (1988a) estime que les patients ont tendance à choisir des symptômes culturellement acceptables, qui leur permettent de légitimer leur souffrance subjective tout en évitant de révéler des expériences et des comportements que les thérapeutes pourraient, selon leurs propres critères, interpréter comme la preuve d'une aliénation mentale irréversible.

Toutes ces remarques nous conduisent à formuler l'hypothèse que transe et possession, en tant que *pattern* de conduites culturellement codées, peuvent dans certains cas être la mise en forme d'une souffrance individuelle.

Cette hypothèse est confirmée par les travaux de Devereux (1970) et de Linton (1936) concernant les « modèles d'inconduite ».

4. Transe normale et transe pathologique

Les chercheurs qui se sont intéressés à la transe et à la possession ont toujours cherché à en établir des typologies, mêmes minimales. La première distinction consiste à séparer le pathologique du normal, ce qui n'est pas sans poser certaines difficultés.

Une façon différente de poser le problème consiste à distinguer les trances de possession « volontaires » des trances de possession non volontaires ou « spontanées » (Oesterreich T.K., 1966, Bourguignon E., 1992), les états « positifs » des états « négatifs » (Bourguignon E., 1968), les états « sollicités » des « non sollicités » (Lewis I.M., 1971).

Oesterreich (1966) est aussi connu pour sa typologie entre :

- « possession hystérique » ou « somnambulique », qui voilerait la plus grande partie de la conscience de l'individu ;

- « possession obsessionnelle » ou « lucide », état plus persistant, laissant la personne assister passivement à des phénomènes qu'elle ne contrôle pas, ainsi qu'à la présence d'une entité d'origine externe.

Jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, il était courant de considérer possession et transe ritualisées comme des manifestations pathologiques ou l'expression de déséquilibres mentaux.

À propos de la pratique du *candomblé* au Brésil, Rodriguès (1935) assimilait la possession à un état hystérique.

Dorsainvil (1931) voyait, quant à lui, dans la pratique du vaudou haïtien, la preuve d'une « psychose raciale héréditaire ».

Lima et de Oliveira (Bastide R., 1972), au terme d'une enquête effectuée sur une confrérie de Bahia, disent reconnaître parmi les individus possédés 50 % de cas pathologiques : « psychopathie, schizophrénie, paraphrénie, manie, simulateurs et retardataires pédagogiques ».

À l'opposé, Herskovits (1937, 1943), Métraux (1958), Ribeiro (1952) et Bastide (1960) réfuteront tous cette vision stigmatisante et réductrice, relevant sans doute d'un certain ethnocentrisme, ainsi que du plaquage de notre propre grille de lecture des « épidémies démoniaques » en Europe des siècles derniers, dont on a pu penser qu'il s'agissait d'une forme contagieuse d'hystérie.

Il apparaît d'ailleurs que transe et possession dans les contextes traditionnels ne se constituent pas en épidémie ; bien au contraire, elles sont contrôlées et soumises à un cadre extrêmement rigoureux, contraignant, et dont on se doit ne pas franchir les limites. Bastide (1972 : 118), pour cette raison parle d'« anti-transe » concernant les cultures africaines et afro-américaines.

Ces auteurs voient dans ces rituels tout au plus une façon efficace et opérante de maintenir l'équilibre psychologique et social d'un groupe, et non pas l'expression d'un trouble psychiatrique de masse.

S'ils consentent à articuler la psychopathologie aux pratiques rituelles, c'est dans le sens que Rouget entend par « hystériorité » :

« Les conduites hystérioritaires affichées par les possédés ne constituent pas les troubles que l'on cherche à guérir, mais bien au contraire le remède aux troubles plus profonds et d'un autre ordre dont souffre le malade, disons à l'adversité qui le frappe. La possession doit alors être vue comme une thérapeutique de l'adversité mettant en œuvre une hystérie institutionnalisée, ou si l'on préfère, une socialisation de l'hystérie » (Rouget, 1980 : 305).

Le mal à exorciser serait donc d'un ordre plus personnel, même s'il passe par une figure surnaturelle externe.

Bastide nous rappelle que les conceptions « psychiatriques » des années 20 ont été remplacées depuis les années 1970 par des conceptions « psychothérapeutiques » ; alors que l'on voyait dans ces rituels une « culture » du pathologique, générant elle-même la cause de sa morbidité, on verrait depuis quelques années dans ces pratiques une réponse thérapeutique à des troubles mentaux ayant d'autres causes (Bastide R., 1972 : 90).

* * *

Certains objets tels que le TDT, en tant que phénomènes pathologiques profondément ancrés dans la culture de l'individu, mettent en forme de façon évidente la dimension culturelle d'un trouble psychiatrique.

Ces quelques repères anthropologiques sur les formes de la transe dans les sociétés traditionnelles nous montrent combien des perspectives différentes sur un même phénomène, plutôt que de s'annuler, se complètent et s'enrichissent mutuellement, alors que prises séparément elles montrent chacune leurs limites.

C - Approche psychopathologique

Nous allons à présent aborder les principales théories psychopathologiques servant de référence pour l'étude des phénomènes que le DSM appelle « dissociatifs ».

Les différents points de vue actuels sur la dissociation nous ramènent généralement aux deux lignées théoriques fondatrices que sont celles de Freud et de Janet. Si ces deux auteurs concevaient les états seconds, les personnalités doubles et les états hypnoïdes comme des syndromes appartenant à l'entité psychopathologique de l'hystérie, le concept de dissociation, tel qu'il est employé aujourd'hui, fait rarement référence à une théorie psychodynamique explicite. Au contraire, par sa souplesse théorique, il autorise de nombreuses définitions psychopathologiques, ce qui le rend sans doute si populaire, mais affaiblit aussi sa force explicative.

1. Freud : la thèse du conflit psychique inconscient

Sigmund Freud rend visite successivement à Charcot puis à Bernheim, mais se range du côté de Charcot, estimant que si l'hypnose est un phénomène universel, il n'en n'est pas moins pathologique. Cette tendance aux états hypnoïdes constitue d'ailleurs selon lui un élément fondamental de l'hystérie.

Breuer et Freud présentent au sein d'un même ouvrage, *Etudes sur l'hystérie* (1895), leur expérience clinique respective de « personnalités doubles » : Anna O. et Emmy von N.

Selon Breuer, le fondement, la condition nécessaire d'une hystérie est l'existence d'états hypnoïdes. L'ami de Freud formule quelques conclusions :

- l'« hystérie hypnoïde » résulte de l'impossibilité d'intégration au reste du psychisme de certaines représentations liées au traumatisme, formant ensuite un groupe psychique inconscient capable d'effets pathogènes. Cette impossibilité d'intégration résulterait d'un état hypnoïde similaire au moment même du traumatisme ;
- l'« hystérie de rétention » est consécutive à l'impossibilité d'abréagir certains affects. Breuer expose la méthode « cathartique » (suggérée par la patiente Anna O. elle-même sous l'expression « ramonage de cheminée »), consistant en l'abréaction sous hypnose d'une certaine charge d'affects ignorés du sujet, car associés à un souvenir refoulé de traumatisme.

Freud, quant à lui, se distingue notablement de Breuer sur plusieurs points :

- il abandonne progressivement la méthode cathartique et l'hypnose (ayant l'une comme l'autre des résultats limités) pour la méthode dite des associations libres, préfigurant la technique psychanalytique ;
- il favorise le concept d'« hystérie de défense », résultant des défenses exercées contre des représentations risquant de déclencher des affects pénibles ;
- il place au centre de la problématique de l'hystérie la notion de conflit psychique et suppose sa nature éminemment sexuelle. Charcot, sans jamais l'avoir mentionné publiquement, avait sans doute déjà repéré ce contenu sexuel latent (Lepastier S., Allilaire J-F., 2006).

Cette désolidarisation de Freud par rapport à Breuer est pour lui l'occasion de jeter les bases de sa théorie psychanalytique sur les névroses.

Freud place au point de départ l'existence d'une représentation psychique liée à une charge affective trop importante nécessitant, pour devenir tolérable, qu'opèrent les mécanismes de défense du *Moi* - le principal mécanisme, dans l'hystérie, étant le refoulement. C'est la force de l'inconscient qui domine cette conception, ainsi que l'existence du conflit intrapsychique entre des motions pulsionnelles inconscientes et les exigences du *Moi*.

Le symptôme est conçu comme un rejeton de l'inconscient, le refoulement s'avérant souvent défaillant ; il contient donc un sens à décrypter, ce qui est le travail de l'analyste, et qui nécessitera de faire affleurer les couches les plus profondes et significatives de l'inconscient, dans le sens régrédient d'un retour à la cause de la pathologie.

La thèse traumatique et notamment la théorie de la séduction est prépondérante dès ses premiers écrits sur l'hystérie, mais va progressivement se nuancer et passer au second plan dans ses écrits futurs.

C'est devant les nombreux témoignages de patientes hystériques rapportés au cours de leur cure analytique que Freud estime un temps tenir la principale explication psychopathologique de l'hystérie. Les patientes rapportent régulièrement des scènes de séduction infantile de la part de leur père. Le traumatisme serait donc de nature incestueuse.

Ce traumatisme s'effectuerait en fait en deux temps : le premier temps est celui de la séduction proprement dite et a la caractéristique d'un événement sexuel « présexuel », apporté de l'extérieur à un sujet qui est avant la puberté incapable d'émotion sexuelle. Il n'y aurait pas de refoulement au moment même de l'événement, du fait de l'absence d'excitation interne et de l'incapacité d'intégration de l'expérience.

C'est dans un second temps (après la puberté) qu'un autre événement, n'ayant en lui-même pas nécessairement de caractère sexuel, mais lié par certaines associations au premier, provoquerait un afflux d'excitations internes difficilement supportable, conduisant au refoulement du souvenir de la première scène. Le traumatisme serait en fait d'avantage lié au souvenir de l'événement qu'à l'événement lui-même.

Face à un tel traumatisme, le mécanisme de refoulement défensif est déployé dans la limite de ses capacités. S'il est insuffisant, le psychisme submergé peut encore avoir recours à un autre mécanisme défensif : la dissociation. Cette théorie du trauma, activé par le souvenir d'un événement ancien alors passé inaperçu, est condensée dans cette formule célèbre : « C'est surtout de réminiscences que souffrent les hystériques » (Breuer, Freud, 1895 : 5).

Cependant, dès 1897, dans une lettre à Fliess, et d'avantage encore dans les années qui suivent, Freud nuance cette première hypothèse du traumatisme supposé réel. La scène de séduction serait en fait fantasmée ; Freud déduit de son auto-analyse que ses propres biais inconscients (le déni de ses propres désirs inconscients pour sa mère lorsqu'il était enfant) lui avaient fait prendre pour réel ce qui relèverait en fait d'un fantasme universel. Ce fantasme s'intègre dans le « complexe d'Œdipe » (Freud, 1910) - désir sexuel inconscient pour le parent de sexe opposé, et désir inconscient d'éliminer le parent de même sexe dans sa forme directe ou positive et vice-versa dans sa forme inversée ou négative.

Freud et Breuer (1895) avaient déjà noté l'importance de l'activité fantasmatique de leurs patientes hystériques dans des états hypnoïdes ou oniroïdes.

Freud dit peu de choses de la possession ; il la rapproche en tous les cas de l'hystérie. A propos des démonopathies des siècles passés, il avance :

« Nous n'avons pas à être étonnés que les névroses de ces temps précoces entrent en scène sous un vêtement démonologique, tandis que celles du temps présents, non psychologique, apparaissent sous un vêtement hypocondriaque, déguisées en maladies organiques. Plusieurs auteurs, Charcot en tête, ont identifié dans les présentations de la possession et du ravissement, telles que l'art nous les a léguées, les formes de manifestation de l'hystérie ; il n'aurait pas été difficile de retrouver dans les histoires de ces malades les contenus de la névrose, si on leur avait alors accordé plus d'attention » (Freud, 1923 : 217).

Dans *Une névrose démoniaque au XVII^e siècle* (Freud, 1923 : 217 et suivantes), il rapporte le cas de Christoph Haitzmann, peintre bavarois ayant présenté des épisodes répétés s'apparentant à son époque à une possession démoniaque.

L'histoire commence par une dépression mélancolique consécutive à la mort de son père, le plongeant aussi dans une grande difficulté matérielle. Haitzmann aurait alors conclu d'après ses dires un pacte avec le Diable pour neuf ans, ce qui l'aurait un temps protégé. A l'approche de l'échéance du pacte, les crises apparaissent brutalement, se composant de convulsions effroyables, de paralysies transitoires et de visions très riches, mettant en scène un homme se transformant en Diable affublé d'organes génitaux des deux sexes. Les tentatives d'exorcismes s'avèrent insuffisantes ; il est bientôt pris d'autres crises semblables à des absences et des extases de plusieurs heures, le mettant cette fois en contact avec des figures divines. Les crises diminuent nettement lorsqu'il s'engage dans les ordres, décision liée aux dernières visions qu'il a eues.

La lecture de Freud voit dans la figure du Diable comme dans celle du Christ un substitut direct du père, vis-à-vis duquel il aurait de son vivant nourri des liens ambivalents. La figure du père étant à la fois persécutante et protectrice, la période d'accalmie (de neuf ans) de ses symptômes correspondrait à celle du pacte établi avec cette première réplique du père qu'est le Diable. C'est en se soumettant aux injonctions de la deuxième figure du père (le Christ) que Haitzmann voit ses symptômes en partie disparaître.

Freud souligne également les bénéfices que présente l'éclosion de la névrose dont les symptômes bruyants dissimulent les soucis de la vie réelle ; Haitzmann ne pouvait plus vivre de sa peinture au moment où les troubles éclatent.

Ce cas décrit par Freud a suscité des commentaires souvent critiques.

Mac Alpine et Hunter (1954) voient dans la pathologie de Haitzmann une schizophrénie paranoïde.

Tobie Nathan (1986a) conteste la hiérarchie établie par Freud entre les trois niveaux théoriques que sont :

- la psychanalyse (qui serait la moins projective) ;
- la théorie démonologique (qui a conservé certains aspects sexuels des désirs refoulés) ;
- la théorie somatique contemporaine de Freud (projetant toute la problématique du désir dans les lésions somatiques en la faisant disparaître de la conscience).

Nathan reconnaît à Freud le mérite d'avoir souligné la capacité d'une théorie de « modeler » les signes extérieurs de la maladie à laquelle elle fait référence.

Il note enfin la concordance entre :

- le niveau culturel : un agent externe (Dieu / Diable) habitant l'hôte ;
- le niveau clinique : les mécanismes d'introjection-incorporation du deuil pathologique (Freud S., 1917) et les fantasmes de grossesse masculine découverts en clinique (Freud S., 1911 et 1918).

2. Janet : la théorie dissociationniste

Il y aurait conjointement deux types de fonctionnement de l'esprit (Janet P., 1889) :

- les activités psychiques préservant et reproduisant le passé (fonctionnement automatique) ;
- celles dirigés vers la synthèse et la créativité (fonction de synthèse).

Le fonctionnement psychique normal naît de l'intégration des deux types d'activités entre elles, intégration organisant le « présent ».

A l'inverse, l'hystérique souffrirait d'une perte de sa capacité d'intégration psychique, favorisant les automatismes, et par là, les activités psychiques tournées vers le passé, en particulier vers les souvenirs traumatiques.

Les crises hystériques rejoueraient donc un événement traumatisant passé.

Dans certains cas, les éléments psychiques ainsi dissociés les uns des autres ont tendance à s'organiser entre eux, produisant même une personnalité complète et distincte de la première, ayant sa propre histoire, et capable dans certains cas observés, de volonté et de jugement critique ; c'est le concept de « personnalité alternante », lorsque l'une et l'autre alternent chez une même personne.

Pierre Janet, à qui Charcot a confié le laboratoire de psychologie expérimentale de la Salpêtrière, décrit dans ses ouvrages de nombreux cas de dédoublement de personnalité, qu'il rattache comme ses contemporains à l'hystérie (1911).

Janet se distingue cependant de Freud en voyant dans le mécanisme dissociatif le phénomène central de l'hystérie. De cette désagrégation initiale découleraient les autres symptômes de l'hystérie et notamment les troubles de la mémoire, l'amnésie hystérique dont il souligne le caractère atypique et variable, la conservation d'automatismes sans contrôle vigile (sommambulisme) et la suggestion.

Par ailleurs Janet propose de voir en la dissociation la conséquence d'une double « vulnérabilité » :

- la première serait innée, à la façon d'une névropathie héréditaire, cause d'une faiblesse psychique fondamentale ;
- la seconde serait acquise, c'est le traumatisme moral.

Janet explique que ce dernier a une action dissolvante sur l'esprit, diminuant sa synthèse et le rendant momentanément misérable (Janet P., 1889 : 444). Sa thèse de philosophie sur l'automatisme psychologique comporte le sous-titre : *Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de la vie mentale* (1889).

C'est lui qui élabore le concept de « désagrégation psychologique », plus tard nommé « dissociation », rendant compte de ce défaut de synthèse, de la division de la personnalité ou « dédoublement » de la personnalité constituant le cœur de l'hystérie. Mais au-delà de

l'hystérie, Pierre Janet conçoit cette désagrégation psychologique comme un processus portant en lui les clefs d'une compréhension générale de l'esprit. Il en déduit ainsi au fil de ses travaux un modèle du fonctionnement psychique, basé sur les notions de « force » et de « faiblesse » (Janet P., 1889 : 444).

Janet élabore encore le concept d'« idées fixes » (1898) : certaines pensées et images mentales liés aux traumatismes passés, hyperchargées affectivement, peuvent s'isoler de la conscience pour demeurer dans le « subconscient » (terme propre à Janet).

Ces idées fixes peuvent aussi dominer la conscience et déterminer certains comportements. Elles se manifestent enfin par les pensées intrusives et les réminiscences traumatiques (*flashbacks*). Ces idées fixes sont capables de se combiner entre elles aussi bien qu'avec des impressions nouvelles.

En toute logique, le traitement est donc de « liquider » l'idée fixe, le souvenir, par une autre dissociation, « thérapeutique » cette fois. Mais Janet renonce plus tard à ce procédé qui provoquerait selon lui des cicatrices psychologiques, pour se focaliser sur le phénomène des réminiscences traumatiques.

La dissociation est avant tout « dissociation des fonctions » (Janet P., 1909).

Schwartz, son disciple, résume :

« Dans l'hystérie toutes sortes de phénomènes restent dissociés, qu'il s'agisse d'idées fixes, d'expressions verbales, de fonctions des membres ou de certaines fonctions visuelles. Dans tous ces cas, la fonction dissociée reste à peu près intacte : le souvenir persiste malgré l'amnésie apparente, l'usage de la parole, la marche se manifestent dans les rêves et états somnambuliques, malgré la mutité et la paraplégie à l'état normal ; pour Janet cette conservation des fonctions en état de dissociation est caractéristique de l'hystérie ; dans les autres maladies mentales la dissociation est d'ordinaire plus complète et les fonctions cessent d'exister sous une forme aussi parfaite » (Schwartz, 1955 : 324).

Janet présente plus tard (1932) sa conception d'une hiérarchisation des fonctions du réel selon le contrôle plus ou moins volontaire que l'on peut exercer sur elles, modèle à cinq niveaux (trois supérieurs et deux inférieurs) :

- fonction du réel : appréhension de la réalité extérieure et intrapsychique ;
- activités désintéressées, routinières et automatiques ;
- fonction imaginative : raisonnement abstrait, rêverie ;
- réactions émotionnelles ;
- mouvements musculaires inutiles.

Dans ce cadre, la dissociation est vue comme la dissolution de ces fonctions hiérarchisées, touchant d'abord les fonctions supérieures qui impliquent un haut degré d'investissement dans la réalité.

Janet concentre ses travaux sur le phénomène de la dissociation et ses nombreuses manifestations cliniques.

Si Janet développe le concept de « subconscient », à rapprocher de l'inconscient de Freud, c'est la faiblesse du conscient qui domine sa conception, ainsi que la responsabilité d'un traumatisme initial avéré, et non pas fantasmé comme l'affirme Freud.

C'est sur ce dernier point que réside la différence la plus significative entre les deux théories.

3. La dissociation constitue-t-elle un concept suffisamment défini ?

Jureidini (2004) pose une double question :

- la dissociation « pathologique » s'appuie-t-elle sur un substrat neurophysiologique connu ?
- la dissociation offre-t-elle une explication utile d'un point de vue psychopathologique ?

C'est en s'appuyant sur une revue de la littérature abondante que l'auteur répond par la négative à ces deux questions. Il conclue à l'absence de spécificité suffisante entre les états dissociatifs dits « pathologiques », les états dits « normaux », et parmi ces derniers, entre l'hypnose provoquée ou auto-induite, les « états de conscience modifiée » en général et particulièrement ce qu'on appelle « transe ».

Concernant l'hétérogénéité du concept de dissociation et l'immense variété des phénomènes qu'il couvrirait, citons l'article de Ludwig (1966) sur les « états de conscience modifiée » (*Altered States of Consciousness*), couvrant toutes sortes d'expériences possibles aux déterminations intrapsychiques et aux enjeux sociaux extrêmement variés. Ludwig en arrive à considérer le syndrome dissociatif lui-même, en dehors du fait qu'il soit pathologique ou non, comme une « voie finale commune » pour une vaste palette d'expériences et d'expressions possibles du psychisme humain.

Peters et Price-Williams (1983) dans une approche phénoménologique, dressent un inventaire impressionnant des différentes interprétations auxquelles ont donné lieu ces états de conscience modifiée, qui compteraient au moins une vingtaine de types différents.

Jureidini (2004) voit justement dans cette pléthore d'états dissociatifs possibles, l'impossibilité d'en faire un état de conscience spécifique, s'inscrivant dans un cadre psychopathologique suffisamment unifié. S'il reconnaît la forte fiabilité du trouble (la capacité à identifier objectivement le *pattern* symptomatique), il déplore sa trop faible validité (*cf.* chapitre I-C-2), étant donnée l'absence d'une conceptualisation sous-jacente assez claire. Il dénonce par là cette tendance caractéristique du DSM de définir des catégories diagnostiques sur des critères opérationnels, comme s'il s'agissait d'entités naturelles.

Jureidini réfute l'idée d'une valeur explicative intrinsèque généralisable, qui serait comme contenue dans le phénomène dissociatif. Il estime plus féconde l'approche phénoménologique, basée sur une compréhension globale de la dissociation, à la fois personnelle (implications des symptômes au niveau individuel, histoire du patient) et interpersonnelle (rôle social).

La conception actuelle la plus répandue concernant les troubles dissociatifs, loin des positionnements radicaux adoptés dans le passé, montre une certaine prudence. Cardeña (1992) la résume ainsi : les troubles dissociatifs résulteraient de la combinaison entre un terrain individuel prédisposant et un déclencheur environnemental consistant en un stress sévère ou un trauma (récent ou ancien). Ce trauma ne serait donc pas une condition nécessaire au déclenchement d'un trouble dissociatif.

D - L'ethnopsychiatrie : une méthode complémentariste

Chaque discipline a ses propres méthodes et concepts fondamentaux. La psychiatrie s'organise autour de l'axe du normal et du pathologique alors que l'anthropologie considère les rapports réciproques entre un individu et sa culture. Le TDT, entre le niveau psychologique idiosyncrasique et le niveau culturel, pourrait bénéficier de l'apport de chacune de ces disciplines. L'ethnopsychiatrie, par son approche complémentariste, peut permettre de combiner les niveaux de savoir. Nous allons à présent en étudier les principes fondateurs, posés par Georges Devereux. Nous aborderons ensuite certains travaux d'Ifrah et de Nathan, qui nous semblent contribuer à la compréhension du TDT. Enfin, une brève présentation de l'outil EMIC nous permettra d'envisager un moyen d'articuler en pratique les conceptions médicales et les représentations locales de la maladie.

La multiplicité des interprétations possibles de la transe peut générer une certaine angoisse ; Devereux (1972) avait bien décrit ce phénomène, qui peut survenir lorsque l'on tente de comprendre des phénomènes étrangers à sa propre culture.

Pour remédier à cette angoisse, il nous semble utile de rappeler deux cas de figures bien distincts :

- les trances et possessions ritualisées, institutionnalisées, s'intégrant dans un cadre social bien codifié, avec ses normes et conventions ;
- les trances et possession survenant en dehors de ce cadre, et/ou présentant un certain nombre de traits permettant de dire qu'elles relèvent d'un « trouble ».

Le DSM s'intéresse au deuxième type de phénomène. Il rappelle que celui-ci concernerait majoritairement dans nos sociétés des individus migrants.

Pour cette raison, la connaissance de l'expression, des significations et des fonctions de la transe dans son contexte rituel nous a semblé pouvoir être utile, dans la mesure où elle constitue un cadre de référence dont certains éléments saillants (expression symptomatique) et certaines fonctions psychodynamiques (défenses) ou relationnelles (redéfinition des rôles dans un groupe) peuvent être repris dans une expérience psychopathologique.

Il s'agit bien d'articuler l'influence de phénomènes culturels – qui relèvent de l'anthropologie, et dont on ne s'occupe pas de savoir s'ils sont normaux ou non – sur un certain type d'expériences de la souffrance - qui relèvent de la psychiatrie.

Il faut donc concevoir une méthode capable d'articuler ces deux niveaux épistémologiques différents, que sont celui de la culture (anthropologie) et celui de la clinique (psychiatrie et psychopathologie).

Cette méthode est celle de l'ethnopsychiatrie, qui consiste à connaître les mécanismes généraux qui déterminent l'usage normal et anormal que l'homme peut faire de la culture.

« [L'intervention de l'ethnopsychiatre] est indispensable dans tout travail diagnostique, car sa formation spécifique le rend capable de juger de la normalité ou de l'anormalité culturelle des manipulations ou ré-interprétations que le patient fait subir aux matériaux culturels et de la façon dont il les utilise » (Devereux G., 1970 : 105).

• Le fondateur : Georges Devereux

a. Une méthode originale

Dans *Totem et tabou*, Freud (1911) posait déjà la question des interactions entre la culture et le psychisme individuel. Depuis, nombre d'anthropologues, psychiatres et psychanalystes ont tenté d'articuler les savoirs et les méthodes, déterminant deux grandes approches :

- perspective comparatiste : procédant par comparaison entre les groupes culturels, recherchant les invariants comme les singularités, comparant le normal et le pathologique de tel groupe avec tel autre. Tous ces éléments sont toutefois posés comme une coloration de la relation clinique, le noyau (la partie efficiente) étant le même que celui qu'on établirait en situation intraculturelle (Moro M.R., 2003) ;
- perspective complémentariste : initiée par Devereux, étudiant les interactions réciproques entre clinique et culture, reposant sur une méthode utilisant de façon complémentaire anthropologie et psychiatrie. Devereux s'oppose en particulier au culturalisme, qui voit dans la culture une réalité *sui generis*, extérieure et supérieure aux individus.

A la fois ethnologue, psychiatre et psychanalyste, Georges Devereux (1968, 1970, 1972) fonde l'« ethnopsychanalyse », encore appelée « ethnopsychiatrie », selon la dimension soulignée. Plutôt qu'une théorie, il s'agit d'une méthode ; son fondement épistémologique est celui du complémentarisme méthodologique, combinant le champ de l'anthropologie avec celui de la psychiatrie.

L'ethnopsychiatrie repose sur deux principes :

- l'universalité psychique : ce qui définit l'être humain c'est son fonctionnement psychique, qui est le même pour tous. De ce point de vue, tous les êtres humains ont le même statut, de même que leurs productions psychiques et culturelles ;
- le particulier : chacun tend vers cet universel par le particulier de sa culture d'appartenance. Ce codage s'inscrit dans la langue, dans le corps, dans les représentations, le rapport au monde, la construction du sens.

De ce point de vue, la maladie fait aussi l'objet d'un codage culturel.

« Le passage par le culturel a pour but d'accéder à l'universel en chacun de nous, à l'universel incarnée dans le particulier et non pas à l'universel ou ce qui est décrété comme tel par celui qui est désigné comme le donneur de sens : l'universel du sujet [...] » (Moro M.R. in Baubet T. et Moro M.R., 2003 : 40).

Plutôt que d'intégrer de force les données relatives à un champ dans un autre champ de connaissance, il s'agit de coordonner de manière non exclusive plusieurs discours sur une même réalité ; toutefois ces discours ne pourraient être tenus simultanément. Devereux fait pour cela référence au principe d'indétermination d'Heisenberg : de même que l'on ne peut déterminer avec précision la position et la vitesse d'un électron, on ne pourrait tenir simultanément un discours anthropologique et psychiatrique sur la maladie. Pour autant, chacun demeure obligatoire (1972). Il faut alors apprendre à réaliser la combinaison successive et fructueuse de ces différents positionnements autour d'un même objet d'étude.

Faut-il pour autant devenir un spécialiste de chaque culture pour faire de l'ethnopsychiatrie ? Non, et Devereux reconnaît à ce sujet trois types de positionnements (1978) :

- intraculturel : thérapeute et patient appartiennent à la même culture, mais le thérapeute tient compte des dimensions socio-culturelles des troubles comme de la thérapie ;
- interculturel : ils n'appartiennent pas à la même culture mais le thérapeute connaît bien la culture du patient et l'utilise comme levier thérapeutique ;
- métaculturel : même cas de figure, mais le thérapeute ne connaît pas la culture du patient ; il comprend en revanche parfaitement le concept de « culture » et l'utilise dans l'établissement du diagnostic et la conduite du traitement.

L'ethnopsychiatrie telle que Devereux la conçoit est se distingue de la psychiatrie interculturelle, qui exigerait que l'on devienne un ethnographe universel. Il propose plutôt d'envisager les problèmes psychiatriques en terme de « culture » au sens général, et non des cultures, considérées chacune dans leurs particularités. Il s'agit bien d'une approche métaculturelle, d'après la définition qu'il en donne.

b. Le normal et l'anormal

Si l'anthropologie organise sa connaissance à partir et autour du concept-clef qu'est la culture, la psychiatrie le fait autour de la notion de normalité et donc d'anormalité, cherchant toujours à positionner la limite qui les sépare.

Devereux réfute la conception relativiste de l'anormalité, comprise comme déviance statistique par rapport à une norme. Il avance plutôt le concept du modèle marginal de « singularités de comportements », permettant à l'individu souffrant de se conformer à un modèle conceptuel psychiatrique clairement défini, lui évitant ainsi d'être reconnu dans sa culture comme un autre type de déviant, criminel ou sorcier (Devereux G., 1970 : 42).

D'un point de vue psychiatrique, les critères de normalité valables se doivent d'être tous absolus, donc indépendants des normes d'une quelconque culture ou société, mais conforme aux critères de la Culture en tant que phénomène universellement humain.

La culture est comprise comme subissant un processus psychologique de « réification » par les individus, ce qui lui permet d'exercer sur eux une influence en tant que composante de leur personnalité. A l'opposé, existerait le processus pathologique de « dérèfification » de la culture par certains individus ou des sociétés entières (sociétés malades).

Dans une perspective psychanalytique, la culture constitue aussi un système standardisé de défenses, solidaire des fonctions du *Moi*.

c. Un autre modèle de l'inconscient

Devereux est aussi psychanalyste ; il propose un modèle de l'inconscient à deux niveaux : l'inconscient idiosyncrasique, et l'inconscient ethnique, deux segments distincts de la personnalité.

Par « inconscient », l'auteur entend ici une définition restreinte se limitant au matériel initialement conscient, puis refoulé dans l'inconscient.

L'« inconscient ethnique » ou « inconscient culturel », est la part de l'inconscient total d'un individu qu'il possède en commun avec la plupart des membres de sa communauté, et transmis de génération en génération. Il se constitue donc par transmission et refoulement et est capable de changement de la même façon que la culture.

Tandis que la phase consciente du caractère ethnique comporte un certain nombre de fantasmes et pulsions conscientes, le refoulement est maintenu sur la phase inconsciente par des mécanismes de défense fournis et renforcés par les pressions culturelles.

Il existe donc un modèle culturel de base comportant certains conflits culturellement typiques. Lorsque ces conflits sont affectivement trop chargés et trop dystones pour être maintenus refoulés par l'individu, la culture peut fournir certains moyens culturels pour en permettre une expression au moins marginale (*cf.* désordres sacrés).

A côté de cela se constitue l'« inconscient idiosyncrasique », avec ses expériences de stress.

Si ces stress surviennent assez fréquemment dans une culture donnée, celle-ci peut lui fournir un certain nombre de ressources ou défenses pour éviter le traumatisme. Il y a alors reconnaissance et reformulation culturelle (*cf.* désordres ethniques).

Toutefois, ces ressources peuvent selon les cas être dépassées en cas de stress trop intense, ou encore non disponibles, lorsque l'individu n'y a pas encore accès (notion de traumatisme prématuré) ou refuse volontairement d'en disposer. Il faudra alors être capable d'improviser de nouvelles défenses.

La faillite des défenses culturelles peut être consécutive à de brusques discontinuités culturelles. Devereux cite le cas des migrants se retrouvant souvent en difficulté du fait qu'ils n'ont pas d'emblée accès aux défenses culturelles propres à leur nouvel environnement, ou bien qu'ils ne les ont pas investies.

Parfois encore, ces stress sont atypiques, non reconnus par la culture car trop rares ; ils peuvent, si les défenses de l'individu échouent, générer un traumatisme idiosyncrasique et donner lieu à des conflits ne concernant l'individu que dans sa partie idiosyncrasique.

d. Typologie des désordres ethnopsychiatriques

Sur la base de ces définitions peut s'établir une typologie ethnopsychiatrique des désordres de la personnalité (Devereux G., 1970) :

Les désordres sacrés

Ils sont l'expression de conflits localisés dans l'inconscient ethnique. C'est pour cette raison qu'ils trouvent un écho chez les membres normaux de cette culture. Les symptômes sont façonnés par la culture. Ils passent par des rites coutumiers qui structurent de façon conventionnelle les matériaux qui émergent de l'inconscient ethnique, et fournissent pour un temps des défenses efficaces à l'individu. Ces symptômes puisent largement dans le domaine surnaturel. Si la croyance au surnaturel est communément partagée, c'est le fait de la vivre comme expérience subjective qui constitue la différence décisive entre le normal et le pathologique.

C'est le cas du chamane, qui représenterait et manifesterait au nom de la communauté un certain type de conflits, lui conférant une place marginale mais néanmoins reconnue.

Les désordres ethniques

Ils relèvent de traumatismes idiosyncrasiques suffisamment répandus dans une culture pour que celle-ci fournisse des modes de défense et de comportement stéréotypés agissant comme des modèles (*patterns*). Ces « modèles d'inconduite », comme Linton les nommait, seraient la mise en forme d'un certain nombre de conflits culturellement structurés, contenus dans le segment ethnique de la personnalité.

Ces « façons convenables d'être fou » pourraient correspondre au concept plus récent de syndromes lié à la culture (SLC). Chaque société établirait ainsi de façon tacite des modèles comportementaux de « négativisme antisocial » servant de base à ces désordres :

« Tous se passe comme si le groupe disait à l'individu : *Ne le fais pas, mais si tu le fais, voilà comment il faut t'y prendre* » (Devereux G., 1970 : 34).

Devereux voit dans ces « modes d'emploi abusifs » une réponse à deux niveaux :

- un niveau subjectif psychologique en tant que défense adaptée à un conflit d'ordre idiosyncrasique, et même dans certains cas la « simulation prophylactique de la folie » ;
- un niveau social, en tant qu'ils fournissent une niche socio-culturelle et un statut, évitant le risque d'erreur diagnostique les faisant passer pour des déviants plus dangereux (criminel, hérétique ou sorcier).

Il y voit l'une des raisons pour lesquelles les névroses ont pu selon les époques (et donc les cultures), se manifester de façon aussi différente, mais toujours stéréotypée : possession démoniaque, puis grande névrose hystérique au temps de Charcot, etc.

Cela explique également pourquoi les SLC paraissent eux aussi si souvent stéréotypés, réalisant dans leur expression une sorte de dédifférenciation individuelle.

Les désordres ethniques réduits en nombre, prévisibles et contrôlés, relèveraient en fait d'une plus grande variété de causes qui restent toujours idiosyncrasiques. Il y aurait par exemple de multiples raisons de courir l'*Amok* : humiliation, oppression extrême, suicide glorieux, fièvre, maladie ou délire.

L'auteur met ici en garde les partisans du « relativisme culturel », qui concluent que *parce que* ces désordres sont répandus, standardisés et contrôlés dans une société donnée, ils sont donc normaux.

Il cite à titre d'exemple de désordres ethniques l'*Amok* et le *Latab*, SLC remplissant tous deux les critères du DSM pour le trouble dissociatif type transe et possession.

Devereux utilise le concept de « masse sociale » pour rendre compte du nouveau statut du malade reconnu comme tel par les siens. La masse sociale recouvre en plus des bénéfiques en terme d'attention, la fascination suscitée par la transgression (bien que conforme) de certaines valeurs culturelles (Devereux G., 1970 : 314).

Les désordres types

Ce sont les maladies psychologiques propres à la société qui les produit.

Notion proche et parfois confondue en pratique par Devereux, elle introduit une distinction entre deux niveaux logiques différents :

- les désordres types relèvent du niveau social et constituent un niveau nosologique hiérarchiquement supérieur, par exemple la catégorie « bouffée délirante aiguë » ;
- les désordres ethniques relèvent du niveau culturel et réalisent la mise en forme du tableau clinique selon un pattern culturel particulier : par exemple l'*Amok* ou d'autres SLC qui sont des déclinaisons de la bouffée délirante aiguë.

Devereux voit dans la schizophrénie un désordre type des sociétés industrielles, et dans l'hystérie un désordre type des sociétés traditionnelles.

Les désordres idiosyncrasiques

Ils relèvent de traumatismes idiosyncrasiques rares ou atypiques dans une culture donnée. Celle-ci ne fournit dans ce cas ni moyens de défense, ni symptômes permettant à l'individu de fixer l'angoisse et de l'aider à affronter le conflit.

Il lui faudra pour cela les improviser en ayant recours et en déformant certains items culturels non destinés à cet usage.

Dans d'autre cas, ces items culturels ne sont pas déformés mais repris tels quels lorsque ceux-ci s'y prêtent ; c'est le cas des symptômes constituant un désaveu de la société à l'égard d'elle-même (néгативisme antisocial), également fréquent dans les désordres ethniques.

La fréquence des thèmes surnaturels dans les syndrome délirants illustre cette utilisation d'éléments culturels repris sans déformation dans des désordres de tout type.

e. Le cas de la transe et possession pathologiques

Devereux rappelle combien le risque de confondre croyance (partagée) et délire (expérience subjective) mène à deux types d'erreurs : la pathologisation à l'excès et la banalisation. Un psychotique authentique empruntera effectivement à sa culture un certain nombre de matériaux culturels déformés ou pris tels quels, mais manipulés et vécus sur un mode délirant, étranger aux normes usuelles de sa culture. Le psychotique « déculture » les items culturels, les dépouille de leur contenu culturel.

Devereux, en vertu de sa formation psychanalytique, dégage constamment le niveau psychopathologique, celui des conflits, et le niveau comportemental, celui des manifestations symptomatiques.

S'ils s'expriment sous des formes variées, les mécanismes de défenses relèvent d'un fonctionnement psychodynamique universel. Ils ne suffisent pas en eux-mêmes à diagnostiquer le normal et l'anormal ; c'est plutôt leur structuration d'ensemble et l'importance accordée par la culture à chacun d'eux qui détermine leur caractère normal ou anormal.

Ainsi ce ne serait pas l'usage en soi de tel ou tel matériel ou trait culturel (valeur, dogme, coutume - la transe ou la possession) qui serait normal ou pathologique - dans sa forme -, ce serait son exploitation à des fins psychopathologiques (symptomatique), - dans sa fonction.

Car bien souvent, comme nous l'avons vu, ces items culturels sont repris tels quels, sans déformation, et peuvent constituer une façade culturelle trompeuse, ce qui rend toute tentative diagnostique fort hasardeuse.

Cela nous renvoie au concept de scotomisation culturelle, ou angle mort lié à la confusion entre ces deux niveaux que sont la forme des traits culturels et leur fonction.

L'erreur la plus évidente consisterait à conclure qu'une personne faisant des trances ou dont l'entourage estime qu'il est possédé, ne présente aucun trouble psychopathologique *car* ce type de manifestations correspond à sa croyance culturelle d'origine.

Concernant l'erreur diagnostique contraire :

« [Elle] consiste à prendre pour névrosé ou psychotique des individus qui en vertu de particularités ethniques, se comportent d'une manière qui par hasard coïncide avec nos propres modèles conceptuels de la maladie mentale » (Devereux G., 1970 : 308).

Cette erreur nous conduirait devant la transe à étiqueter le diagnostic d'hystérie, et devant la possession, celui de psychose.

Nous voyons combien les maladies mentales, dans leur phase d'état ou de stabilisation, sont dominées par les symptômes et défenses empruntés à la culture, déterminant le caractère ethnique de la maladie.

Selon Devereux cependant, les aspects idiosyncrasiques se révéleraient à certains moments particuliers de la maladie : les étapes de transition, les prodromes, la guérison.

Le modèle schizophrénique ne serait reconnu comme « modèle d'inconduite » qu'au sein des sociétés industrielles, basées sur le modèle occidental, sociétés dont la personnalité ethnique serait selon Devereux plutôt schizoïde.

Ceci expliquerait pourquoi dans les sociétés traditionnelles, l'explosion de conflits schizophréniques idiosyncrasiques sous la forme de bouffées délirantes se manifesterait et évoluerait d'avantage sur un mode hystérique, et non pas schizophrénique, révélant dès lors le désordre ethnique caractéristique de ces sociétés.

Ces bouffées délirantes prendraient dans ce type de société une allure particulièrement publique et exhibitionniste, évitant par cette abréaction brève et massive une chronicisation et une désorganisation du *Moi*.

Un concept retient notre attention concernant l'usage impossible de certaines défenses culturelles : l'« acculturation antagoniste » (Devereux G., 1972).

Elle relève de l'inapplicabilité des anciens modes de défenses d'un migrant au contact d'une nouvelle société, l'obligeant à développer de nouvelles ressources défensives. Les causes en sont :

- pour l'emprunteur, une résistance à l'identification au groupe externe, représentant ses pulsions refoulées (rejet de l'affiliation) ;
- pour le prêteur, le fait que prêter une défense ferait entrer par force l'emprunteur dans le cercle clos du groupe du prêteur

• **Albert Ifrah**

a. Désordres ethniques et concept de « fausse identité »

S'appuyant sur les travaux de Devereux, Ifrah (1980) a étudié les formes pathologiques liées à l'acculturation des patients de culture maghrébine en contact avec la culture française.

« L'acculturation recouvre l'ensemble des phénomènes résultant d'un contact continu entre groupes d'individus appartenant à différentes cultures, et aboutissant à des transformations affectant les modèles (*patterns*) culturels originaux de l'un ou des deux groupes » (Social Science Research Council).

Ifrah précise que la rencontre dont il est question est souvent violente et brutale, pouvant être à l'origine d'une « psychopathologie de la transplantation ». Les difficultés pour le migrant ont de multiples causes :

- psychopathologie à l'origine même de la migration ;
- migration secondaire à un événement traumatique ;
- traumatisme lié à la migration ;
- inadéquation entre les espoirs et la réalité décevante du pays d'arrivée ;
- perte du réseau familial ;
- nécessité de subvenir à sa famille restée à l'étranger ;
- paradoxe entre un niveau explicite - l'égalité des droits pour tous dans le pays d'accueil -, et un niveau implicite – racisme, xénophobie, rejet, disparités.

Ifrah étudie différents modèles d'inconduites, ou troubles ethniques utilisés de façon plus ou moins efficace par les patients transplantés. Il propose alors le concept de « fausse identité », citant Devereux :

« La renonciation ou le déguisement de l'identité sont les défenses de choix contre la destruction puisque c'est la connaissance de son identité qui révèle la vulnérabilité de celui dont on connaît l'identité » (Devereux G., 1967 : 121).

Il s'agirait d'une stratégie de réorganisation utilisée à double titre :

- aspect défensif : préservation de l'intégrité d'un *Moi* en réorganisation ;
- aspect offensif : expression de la souffrance sans dévoiler la nature du conflit, ce qui permet de préserver l'intégration dans le groupe (symptômes ayant un rôle d'écran).

Le désordre ethnique pourrait constituer une zone de sécurité, une limite entre le dedans et le dehors, permettant à la fois l'expression idiosyncrasique du conflit et l'inscription dans le groupe.

Toutefois, il expose le patient qui y a recourt à certains risques :

Selon Ifrah, le risque le plus courant est de confondre le processus psychopathologique et la structuration sociologique, autrement dit de ne traiter que son aspect offensif, en scotomisant son aspect défensif. Sous couvert d'un diagnostic culturel, il pourrait donc y avoir résistance du médecin à entendre une problématique toujours individuelle.

D'autre part, pour que le trouble soit reconnu et compris, il faut que le désordre ethnique soit conforme à ceux reconnus par la culture environnante. Cela nécessite une certaine adaptation

dans le processus d'acculturation, l'abandon d'anciennes défenses culturelles et le recours à de nouvelles. Cela ne concerne donc pas tous les individus ; nombre d'entre eux utilisent des désordres standardisés (défenses culturelles) valables dans leur culture d'origine mais pas dans la nouvelle. Ces désordres courent le risque d'être non reconnus ou mal interprétés (biais culturel engendrant une catégorisation fallacieuse). Il n'est en effet pas rare que les troubles prennent une forme symptomatique évoquant la schizophrénie, un discours incompréhensible et très désorganisé, intimidant et déroutant le psychiatre par sa labilité et son évolution atypique.

A titre d'exemple des particularités évolutives, Ifrah note avec quelle fréquence les accès psychotiques sont rapidement réversibles et évoluent favorablement chez les individus migrants par rapport au reste de la population en France. Ils peuvent alors laisser place à un tableau dépressif et anxieux notamment, reflétant un niveau plus idiosyncrasique de la souffrance.

b. Un cas de possession – l'usage et le mésusage d'un trait culturel

Ifrah cite un cas emblématique de possession chez une jeune Marocaine arrivée en France un an plus tôt. Le cas montre combien le même matériel culturel (la croyance en la possession par les *djinn*) peut être utilisé de deux façons différentes par la patiente et par son mari :

- pour elle : dans le cadre d'un désordre ethnique, restant en contact avec son histoire individuelle, tout en jouant à la fois un rôle défensif (protection du *Moi*) et un rôle dans la communication de la souffrance (symptôme d'alarme, demande de soins) ;
- pour son mari : à des fins purement subjectives, utilisant le trait culturel (déculturé) à des fins délirantes paranoïaques, constitutives de son identité.

Précisons que la patiente n'a évoqué le registre de la possession qu'au thérapeute de culture maghrébine ; elle s'est donc adaptée à ses interlocuteurs. Aux autres soignants, elle a présenté des symptômes ayant fait poser le diagnostic de crises d'hystérie.

L'évolution, une fois le désordre ethnique reconnu par le psychiatre marocain, a montré l'apparition d'affects dépressifs.

• Tobie Nathan

a. Comment comprendre la transe ?

Selon Nathan (1988), la transe est un phénomène spécifique, mais rattachable à des séries psychopathologiques connues :

L'hystérie de conversion

L'hystérie de conversion comme la transe tenteraient toujours de lier deux pôles antagonistes :

- du point de vue dynamique : oscillation entre excitation et inhibition, contention et déchaînement ;
- point de vue des processus en jeu : oscillation entre identification et amour d'objet ;
- point de vue pulsionnel : oscillation entre les deux pôles de la bisexualité.

La bouffée délirante aiguë (BDA)

la transe serait souvent accompagnée de phénomènes hallucinatoires. Mais elle est plus maîtrisée qu'une BDA, s'étayant sur des représentations collectives. Elle est de ce fait moins anxiogène.

Nathan voit dans les deux phénomènes un processus psychique de transition permettant de « faire vaciller les limites de l'identité et de jouer de l'une des fonctions du *Moi*, celle qui maintient le principe d'identité (ce qui est, ce qui n'est pas n'est pas) » (1988 : 48).

Le sujet en transe peut devenir un autre selon plusieurs perspectives :

- il n'est plus lui-même mais un dieu ou un esprit qui l'a choisi pour « monture » ;
- il est encore un mort, dont il ne parvient pas à faire le deuil, réalisant « à la lettre » l'introjection évoquée par Freud dans *Deuil et Mélancolie* (1917) ;
- il ne se déplace plus dans le monde des humains mais s'élance à travers les espaces surnaturels à la recherche d'âmes égarées ou dérobées (chamanisme) ;
- abolition de la distinction présent / futur, dons de prophétie ou de voyance.

La dépression anaclitique (Nathan T., 1988 : 49)

La transe forme un système se suffisant à lui-même

Contrairement à ce que l'on a longtemps prétendu, la transe n'a rien d'une technique « primitive » faisant appel à des processus simples tels que l'abréaction¹. Au contraire, elle envisage le patient de manière globale, évoquant ses lignées familiales, sa place au sein de la famille, sa naissance, les caractéristiques de son histoire individuelle.

La transe possède une fonction thérapeutique, non seulement ponctuelle, cathartique, mais surtout un effet au long cours. Elle s'inscrit alors dans une sorte de « pédagogie de l'existence » et offre une lecture symbolique d'un grand nombre de phénomènes : psychiques, familiaux et sociaux.

La transe fournit une matrice de significations permettant de dérouler le récit de la vie du sujet, en explique les ruptures et organise des restructurations efficaces.

Constituant une logique spécifique, la transe n'est en aucun cas réductible à des conceptions occidentales et n'est donc pas « interprétable ». Si les symptômes qu'elle articule et auxquels elle donne sens peuvent se formuler dans la logique occidentale – hystérie, bouffée délirante, états hypnotiques, dépressivité -, il n'en demeure pas moins que la transe forme un système se suffisant à lui-même.

L'abord psychothérapeutique de ces patients nécessite la connaissance de la logique de la transe et la mise en place d'un cadre thérapeutique spécifique.

¹ Le concept d'abréaction fait référence aux travaux de Freud sur l'hystérie. Il est défini par Laplanche et Pontalis (1967) comme une décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique, lui permettant ainsi de ne pas devenir ou rester pathogène. L'abréaction pourrait être provoquée lors de la psychothérapie, notamment grâce à l'hypnose, ayant alors un effet de catharsis, ou encore de façon spontanée, à distance variable du traumatisme initial.

b. Comment comprendre la possession ?

Le temps de la possession est organisé selon trois séquences (Nathan T., 1988 : 63) :

- la possession-maladie : sujet apathique, perdu, muet, anorexique, fermé ;
- obscurcissement transitoire de la conscience par identification aux autres possédés. D'un point de vue psychodynamique, il y aurait vacillement des limites du *Moi* ;
- agitation motrice et mentale avec glossolalie, écholalie, échopraxie, hallucinations, délire.

Hystérie et possession sont toutes deux caractérisées par l'opposition corps contenu / corps agité, dont les deux modèles sont la tétanie et l'épilepsie.

La possession est loin de se réduire à une mise en scène sociale de l'hystérie (comme l'estiment Charcot et Freud), même si l'une comme l'autre résolvent une question à l'aide d'un même mécanisme :

« Pour ces organisations, le corps est un vecteur orienté, à la manière d'un bonhomme de Maxwell. Dans l'hystérie comme dans la possession, le passage du corps contenu au corps agité indique la polarisation d'un champ. Ici il s'agit bien entendu d'un champ sémantique » (Nathan T., 1988 : 64).

Les systèmes des cultes de possession seraient plutôt d'apparition récente (Olivier de Sardan J-P., 1985) ; ils se complexifient et se transforment sans cesse en intégrant de nouveaux éléments symboliques sur des périodes très brèves. Ces systèmes de culte semblent fonctionnels pour apporter une réponse aux bouleversements que subit une société relativement stable par sa rencontre avec une société radicalement différente. Nathan rejoint Bastide sur ce point. Par conséquent, ces systèmes semblent avoir pour fonction tant sociale que rituelle d'établir une communication entre deux mondes hétérogènes, ou entre deux organisations sociales.

Cette communication entre deux univers hétérogènes concerne aussi l'hystérie. Nathan (1988 : 68-69) propose pour l'hystérie trois cas de figures et trois solutions de continuités :

- traumatique : connexions entre l'avant et l'après du traumatisme ;
- due à un assujettissement : communication entre deux mondes donnés à voir au sujet alors qu'il veut continuer à ignorer l'un d'eux ;
- liée au conflit oedipien et aux identifications entre le masculin et le féminin.

Mais dans l'hystérie, la continuité tente de s'établir entre des mondes hétérogènes, quoique de même niveau ou de registre équivalent, alors que la possession l'établirait entre des mondes hiérarchiquement dépendants (sacré / profane, monde occidental / monde des ancêtres). À cet égard, au sujet de deux patientes décrites par Freud comme hystérique, pour Nathan, la patiente Dora (1905) était hystérique, alors qu'Anna O. était possédée ; la prise en charge de cette dernière aurait établi des connexions sémantiques entre le registre de la clinique et celui de la psychanalyse alors naissante.

• Méthodes actuelles : le questionnaire EMIC

Des études menées à travers différentes cultures afin d'évaluer la validité d'un trouble appartenant à la nosographie occidentale ont apporté bien souvent des résultats

ininterprétables, du fait de que les méthodes d'évaluation utilisées n'étaient pas pertinentes pour une société autre que celle qui les ont mises au point (Murphy H.B.M. et al. 1964, Marsella A.J. et al. 1985). A moins de disposer d'une autre méthode, on ne pouvait que produire des résultats fiables mais n'ayant qu'une validité très limitée, étant donné le risque permanent de commettre des erreurs dans l'identification de pathologies locales s'éloignant parfois considérablement de celles de la nosographie américaine.

Headland et al. (1990) proposent d'utiliser les concepts d'« étique » et d'« émique » en référence à la distinction entre phonétique et phonémique utilisée en linguistique, pour l'étendre au champ de l'analyse sociale.

La perspective étique est basée sur les représentations professionnelles de la maladie, externes au groupe étudié. La perspective émique est basée sur les représentations locales de la maladie.

Si l'on considère, comme Cardeña (1992), que la possession est une catégorie émique, il faudrait pouvoir disposer d'un instrument émique d'évaluation des troubles.

Weiss (1997, 2001) a élaboré un instrument basé sur le concept de « modèle explicatif » de Kleinman (1980) : l'EMIC (*Explanatory Model Interview Catalogue*).

Le modèle explicatif regroupe non seulement les théories étiologiques profanes (non professionnelles) de la maladie, mais encore l'ensemble des réseaux sémantiques liant le vécu des troubles, les représentations des patients, des soignants, le mode d'apparition des troubles, ses mécanismes, son évolution, le recours aux soins, tous ces éléments étant capables d'évoluer dans le temps (Baubet T., Moro M.R., 2003 ; Baubet T., Taïeb O., Heidenreich F., Moro M.R., 2005).

L'outil EMIC n'est pas utilisé de façon rigide et stéréotypée ; il nécessite une analyse préalable de la littérature anthropologique et ethnographique pour être adapté à chaque situation. Les trois dimensions explorées par cet outil ont été opérationnalisées de la façon suivante : mode d'expression de la souffrance, causes perçues et comportement de recherche d'aide.

S'il peut s'avérer utile à l'étude du TDT, il n'existe à notre connaissance aucune étude utilisant l'outil EMIC pour ce trouble.

* * *

Le TDT est un trouble qui se situe à la limite de ce que le DSM est capable d'intégrer et de supporter dans sa taxonomie. Le manuel était, jusqu'à sa quatrième édition, exempt de toute considération culturelle et le voilà peut-être aujourd'hui sur le point de faire entrer dans ses catégories un trouble moulé sur des formes et des conceptions traditionnelles locales.

Malgré les limites structurelles du DSM, nous avons vu qu'il est possible d'envisager une méthode capable de prendre en compte la part culturelle dans la constitution du trouble. Le TDT ne concerne pas que des populations lointaines ; il s'agit d'un trouble rencontré au sein des populations occidentales issues des minorités. Puisque le TDT concernerait dans nos sociétés des individus migrants, il nous a fallu disposer de concepts articulant non seulement psychiatrie et culture, mais plus précisément psychiatrie et migration.

III - Revue de la littérature psychiatrique internationale sur la transe et la possession dissociatives selon les critères du DSM

Nous allons à présent, grâce à une revue de la littérature, étudier l'incidence du TDT à travers le monde. Si le terme de TDT est récent, les concepts de transe et possession sont connus et décrits depuis plusieurs années dans certains articles de psychiatrie, obéissant à des critères superposables à ceux du DSM. Nous nous baserons sur ces articles pour mesurer l'existence clinique du trouble dans une perspective épidémiologique quantitative ; nous examinerons ensuite les positions théoriques des auteurs.

A - Méthode

Nous nous sommes basés sur le moteur de recherche Medline, utilisant les mots clés suivants : *trance, transe, possession et spirit disorder*.

Il n'a pas été posé de limites quant à l'année de publication ni à la langue.

Le critère essentiel pour qu'un article soit retenu a été qu'il fasse mention de cas avérés, et qu'il en rapporte le nombre.

Les articles traitant du TDT mais ne rapportant pas de cas n'ont donc pas été retenus.

Les données prises en compte dans l'analyse de chaque article ont été les suivantes :

- nombre de cas totaux rapportés ;
- nombre de cas bénéficiant d'une description détaillée ;
- critères diagnostiques utilisés, notamment concordance avec les critères proposés par le DSM ;
- type de trouble dissociatif : transe ou possession ;
- culture d'origine du patient et pays dans lequel survient le trouble ;
- sexe *ratio* ;
- contexte psychosocial, facteurs déclenchants rapportés.

Parmi la totalité des cas initialement recensés, n'ont été retenus comme cas probants uniquement ceux répondant à l'un ou l'autre des critères suivants :

- critères symptomatiques clairement définis et similaires à ceux du DSM ;
- description clinique détaillée, dont les symptômes permettraient d'établir le diagnostic de transe dissociative selon le DSM.

B – Résultats

1. Analyse quantitative

Sur les 13 articles traitant de la question du trouble, 11 ont été retenus selon les critères du DSM.

Ces 11 articles présentaient un nombre total de 307 cas. Selon les mêmes critères, 232 cas ont été retenus.

L'ensemble des 11 articles donne lieu à 14 cas cliniques détaillés.

La quasi-totalité des cas (97 %) relève du type « possession » plutôt que du type « transe » (3 %).

2. Sexe *ratio*

Le sexe du patient est renseigné pour la majorité (92 %) des cas rapportés et fait apparaître 71 % de femmes et 29 % d'hommes, soit un sexe *ratio* de 2,4 femmes pour 1 homme.

3. Critères diagnostiques

Les critères diagnostiques, lorsqu'ils sont cités, sont les suivants :

- ceux du DSM-IV pour 4 articles sur les 5 publiés après la parution du manuel, soit 82 cas de troubles avérés ;
- superposables à ceux du DSM-IV pour 2 articles précédant la parution du manuel, soit 9 cas ;
- attribution de la cause par le patient pour 2 articles : transe et possession selon leurs propres termes, entraînant une perte du contrôle personnel de leurs actions.

Deux articles ne citent aucun critère diagnostique.

Un article, enfin, décrit 116 cas de *Vimbuza*, syndrome lié à la culture au Malawi, dont la majorité des symptômes appartiendraient à la lignée *dissociative* et *conversive*, dans une perspective DSM.

4. Caractéristiques culturelles

Par ordre décroissant d'importance, les cas rapportés concernent les pays suivants : Malawi (116), Singapour (58), Chine (42), Hong-Kong (7), Grande-Bretagne (3), Japon (2), Inde (2), Sri Lanka (1), Afrique du Sud (1).

La culture d'origine du patient n'est pas systématiquement rapportée. Il est probable qu'elle est précisée lorsque le patient ou ses parents sont originaires d'une autre culture.

Parmi ces cas de figures sont cités les cas suivants :

- deux patients d'origine indienne en Grande-Bretagne ;
- une patiente d'origine indienne en Afrique du Sud ;

- une patiente d'origine asiatique (sans précision) en Grande-Bretagne.

Sur l'ensemble des 232 cas, seul un cas (0,4 %) concernerait un patient de culture européenne.

Parmi les cas détaillés parus après l'édition des critères officiels du DSM pour le trouble, 3 sur 7 (43 %) concernent des individus en situation de migration personnelle ou familiale.

5. Analyse des facteurs étiologiques

Huit articles sur les onze mentionnent clairement un certain nombre de facteurs de stress précédant de peu le déclenchement des symptômes. Parmi ceux-ci figurent :

- tensions sociales liées à une forme de discrimination (des femmes notamment) ;
- conflits liés à des exigences contradictoires (croyance religieuse et service militaire) ;
- décès d'un parent (deux cas détaillés) ;
- conflits familiaux ;
- conflits liés au mariage ;
- infidélité conjugale ;
- lavage de cerveau.

C - Tableau récapitulatif

Auteur (année) \ Critères	Cas recensés (cas détaillés)	Localisation (culture du patient)	Critères diagnostiques	Facteur déclenchant supposé	Agent de la possession	Nbre femmes ; nbre hommes
Szabo C.P., Jonsson G., Vorster V. (2005)	1 (1)	Afrique du Sud (Inde)	DSM-IV	décès du père	absence de possession (trance)	1 ; 0
Ng B-Y., Chan Y-H. (2004)	58 (0)	Singapour	DSM-IV	- conflits liés au service militaire et à la question religieuse - conflits familiaux	- divinités religieuses (28) - ancêtres décédés (5) - animaux (3) - Esprit Sain (2) - autres esprits (20)	17 ; 41
Gaw A.C. et al. (1998)	20 (2)	Chine	DSM-IV	n.p.	- âme de parent décédé - animaux	2 ; 0
Satoh S. et al. (1996)	1 (1)	Japon	n.p.	« lavage de cerveau »	Dieu	1 ; 0
Pereira S. et al. (1995)	3 (3)	- Inde (Inde) - G-B (Asie) - G-B (Europe)	DSM-IV	conflits familiaux	- kali - un diable - un esprit	2 ; 1
Castillo R.J. (1994)	2 (2)	- Inde - Sri Lanka	n.p.	n.p.	- âme d'un défunt - âme d'un parent décédé - 2 dieux maléfiques	2 ; 0
Hale A.S. et al. (1994)	1 (1)	- G-B (Inde)	n.p.	n.p.	n.p.	0 ; 1
Kua E.H., Chew P.H., Ko S.M. (1993)	22	Chine	attribution causale de la possession par le patient	n.p.	n.p.	16 ; 6
Etsuko M. (1991)	1 (1)	Japon	critères équivalents au DSM	décès des parents	- animal (renard) - divinité	1 ; 0
Peltzer K. (1989)	116 (0)	Malawi	<i>Vimbuza</i> , SLC correspondant aux critères DSM	- tensions sociales - discrimination (femmes)	ancêtre	102 ; 14
Yap P.M. (1960)	7 (3)	Hong-Kong	critères équivalents au DSM	- liaison extra- conjugale - transgression d'un tabou religieux	- divinités - ancêtres - animaux (renard, serpent)	7 ; 0

n.p. = non précisé

D - Discussion des auteurs

Szabo et al. (2005) pensent avoir recensé le premier cas en Afrique du Sud. Ils notent la séquence chronologique suivante : décès du père - épisode dépressif majeur - trouble dissociatif de type transe.

Ng et Chan (2004) repèrent l'existence dans 100 % des cas d'un antécédent de transe directe (personnelle) ou indirecte (assister à celle d'un autre).

Les auteurs relèvent l'association du trouble avec un facteur de stress dans tous les cas de transe. Les facteurs de stress, comparés à ceux provoquant un trouble dépressif, semblent typiquement liés à une double contrainte, en l'occurrence entre des exigences religieuses et administratives contradictoires.

Gaw et al. (1998) mettent en garde celui qui porte le diagnostic contre le risque de *category fallacy* (Kleinman, 1977). Ils prônent pour éviter cet écueil l'utilisation du matériel culturel.

Ils rappellent que le trouble est d'avantage caractérisé par son étiologie que par les symptômes eux-mêmes ; ils parlent à ce titre de « maladie d'attribution ».

Les auteurs distinguent deux cas de figure pour la possession : la théorie explicative d'une autre maladie et le phénomène dissociatif en tant que tel.

Ce dernier cas de figure nécessiterait l'association de trois facteurs : facteur culturel (croyance en la possession), suggestibilité importante et tendance à la dissociation.

Ils proposent un modèle explicatif de type cognitivo-comportemental mettant en boucle la croyance en la possession et les manifestations symptomatiques de possession.

Satoh et al. (1996) distinguent « possession schizophrénique » et « possession psychogène ». Ce dernier type correspondrait au trouble dissociatif du DSM ; dans ce cas l'agent possessif aurait comme caractéristiques d'être omniprésent, éthéré, provoquerait des actions involontaires et serait plutôt neutre vis-à-vis de l'hôte (ni protecteur ni menaçant).

Les facteurs étiologiques présents dans l'observation sont : des antécédents de trouble somatoforme (que l'auteur rattache à un épisode dépressif), une croyance localement répandue par rapport aux phénomènes surnaturels, un harcèlement psychologique de type « lavage de cerveau » par une secte.

Pereira et al. (1995) insistent sur la nécessité de multiplier les perspectives pour appréhender le phénomène : regard anthropologique, sociologique, biologique, psychopathologique, phénoménologique, etc. Les niveaux explicatifs se complètent sans s'exclure :

- théorie du conflit inconscient maintenant le *Moi* dans un état de dissociation diminuant l'angoisse et mobilisant l'entourage ;
- rôle facilitant des endorphines ;
- théorie de la communication voyant la possession comme un vecteur privilégié d'expression du conflit par les individus opprimés ;
- théorie socioculturelle selon laquelle la possession est un phénomène institutionnalisé, culturellement sanctionné, accessible à tous dès le plus jeune âge.

Les auteurs citent Mac Cormick et Goff (1992), pour qui il faut toujours distinguer possession dissociative et délire de possession.

Castillo (1994) voit dans le trouble dissociatif de type transe l'équivalent extra-occidental (en l'occurrence en Inde) de l'ex-trouble de la personnalité multiple, l'un comme l'autre étant à considérer comme des syndromes liés à la culture.

L'auteur attribue l'origine des troubles à un stress extrême et notamment à un traumatisme sexuel avéré dans l'enfance.

Il met pour cela en opposition le courant théorique psychanalytique qui défend la thèse de l'hystérie et la réactivation du complexe d'Œdipe - dans la lignée de Freud -, et la théorie dissociationniste postulant la réaction universelle à un traumatisme avéré - dans la lignée de Janet.

Castillo explique l'immense majorité des cas survenant chez les femmes par leur statut très vulnérable dans la société indienne ; dans ce contexte, le recours à la dissociation est un moyen efficace d'assurer la survie psychique, un changement de statut auprès des proches et une issue favorable au conflit.

Il oppose enfin la catégorie nosologique étique que serait l'hystérie, à la catégorie émique que serait la possession (terme propre à la culture), favorisant l'usage de cette dernière.

Etsuko (1991) décrit un cas s'inscrivant progressivement dans un processus d'initiation à la fonction de guérisseur au Japon.

Peltzer (1989) décrit un SLC bien établi au Malawi – le *Vimbuzo* -, avec ses critères diagnostiques et ses théories étiologiques. Une forme particulièrement grave de *Vimbuzo* annoncerait une initiation au don de guérisseur.

Yap (1960) énonce des critères diagnostiques très proches de ceux proposés actuellement par le DSM.

Il pose pour la plupart des cas de possession le diagnostic de névrose hystérique.

E - Analyse

Nous pouvons constater que le TDT, s'il n'était pas présenté en ces termes avant 1994, faisait déjà l'objet de publications. Les articles se font néanmoins plus nombreux depuis les années 1980, et cela peut s'expliquer par un intérêt grandissant des psychiatres pour la question culturelle.

Il est également intéressant de noter, d'article en article, la variété des points de vue et des théories explicatives, au point que chaque auteur propose une nouvelle grille de lecture du phénomène. Les auteurs soulignent tantôt la dimension intrapsychique du conflit - faisant référence aux conceptions freudiennes sur l'hystérie ou à la théorie janetienne du traumatisme -, tantôt ses aspects relationnels et systémiques - pointant la capacité d'expression d'un vécu d'oppression, produisant changement de statut et redistribution des rôles entre le patient et son entourage. Dans une perspective intra-culturelle, on peut trouver de nombreuses similitudes entre le TDT et les modèles traditionnels de l'adorcisme et de l'initiation aux fonctions de thérapeutes, alors que d'un point de vue métaculturel, d'autres auteurs mettent en relation possession et trouble de la personnalité multiple.

Il nous semble que malgré l'étendue et la variété des approches possibles pour le TDT, les modèles cognitivo-comportementaux et biologiques sont sous-représentés.

Enfin, il nous a semblé qu'il était fréquent chez les auteurs de concevoir la psychopathologie du TDT comme une chaîne causale impliquant des facteurs de stress de nature variée, ayant pour conséquence de produire un état dissociatif. Cette conception nous paraît être assez représentative de notre époque, se situant également dans la lignée du style explicatif du DSM. Cette façon de poser les problèmes psychiatriques, en leur donnant une architecture simple et peu contraignante, a l'avantage de permettre ensuite tous les positionnements théoriques. Il nous semble cependant qu'en donnant aussi peu de clefs explicatives, on perd l'appareil conceptuel nous permettant de comprendre suffisamment les troubles. En effet, le TDT est difficilement résumable à l'expression de facteurs de stress dont la lecture de ces articles peut laisser penser qu'ils sont équivalents et interchangeables. L'écueil principal pourrait donc être de confondre ce modèle d'enchaînement causal avec une véritable psychopathologie du trouble, dispensant par conséquent d'une réflexion supplémentaire sur la nature du problème. À l'opposé, un autre danger nous semble résider dans la conviction de tenir pour généralisable et définitive une seule théorie explicative du phénomène. Nous avons vu que les anthropologues peuvent commettre ce genre d'erreur lorsqu'ils appliquent des concepts - issus d'une certaine culture médicale - à la transe et à la possession ritualisées dans une toute autre culture. Les psychiatres risquent aussi de commettre cette erreur lorsque, fidèles à leur affiliation théorique personnelle, ils ne peuvent envisager le trouble avec suffisamment de perspective. Il faudrait au contraire prendre en compte la multitude des enjeux possibles du trouble, s'appuyer sur les principes généraux concernant l'usage normal et anormal du matériel culturel, et enfin considérer la situation singulière de chaque patient, en rapport avec son histoire personnelle et familiale, ses croyances, ses aspirations et ses conflits. Au-delà de la contrainte intellectuelle que cette approche multi-dimensionnelle suppose, il faut aussi une méthode permettant d'articuler les niveaux de réalité psychique, sociale et culturelle.

IV - L'expérience des thérapeutes de la consultation transculturelle du service de psychopathologie de l'Hôpital Avicenne, Bobigny (93)

Arrivé à ce stade de notre recherche sur le TDT et après avoir étudié les différentes implications de l'inclusion éventuelle du trouble dans le DSM, il nous a semblé utile d'aller à la rencontre de l'expérience pratique de thérapeutes ayant rencontré des patients présentant des tableaux de transe ou de possession.

Cette rencontre s'est déroulée sous la forme d'interviews de plusieurs praticiens travaillant dans le service de psychopathologie de l'Hôpital Avicenne à Bobigny, thérapeutes exercés à la psychiatrie transculturelle, qu'ils pratiquent dans le cadre de psychothérapies individuelles ou au sein du dispositif de la consultation transculturelle tel qu'il est conçu par le Pr Moro (Moro M.R., 1994 : 101-102).

A - Méthode

Trois thérapeutes ont été interviewés : un psychiatre de culture française, un psychologue de culture berbère marocaine et un psychologue de culture soudanaise. Tous trois ont été formés en France. Les questions qui leur ont été posées ont suivi l'ordre d'un questionnaire préétabli (*cf.* annexes), suivant un mode semi-dirigé.

Leurs propos ont été recueillis *in extenso* grâce à un enregistrement audio, puis retranscrits intégralement.

Les propos ont ensuite été résumés et classés en suivant un découpage plus adapté au format de ce travail de thèse. Certains passages mis entre guillemets reprennent littéralement les paroles des thérapeutes, lorsqu'ils apportent un éclairage important sur l'une ou l'autre question.

B - Résultats

Transe et possession répondent à des définitions anthropologiques. On ne peut pas les réduire seulement à des troubles psychiques.

1. Sémiologie, présentation clinique

- **Transe**

Elle serait plus « clinique », plus constatable.

Il s'agirait d'une modification d'identité, transitoire, reconnue par l'extérieur, au début et à la fin brutales. Durant la transe, le patient devient, aux yeux des autres (voire de lui-même)

quelqu'un d'autre, acquiert de nouvelles capacités, peut changer d'attributs (comme devenir dangereux).

La transe est moins élaborée que la possession.

Sa durée est plus courte (quelques secondes à une minute).

Voici quelques exemples de présentations :

- une patiente présentait des crises dans le service de psychiatrie où elle était suivie, tombait inconsciente ;
- un autre sortait de sa chambre en pleine nuit et errait dans les couloirs de son foyer tout nu. Un jour, en pleine consultation, il s'est levé et sans rien dire, il s'est mis tout nu. Puis, il est revenu à lui, mais sans se souvenir de ce qui s'était passé.

Etant donnée l'amnésie fréquente des patients, c'est généralement l'entourage qui rapporte les troubles.

Dans la transe, on ne sait pas ce qui se passe pour la personne.

• Possession

Il s'agirait plus d'un processus ; celui-ci se construirait pendant la prise en charge.

Il y a présence d'une forme de l'altérité.

L'agent de la possession peut être de différente nature : âme d'un ancêtre ou âme voyageant, esprit (*djinn*, esprit de l'eau *ebola* ...), animal, etc.

Le possession est donc plus élaborée et dure plus longtemps, en général quelques minutes.

« Cela peut commencer par une absence que l'on a pu sentir venir. Il y a des modifications dans le regard (fixe, perçant, mouvements oculaires désordonnés, larmes, etc.), dans la respiration (accélération puis arrêt de la respiration). Le visage peut changer de couleur et globalement donner l'impression que la personne n'est plus la même : sa façon de parler change, elle a des mouvements saccadés. Il y a possibilité d'un dialogue entre deux personnes, avec changements de voix, de langue et de visage entre les répliques. La possession s'accompagne fréquemment de comportements violents comme se taper la tête contre les murs ou briser des objets. »

« On peut voir des comportements transgressifs, à connotation sexuelle ou incestueuse, comme dire des obscénités, briser des objets, se mettre à fumer en pleine consultation, jeter un verre d'eau sur le thérapeute et lui parler comme s'il était lui malade et le patient thérapeute, ou encore menacer son thérapeute en lui prédisant des malheurs s'il n'accomplit pas certaines choses, etc. Parfois, les crises s'organisent dans des voyages pathologiques ou des fugues dissociatives. »

Dans certains cas, le patient est capable de voir l'agent de la possession et de le décrire de façon détaillée. Il peut rapporter l'avoir vu dans la rue et décrire ses particularités : apparence d'une femme, mais ayant des pieds en forme de sabots et des pupilles en forme de fente.

Généralement, le patient se souvient de l'épisode et peut rapporter l'expérience.

Transe et Possession sont très intriqués en pratique. S'il y a deux mots c'est qu'on a du mal à n'en faire qu'un.

« Au cours d'une consultation, une patiente fait une crise de 5 à 6 minutes pendant laquelle elle a une voix d'homme, se tape la tête contre les murs de façon très violente et parle un langage que je ne comprends pas, alors qu'on est de la même origine. Qui sait si, dans ce cas, il n'y a pas possession ? »

2. Psychopathologie

Cliniquement parlant, le syndrome traduit une défense. C'est un signe de souffrance. Le trouble n'est pas en lui-même pathologique ; ce n'est pas un « moins », c'est quelque chose en « plus », à condition qu'on parvienne à le décoder. Les vraies difficultés sont ailleurs, c'est un « diagnostic d'appel ». Dans certains cas, l'expérience est à cheval entre le volontaire et le subi.

Concernant la transe, la personne ne peut rien dire de sa crise après être entrée en transe. L'épisode de possession, lui, peut être raconté par le sujet, qui se souvient de l'avoir vécu. Après-coup, le récit de l'expérience commence par : « Parce qu'*il* était là, ... ». Sur la possession aussi, parfois le sujet lui-même ne peut rien dire. C'est alors le discours des autres qui est entendu. Il s'agit ici d'une patiente dont on a compris qu'elle était possédée par un esprit *ebola*.

« Durant une consultation avec interprète, une patiente a eu une absence de plusieurs minutes au moment où elle était en train de parler des êtres invisibles. L'interprète a alors parlé de possession par *ebola*, esprit de l'eau. Après cette absence, la patiente n'a rien pu dire de ce qui venait de se passer. »

Concernant le discours des patients eux-mêmes sur leurs crises :

« Quand les patients peuvent avoir un discours, c'est qu'ils ont franchi un cap. Localement, dans certaines cultures africaines, on attribue moins de valeur au discours du patient lui-même qu'à celui de son entourage. La nosographie (locale) n'est jamais basée sur le discours du patient. On s'intéresse par contre à tout ce que les autres disent autour de lui. Lui, on le fait délirer pour qu'il accède aux mots dans la langue de l'autre (l'agent) ; cette langue sera ensuite traduite dans la langue des mortels. On interroge l'entourage à propos de ça. »

Les thérapeutes insistent unanimement sur l'absence de spécificité psychopathologique du trouble. Le TDT ne relèverait ni du découpage psychiatrique classique névrose / psychose, nuancé récemment par la catégorie des états limites, ni d'un type particulier de personnalité, ni même nécessairement d'une problématique traumatique.

Les individus manifestant un TDT pourraient donc relever de toutes ces catégories psychiatriques représentées dans le DSM, ou même d'aucune. Dans le premier cas, le TDT pourrait être vu comme un syndrome utilisé par le patient à un moment particulier de sa pathologie. Dans le deuxième cas, le TDT jouerait le rôle de levier relationnel puissant dans une stratégie de réaménagement des rôles entre l'individu et son entourage.

L'éloignement de la famille, qui peut être restée au pays ou décédée avant le départ, la solitude due notamment à la perte du réseau communautaire, tous ces facteurs peuvent se combiner et expliquer une vulnérabilité particulière au TDT pour certains individus migrants. Cependant, ce n'est pas non plus la règle.

Notons que si le traumatisme psychique semble constituer un facteur prédisposant dans un certain nombre de cas, la corrélation entre trauma et TDT tient surtout au fait que le tableau clinique serait plus sévère suite à un trauma.

Dans ces cas particuliers, les mécanismes psychopathologiques du trauma (rupture de l'enveloppe psychique par l'effroi) et ceux de la possession (un esprit qui n'était en principe pas destiné à l'individu pénètre à travers la brèche constituée) se combinent dans une logique plus complexe, qui rend également le traitement plus difficile.

Il ne faudrait pas donc pas réduire le TDT à une problématique de type traumatique :

« Le trauma profane l'inconscient, le met devant nous, ce qui est différent de la transe et de la possession qui mettent en scène la rencontre du sujet avec l'autre ou l'*autreté* qui est lui. »

Plus généralement, c'est la tendance au clivage du *Moi* qui pourrait constituer un facteur prédisposant assez souvent retrouvé. Mais cette tendance au clivage n'est spécifique d'aucune pathologie (trauma, psychose, hystérie). Dans ces pathologies, le TDT est « utilisé » comme un symptôme. Ce n'est en tous cas pas en soi un mécanisme ni le révélateur d'un type précis d'organisation psychique.

Il y aurait souvent des antécédents familiaux de transe ou de possession, une logique transgénérationnelle, ce qui peut faciliter le traitement.

Le TDT ne toucherait pas que des sujets d'autres cultures migrant en France. De façon réciproque, le TDT touche aussi des Français expatriés pendant un certain temps en Afrique ou en Asie. Dans ces cas particuliers, les esprits - s'il s'agit du type « possession » - ne sont pas nommables :

« Ces individus n'ont pas accès à la nomination des esprits dans la culture dont ils ne relèvent pas. »

C'est le cas d'un investisseur français dans le pétrole, installé en Afrique depuis quelques années, ayant pris le goût de sa nouvelle vie, comme métamorphosé. Sont alors apparues des « crises » inexplicables, non maîtrisables : il errait la nuit dans les rues jusqu'à l'aube. Le lendemain, il ne se souvenait pas de ce qui lui arrivait. Cela se répétait jour après jour.

« Il avait également la nuit des sensations épouvantables : il voyait des choses, entendait des choses. Il était en contact avec des êtres qu'il avait du mal à décrire, qui ne correspondaient ni aux anges, ni aux démons, ni au diable de sa culture. »

Une fois rapatrié en région parisienne, ses symptômes, contre toute attente, se sont intensifiés, ses « crises » étaient plus longues. Finalement, grâce à la prise en charge en psychiatrie transculturelle,

« il a été apaisé, mais toujours des questions restaient : quel changement de l'intérieur a provoqué ces troubles ? il reste toujours cette part à élucider et les patients viennent en consultations pour ça. »

3. Considérations ethnopsychiatriques, cadre collectif du phénomène

• La forme variable du syndrome

Les présentations cliniques sont ici très différentes de celles du pays d'origine des patients. Sur quelles bases les tableaux cliniques que l'on rencontre sont-ils construits ?

« Il y aurait :

- un tiers commun (universalité des postures, tremblements, agitation, regard..., ce qui est inscrit dans le corps) ;
- un tiers totalement subjectif, propre à la personne (reconnu ni par la famille, ni par la culture), comme un délire très singulier ;
- un tiers métissé, mélangé (par exemple, un *djinn* qui ne parle pas arabe mais français). »

• La transe comme « transition »

Dans les cultures locales, dans la transe (à la différence de la possession) il n'y a pas de « traversée » entre monde visible (des humains) et invisible (des esprits). C'est un moment nécessaire pour éviter la confusion des deux mondes. La transe a une fonction d'équilibrer le monde.

Souvent les patients sont dans des tranches d'âge de transition ou des mouvements de transition entre là-bas et ici, ou ici et là-bas. La transe s'inscrit aussi dans la réalité. Les vraies difficultés sont ailleurs, c'est un « diagnostic d'appel ». Du fait de l'isolement, de la solitude, de l'acculturation, de l'éloignement, de la difficulté de penser les choses de là-bas avec les éléments qu'il a acquis ici, l'individu ne peut accéder aux problèmes liés à une conjoncture particulière.

• TDT et migration

Concernant la relation entre migration et TDT :

« Il y aurait des effets thérapeutiques parfois dans la migration. Il y a dans toute migration un réaménagement psychique, comportemental, qui accompagne le changement d'univers culturel.

D'une manière générale, les difficultés sont une bonne chose, signe de santé psychique, d'une bonne organisation. L'inverse, une absence de réaction quand on passe d'un monde à l'autre serait le signe qu'on est objet du monde, et plus sujet dans le monde. La migration s'accompagne de choses compliquées, qui nécessitent des prises en charge spécifiques d'éléments qui ne sont pas psychiatisables.

Ce n'est pas la migration en elle-même qui est la cause du trouble psychiatrique. »

• De la possession-maladie à la possession-atout

Certains patients arrivent à faire d'une possession-maladie une possession-atout. L'un d'eux a combiné une prise en charge psychiatrique et traditionnelle, et en passant par un rite d'initiation est parvenu à « maîtriser » ses crises et même à les voir comme une aptitude exceptionnelle.

Le TDT est bien à cheval entre le volontaire et le subi, la maladie et la thérapie. Certains patients, en parvenant à surmonter leurs crises, passent du statut de malade à celui de thérapeute et d'expert.

Dans tous les cas, l'objectif thérapeutique ne peut pas être la disparition des crises en tant que telles.

• Qui le TDT mobilise-t-il ?

Il y a une fonction collective du trouble. Ce n'est pas qu'une question individuelle.

Le TDT peut se manifester solitairement, mais c'est très rare, car il n'y a alors pas de témoin pour dire : « Cette personne est rentrée en transe ».

Si dans la possession, généralement, le patient se souvient de l'épisode et peut rapporter l'expérience, c'est à l'entourage de décoder ce qu'il se passe.

Il est noté la propension de certains thérapeutes à assister directement aux crises de leurs patients, supposant que cela aurait à voir avec un certain « pouvoir » du thérapeute à déclencher les crises.

D'autres explications sont possibles, comme celle de faire vivre au thérapeute quelque chose de la frayeur liée au trauma du patient. Un patient aurait dit, après l'une de ces crises face à son thérapeute, : « Moi, ça fait sept ans que je suis effrayé. J'ai voulu qu'il ressente ça aussi. »

Certains patients peuvent ainsi se mettre soudain à hurler ou à dire des choses très menaçantes. Durant l'un de ses accès, un patient aurait prédit des malheurs à son médecin s'il ne se convertissait pas à l'Islam. Les thérapeutes sont dans la plupart des cas très impressionnés.

Dans la culture d'origine des patients, du moins dans certains pays africains, les menaces, les attaques du thérapeute et donc du cadre seraient une modalité classique, voire nécessaire, de l'expression du trouble. En réponse aux coups donnés par le patient au thérapeute et au groupe, ces derniers répondent sur le mode de la contenance physique.

Les médecins non exercés peuvent attribuer ces formes symptomatiques « culturellement codées » à un délire et être tentés de prescrire des neuroleptiques. Ceux-ci, dans tous les cas rapportés, se sont avérés inefficaces. Le cas édifiant d'une telle erreur de prise en charge est décrit plus bas.

L'un des thérapeutes voit aussi une fonction anxiolytique, par dispersion de l'angoisse du patient vers les thérapeutes. Ces angoisses peuvent survenir lorsque l'on aborde, particulièrement dans la langue du patient, des matériaux culturels vécus comme trop menaçants, malgré la fonction contenante du dispositif de consultation transculturelle.

• Comment le trouble est-il perçu et nommé ?

Dans un certain nombre de cas, il s'agit de patients isolés. La question de l'entourage ne se pose alors pas.

Pour les autres, le syndrome n'est pas toujours identifié par l'entourage ou par le patient lui-même comme un syndrome connu dans sa culture d'origine. Les positions peuvent osciller entre plusieurs théories étiologiques, allant de la simulation au trouble neurologique en passant par la possession par un agent identifié.

D'une manière générale, les patients ne se saisissent pas du diagnostic de « transe » ou « possession » si celui-ci est suggéré par le thérapeute.

Il y aurait enfin beaucoup de cas où le trouble ne serait ni reconnu par les thérapeutes, ni par les patients, bien qu'ils en présentent toutes les caractéristiques.

L'identification de l'agent semble être une étape décisive de la thérapie. Cette identification peut être aussi bien faite par le patient lui-même que par l'entourage.

Le regard de l'entourage du patient sur l'agent de la possession sont fluctuants. Ils peuvent aller de la frayeur à la rivalité (dans le cas d'une épouse vis-à-vis d'une *djinniya* de genre féminin), de la méfiance à la confiance, en particulier lorsque le patient entre dans une phase d'alliance avec l'agent.

Loin de sa culture d'origine, l'entourage aurait plutôt tendance à la peur face au phénomène, étant donné sa difficulté à recourir aux réponses traditionnelles habituellement efficaces.

Il est à noter que dans certains cas la transe pourrait survenir par procuration, s'abattant non pas sur le patient lui-même, mais sur un des membres de son entourage. Cela surviendrait lorsque le patient émet des résistances particulières à son identification et à sa prise en charge.

Dans bon nombre de cas ne relevant pas de la pathologie, le TDT fournirait un moyen puissant de redistribution des rôles dans la famille du patient, redistribution généralement avantageuse pour le patient.

4. Au sujet de la catégorisation diagnostique et de la prise en charge

• Les difficultés des soignants par rapport au diagnostic de TDT

La plupart des thérapeutes interviewés ignoraient l'existence du TDT dans le DSM. Les seuls qui en ont connaissance sont ceux qui sont personnellement impliqués dans ce travail de thèse.

Durant ces prises en charge, le diagnostic de « transe » ou « possession » n'a pas toujours été énoncé par les thérapeutes ou par les patients. Lorsqu'il a été émis, il a pu donner lieu à des controverses au sein du groupe des thérapeutes :

« Concernant les crises de Mr C., Les thérapeutes étaient partagés. D'un côté il y avait ceux qui l'ont vécu comme un moment de rupture complète de type « transe », de l'autre, ceux qui ne voyaient là qu'un cirque hystérique. Parmi les explications possibles, on peut voir de la part de ces thérapeutes une défense par rapport à quelque chose de trop culturel, de trop brut, pas pensable au sens anthropologique. Il fallait peut-être que ce soit réduit au plan psychologique. Il pouvait y avoir des commentaires comme : *c'est que ça, la possession ? Non ça peut pas être ça !* »

La filière ayant conduit les patients à rencontrer les thérapeutes interviewés est très variée.

Rares sont les patients explicitement adressés aux thérapeutes pour des crises de transe ou possession ; certains le sont pour des syndromes à connotation neurologique, analysés par le patient lui-même comme tels ; d'autres sont adressés pour des « crises », sans précision, ou encore en raison d'une « présence » rapportée par le patient à son thérapeute initial, alors qu'il le suivait pour une autre raison.

Dans quelques cas, le tableau clinique apparaît chez des patients déjà suivis par un thérapeute sensible à la question transculturelle. Il les adresse alors à la consultation transculturelle pour une prise en charge spécifique, mais toujours dans la continuité du suivi antérieur.

Que ces crises soient inaugurales ou non, plusieurs patients ont présenté des accès de TDT durant la prise en charge, en présence de leurs thérapeutes.

• Les erreurs de diagnostic

Il arrive que les médecins non exercés à l'approche transculturelle prennent peur, dans les cas notamment où ils se sentent menacés par les patients.

Par ailleurs, les médecins peuvent à tort confondre le tableau clinique avec celui d'un délire psychotique, et être tenté de traiter l'épisode de transe ou de possession comme s'il s'agissait d'un accès psychotique à tonalité culturelle. Le traitement chimiothérapique, s'il consiste en des neuroleptiques prescrits à des doses utilisées classiquement pour traiter l'agitation psychotique et l'activité délirante, a régulièrement montré son inefficacité.

Pour illustrer le risque de catégorisation fallacieuse énoncé par Kleinman (1977), Thierry Baubet rapporte l'histoire d'une femme de vingt-cinq ans, d'origine érythréenne (Baubet T., 2007). Celle-ci aurait, dès son arrivée en France, présenté un TDT se manifestant sur un mode « confusionnel ». Son projet était initialement de rejoindre son frère en Angleterre. Etant donné son état, elle a été hospitalisée dans un hôpital psychiatrique parisien. Le diagnostic de psychose a rapidement été posé, justifiant plusieurs séries de traitement neuroleptique à dose supposée efficace, sans que cela n'ait pourtant d'effet sur ses « crises », qui impressionnaient par leur violence, mais sans que personne ne soit jamais frappé. Tout en maintenant le traitement à dose largement sédative, le psychiatre a adressé la patiente à l'un des thérapeutes de l'Hôpital Avicenne pour avis, ce qui a permis de débiter un suivi ethnopsychiatrique. Au cours de l'un de ces entretiens, la patiente a pu livrer l'histoire suivante : cette jeune femme d'un bon niveau d'éducation a fui son pays en catastrophe après une période importante de persécution religieuse (elle est catholique), et aurait peu avant son départ été victime d'un viol au sein même d'un commissariat. Durant les temps qui ont suivi, l'état de la patiente s'est progressivement amélioré, notamment lorsqu'elle a pu prendre contact avec la communauté érythréenne à Paris, lors de permissions de sortie accordées par le service où elle était toujours maintenue hospitalisée. Mais suite à une privation de sortie un week-end, est survenue au sein du service une crise d'une violence exceptionnelle. Un traitement par ECT (électro-convulsivothérapie) a alors été instauré. En raison de cette décision, le suivi en psychothérapie a été suspendu, ce qui ne nous a pas permis d'avoir d'éléments sur son évolution ultérieure.

• Comment le TDT évolue-t-il durant la prise en charge ?

L'évolution habituelle va de plusieurs mois à plusieurs années.

Concernant l'évolution des crises elles-mêmes et la relation du patient avec l'agent de possession, les cas de figure suivants sont rapportés :

- crises aiguës, sans suite ;
- installation dans la durée, « dans un but » ;
- stratégies exorcistes, menant à la suppression des crises ;
- stratégies adorcistes, de cohabitation, correspondant à une élaboration particulièrement riche de la part du patient ;
- absence fréquente de stratégie, du fait de la migration ;
- les crises peuvent persister après la fin de la thérapie, mais elles sont alors maîtrisées.

Classiquement, la symptomatologie évolue d'avantage de la transe vers la possession, dans le sens d'une élaboration croissante, plutôt que l'inverse.

A certains moments de l'évolution, l'agent de la possession exprime des exigences, (« tu es ma femme, tu m'appartiens ») ou permet de négocier la séparation (contre de grands sacrifices). Cela ne surviendrait jamais au début, mais à partir de la stabilisation du trouble ou encore vers la fin de l'évolution. Il s'agirait d'un aspect du processus thérapeutique ; la négociation passerait par le thérapeute initié.

Dans la possession, le sujet fait tout différemment, fait notamment les choses interdites. On comprend mieux les symptômes lorsqu'on étudie la théorie, qui n'est pas sur la possession elle-même, mais sur les possédants qui ont selon leur nature des habitudes ou des exigences particulières.

• La quête de sens

Dans tous les cas, il s'agit de trouver le « sens » de la symptomatologie, et pour cela un dispositif particulier est nécessaire. Les troubles présentés par les patients peuvent effectivement ne pas trouver d'écho dans les représentations « froides » (suite à la migration) des parents par rapport aux phénomènes de transe ou possession. Les individus migrent avec des versions « individuelles » de la culture. De plus, ces représentations peuvent être soumises aux phénomènes d'acculturation, d'effacement total (cas du trauma), de rigidification. Pour toutes ces raisons, il est parfois impossible pour le patient comme pour son entourage familial, étant donné la perte d'accès aux représentations culturelles normalement opérantes, de partir sans aide dans cette quête de sens qui constitue toujours le cœur du traitement. Le dispositif de la consultation d'ethnopsychiatrie est alors nécessaire.

« Pour dégager l'individu de l'implication des choses culturelles qu'il ne comprend pas, il faut un dispositif pour que la famille et le groupe puissent élaborer à partir des représentations culturelles sur ce qui arrive à l'individu. »

La question de l'énonciation du diagnostic de « transe » ou « possession » est particulièrement délicate :

« Il s'agirait plutôt de parvenir à une reconnaissance des crises et de leur nature par l'entourage, ainsi que par les thérapeutes. On peut (en tant que thérapeute) faire remarquer qu'il y a des moments où les patients ne sont plus eux-mêmes. Mais le danger est de faire un diagnostic du type : « vous avez ceci ». Il faut plutôt soutenir l'entourage et le patient dans une quête de sens. Or, si les patients viennent à nous, c'est que cette étape a été impossible ! Dans un contexte normal, ces patients n'arriveraient jamais en psychiatrie. Ils présentent des tableaux qui

ne sont pas faits pour la psychiatrie. En revanche, ils expriment implicitement qu'il existe un désordre et qu'il faut donc chercher à comprendre ce qu'il se passe.

Il ne faut donc pas qu'on (le thérapeute) nomme nous-mêmes le trouble. On peut éventuellement proposer des pistes multiples au patient. Le fait de nommer le trouble comporte un risque iatrogène ; cela peut fixer le patient dans une modalité unique d'expression de sa souffrance. »

En aucun cas la disparition des crises ou le départ de l'agent ne semblent être des objectifs thérapeutiques pertinents ou efficaces, s'ils sont formulés ainsi par les thérapeutes.

Il s'agirait dans tous les cas de favoriser un processus de transformation, en co-pensant, en co-construisant une troisième voie alternative entre la réponse psychiatrique standardisée et la modalité traditionnelle de prise en charge.

Il s'agit donc plutôt de trouver le sens de ces crises, de faire en sorte qu'elles deviennent plus maîtrisables et plus espacées dans le temps.

5. Le TDT comme entité nosographique dans le DSM

• Les limites du TDT tel que le DSM le caractérise

Il paraît très difficile de proposer une description d'un trouble qui soit satisfaisante à la fois pour l'usage en France, dans les pays dits « occidentaux », et pour le reste du monde.

Faut-il laisser les syndromes de transe et possession dans la catégorie des troubles dissociatifs ? Cette catégorie, bien que floue, est suffisamment précise pour certains qui rattachent ces troubles à une théorie particulière du psychisme. Le fait que le TDT soit considéré comme un trouble dissociatif comporterait le risque que le psychiatre réduise un phénomène toujours complexe et singulier à l'illustration de sa propre théorie sur la dissociation.

Au-delà du fait que le TDT devrait bénéficier d'avantage de recherche, tous les thérapeutes s'accordent à dire qu'il faut affiner la classification actuelle, en ajoutant notamment une véritable section culturelle, voire un axe culturel. La classification étant encore trop simpliste, certains thérapeutes interrogés suggèrent de ne rien conclure de ces phénomènes, tout en affinant la description clinique, de sorte qu'il soit ensuite possible, si l'on a réuni suffisamment d'éléments, de « recatégoriser » le trouble de façon véritablement clinique. Il faudrait pour cela accorder plus d'importance à la perception qu'a le patient de sa propre symptomatologie.

• Quelles corrections apporter ?

Une question paraît flagrante dès la première lecture des critères du DSM pour la transe : comment comprendre la notion d'« emprise extérieure », s'il ne s'agit pas d'un trouble de type possession ?

Une autre correction nécessaire, d'après tous les thérapeutes, est celle concernant l'amnésie, qui serait en fait davantage retrouvée dans la transe que dans la possession.

Enfin, le trouble peut provoquer, en plus d'une altération du fonctionnement social et professionnel, une altération du sentiment d'existence.

Concernant le rétrécissement du champ de la conscience, la transe pourrait provoquer non seulement un rétrécissement mais aussi un élargissement des modalités de perception de l'environnement proche.

Au sujet des mouvements répétitifs décrits dans le cas de la transe, ces symptômes sont trop restrictifs. Par ailleurs, la notion de stéréotypie ne semble pas pertinente pour un comportement qui répond partiellement à la subjectivité de la personne et partiellement à la dimension culturelle repérable par le groupe et la culture d'appartenance. En plus de comportements stéréotypés, il faut citer les discours propres à la culture, vécus comme étant le fait de l'agent de la possession.

* * *

Notons tout d'abord que les thérapeutes, s'ils connaissent le trouble en pratique, ignorent en général son existence dans le DSM.

Ils estiment tous que les critères symptomatologiques méritent d'être précisés ou corrigés, notamment concernant la question de l'amnésie, caractéristique de la transe plutôt que de la possession. La distinction entre les deux sous-types prète par ailleurs à confusion.

Concernant les causes du trouble, les thérapeutes interrogés sont prudents et estiment qu'on ne peut considérer la migration elle-même comme une cause, mais plutôt l'ensemble des processus ayant conduit à cette migration, en lien avec l'histoire personnelle et familiale du sujet. Il ne faut pas non plus céder à la tentation de faire correspondre le trouble avec un type de personnalité sous-jacente, définie selon nos conceptions. Le TDT peut aussi être une ressource dans le réaménagement parfois brutal des relations avec l'entourage et dans l'acquisition d'un nouveau statut. Cette dimension relationnelle engage aussi le thérapeute lorsque les crises surviennent dans le cadre de l'entretien. Dans tous les cas, la perte du réseau communautaire d'origine et certains processus psychiques liés à l'acculturation semblent être responsables de la répétition des crises et de l'installation du trouble ; ceci est dû à une perte de l'accès aux réseaux de significations contenus dans la culture d'origine de la personne.

Le TDT ne se suffit pas à lui-même du point de vue du sens. En tant que diagnostic d'appel, il faut en trouver la signification. Pour cela, le discours du patient, porté par ses thérapeutes, contiendrait les clefs de la guérison. Cette guérison ne se réduisant pas à la disparition des crises, l'une de ces clefs résiderait dans l'identification et la nomination de l'agent par le patient. A ce sujet, le discours du patient a une place prépondérante, alors même qu'il paraît secondaire dans la culture d'origine - où c'est traditionnellement l'entourage qui produit le discours et donne le sens de l'expérience. Dans tous les cas, l'énonciation du diagnostic par le thérapeute pourrait s'avérer infructueuse ou même aggravante.

Il existe, parmi les évolutions observées, un changement possible de statut des crises qui ne sont plus subies et désorganisantes comme au début du trouble, mais contrôlées et utilisées comme un vecteur d'accomplissement pour la personne. Ce type d'évolution se rapproche fortement du modèle anthropologique de l'adorcisme, considérant l'agent de la possession comme une ressource et non plus comme un adversaire.

Enfin, les thérapeutes sont tous favorables à l'inclusion du trouble dans une future édition du DSM, ce qui permettrait d'éviter des erreurs diagnostiques et donc thérapeutiques graves. Toutefois, il apparaît aussi que le TDT, tel que le DSM le décrit actuellement, s'il est classé dans la catégorie des troubles dissociatifs, pourrait générer des biais dans le repérage et la compréhension du trouble. Ce dernier point nous semble essentiel, à savoir que le DSM devrait d'emblée distinguer le cas particulier des transes survenant en situation

« transculturelle » - suite à la migration – par rapport à celles survenant en situation « intraculturelle ». Ces cas particuliers recèlent effectivement un nombre important de particularités, non seulement dans leurs formes, mais aussi dans leurs structuration profonde, révélant certainement d'autres enjeux. Faire figurer le TDT comme un énième trouble dissociatif limite aussi sa compréhension. Ce trouble, de par sa composante culturelle et les outils conceptuels qu'il nécessite chez le thérapeute, se distingue des autres troubles dissociatifs du manuel.

En proposant le TDT à l'étude, la classification américaine, tout en faisant un pas décisif vers une meilleure validité culturelle de son système, lui impose paradoxalement d'aller encore plus loin. Une avancée supplémentaire peut passer par l'inclusion d'un sixième axe culturel, à côté des cinq axes que sont : troubles cliniques, troubles de la personnalité, affections médicales générales, troubles psychosociaux et environnementaux, et enfin évaluation globale de fonctionnement.

V - Le cas clinique de Mr C.

Arrivé à ce stade de notre travail, l'étude d'un cas clinique détaillé peut apporter un éclairage important concernant les manifestations cliniques du trouble comme ses exigences thérapeutiques. Aucun cas clinique ne saurait être représentatif du TDT en général. Le cas de Mr C. a été choisi d'une part pour sa richesse clinique, d'autre part pour illustrer comment différentes problématiques sociales et culturelles peuvent se combiner et rencontrer les logiques psychopathologiques d'un homme en prise avec son histoire transgénérationnelle et son affiliation culturelle. Le récit qui compose la première partie est basé sur celui qu'en a fait Thierry Baubet (2008).

Après avoir nous même étudié l'histoire de Mr C., nous sommes allés à sa rencontre afin de l'interroger sur la phénoménologie du trouble, ses représentations de la maladie, ainsi que ses conceptions concernant la thérapie du TDT. Cette rencontre, décrite dans la seconde partie de ce chapitre, a consisté en une interview enregistrée et retranscrite intégralement. Les questions avaient été préparées à l'avance et nous avons déjà été présenté au patient en présence de son psychiatre traitant, afin de lui expliquer l'objet de notre travail et lui demander son accord. L'interview s'est déroulée quelque temps après, en présence d'un psychiatre de culture berbère et parlant kabyle, afin que Mr C. se sente libre de parler dans l'une ou l'autre langue. L'une des difficultés de cet entretien était liée à l'appréhension de Mr C. qui craignait que l'on déclenche par nos questions une nouvelle crise. Pour cette raison, nous avons pris soin de ne pas aborder trop directement certains points, comme ceux liés à l'agent de la possession, à moins que le patient lui-même en ait déjà parlé.

La troisième partie consiste en une discussion des éléments saillants de l'histoire de Mr C., ainsi que de ses conceptions concernant le trouble.

A – L'histoire de Mr C.

Mr C. a quarante-huit ans lorsqu'il est adressé par sa neurologue au service de psychiatrie transculturelle. Il est suivi en neurologie depuis deux ans suite à un AVC (accident vasculaire cérébral) hémorragique compliqué d'un coma de plusieurs jours. Il présente depuis son accident des « crises » étranges, non épileptiques, ainsi que des troubles du caractère et des symptômes dépressifs. Tous ces symptômes ainsi que les revendications du patient font craindre un risque de « sinistrose ».

Mr C. est un Algérien kabyle, marié et père de quatre enfants. Il a grandi en Algérie puis émigré en France à Paris à l'âge de vingt-et-un ans. Il y exerce le métier de boulanger, travail qu'il n'a pas pu reprendre depuis l'AVC. Il a deux sœurs. Sa mère est décédée deux ans plus tôt des suites d'un diabète. Son père, lui, est mort quand il avait trois ans dans des circonstances qui seront précisées plus tard.

Il décrit son AVC comme une violente explosion :

« Comme si on m'avait balancé une grenade dans la tête. Depuis, mon corps ne veut plus de moi. »

Les symptômes suivants se sont ensuite installés : « crises » incontrôlables, durant lesquels il se sent très mal, tremble et a peur d'agresser quelqu'un ou de se tuer - les premiers signes sont des fourmillements, des tremblements et une perte du tonus musculaire. Son entourage ne le reconnaît plus lors des crises ; insomnies avec cauchemars intrusifs concernant l'accident neurologique ; hypervigilance, repli, claustration au domicile ; impuissance.

À cela se rajoute depuis quelques semaines une symptomatologie dépressive comprenant : idées suicidaires de plus en plus fortes, désespoir, pessimisme et culpabilité faisant redouter un passage à l'acte.

Le tableau est donc dominé par la symptomatologie dépressive et anxieuse, avec ces crises difficiles à catégoriser, qui s'expriment et s'expliquent pour Mr C. sur un mode essentiellement somatique.

Il décrit les premières années de sa vie en Algérie. Son père Ameziane a été assassiné (peut-être par quelqu'un de la famille) pour avoir soutenu les Français durant la guerre d'Algérie. Mr C. garde le souvenir vif de la procession funèbre ; il dit avoir été saisi par la vision du doigt mutilé de son père. Cette image reviendra souvent comme un « flash », avec toute la violence de ses détails.

Les années qui suivent sont marquées par la désolation et l'abandon. Enfant, Mr C. était considéré comme le « fils du traître ». Il part dès que possible pour Alger où il apprend son métier, puis pour la France. Il y a des pans entiers de sa mémoire qui demeurent inaccessibles entre l'assassinat de son père et l'AVC, quarante-cinq ans plus tard : « la mémoire est partie ».

Une hospitalisation de deux semaines est organisée, puis une prise en charge sur le mode suivant :

- psychothérapie individuelle hebdomadaire
- groupe thérapeutique mensuel au sein du dispositif transculturel
- suivi par le psychiatre référent, prescripteur du traitement (clomipramine ANAFRANIL® 150 mg/j, clorazépate dipotassique TRANXENE® 150 mg/j, tiapride TIAPRIDAL® 300 mg/j)

Mr C. est reçu avec sa famille, ce qui permet de comprendre les interactions et la redistribution des rôles depuis l'AVC et l'émergence des « crises ».

M^{me} C. :

« Depuis qu'il est malade, il a changé, ce n'est plus le même. Ce n'est pas celui qui est parti à l'hôpital. Il se ferme sur lui-même. Il a passé trois mois sur le canapé, ne voulant parler à personne. Il nous crie dessus. Il me dit que je ne comprends rien. L'autre jour, il était en crise, je voulais partir. Il m'a retenue et j'ai senti la force qu'il avait ce jour-là. Il a changé de couleur. Il était blanc, il est devenu noir. »

A ce stade, Mr C. attribue toujours ses crises à un problème vasculaire cérébral, malgré les propositions étiologiques « culturelles » - comme la *khal'a*¹ - par certains thérapeutes, dont un qui est d'origine berbère².

¹ La *khal'a* est un terme de l'arabe dialectal utilisé dans le Maghreb pour désigner la frayeur. Il signifie : « arracher brutalement ». La *khal'a* est un modèle spécifique de trouble lié à la frayeur, provoquant la séparation âme / corps. Lors de la frayeur, l'âme peut quitter le corps de celui qui est effaré, ce qui signifie qu'un *djinn* ou un autre être surnaturel peut y entrer. Cette modalité de possession, soudaine et brutale car liée à l'effroi, prive la personne de toute capacité de négociation. Les troubles se succèdent, passant de la sidération initiale à des transes répétées montrant une modification de l'identité. La logique thérapeutique consiste à produire un autre trauma, agissant notamment sur l'enveloppe corporelle. Dans les confréries *Hamadcha* du Maroc, le traitement passe par l'organisation d'une *hadra*, rituel de transe (Baubet T., 2008).

Par ailleurs, Madame se sent délaissée et se plaint qu'ils n'ont plus de relations sexuelles. Mr C. est en conflit important avec son fils aîné qui prend de plus en plus son indépendance et fait des reproches explicites à son père, qui néglige aujourd'hui son épouse. Les autres enfants voient leurs résultats scolaires chuter.

Dès ces premiers entretiens, est évoqué le thème central de la malédiction et de la « menace », dont on comprendra qu'elle pèse sur toute la famille et depuis plusieurs générations. Le couple (qui a des liens de parenté avant le mariage) a perdu leur première fille, décédée à quelques mois de vie, alors que Mr C. était déjà en France et que son épouse ne l'avait pas encore rejoint. Ce décès a été vécu pour chacun dans la solitude et la frayeur, comme la manifestation évidente de cette menace.

Au fil des entretiens, Mr C. revient sur l'étiologie culturelle *khal'a*, qui lui avait été proposée plus tôt ; cette proposition aurait eu sur son esprit l'impact d'une nouvelle « explosion », ce qui rappelle le terme qu'il avait utilisé pour décrire son AVC.

Il associe également ce mot *khal'a* à la quête du sens de sa destinée, qui l'emmènera toujours plus loin dans des hypothèses de plus en plus complexes sur ses troubles.

Mr C. peut dire qu'il a vécu différentes frayeurs (*khal'a*) : celle de l'assassinat de son père, celle de la mort de sa fille, celle de son A.V.C.

Il laisse entendre plusieurs fois sa crainte de perdre à présent son plus jeune fils Ameziane, qui porte le même nom que le père de Mr C., mort assassiné.

D'autres entretiens avec toute la famille mettent en scène les conflits incessants avec le fils aîné et la situation d'assisté qu'est aujourd'hui celle de Mr C., qui ne subvient plus aux besoins de sa famille, ainsi que tous les reproches dont il est victime, perdant à la fois son statut de mari, de père et d'homme.

Mr C. et sa famille ne peuvent pas encore concevoir les cultures « d'ici » et de « là-bas » autrement qu'en opposition farouche.

Le patient utilise les défenses du clivage et du déni de façon prépondérante. Il semble avoir subi des amputations psychiques successives à chacun des traumatismes qu'il a vécu.

Mr C. peut narrer l'histoire de sa migration, qu'il présente comme une volonté de « tout recommencer à zéro... une nouvelle vie ». Il a ainsi essayé en vain d'obtenir un nom français et de mener une nouvelle existence, comme pour s'amputer de ses souvenirs et de la frayeur toujours agissante de la malédiction qui frappe chaque génération. Cette migration est comprise par le groupe thérapeutique comme un « traumatisme volontairement organisé ». Cela expliquerait pourquoi Mr C. ne peut penser les deux mondes (français et kabyle) autrement que disjoints, et qu'une fois dans une logique, il ne peut que considérer l'autre comme persécutante. Chez lui, le clivage devient une modalité défensive rigide et permanente, s'exprimant par le refus de parler dans sa langue, la méfiance vis-à-vis de tous ceux qui relèvent de sa culture, thérapeutes compris, et par des propos très cinglants à l'égard des musulmans en général.

Ce clivage peut, selon Grinberg et Grinberg (1986), être une première étape accompagnant les mécanismes de deuil et de dépression normalement à l'œuvre dans les premiers temps suivant la migration. Cependant, le clivage est en principe surmonté pour permettre ensuite le

² Les Berbères sont une ethnie autochtone d'Afrique du Nord. Ils sont répartis sur près de cinq millions de kilomètres carrés — depuis le Maroc jusqu'à l'ouest de l'Égypte — en différents groupes, ayant une culture et une langue commune (le berbère ou *tamazighi*), déclinée en plusieurs dialectes locaux. Les Berbères se désignent d'abord par leur ethnie régionale : Kabyles, Rifains, Touaregs, etc (Jardin Y. et Rekaewicz P., 1994).

métissage des univers culturels. Nathan (1986b), quant à lui, estime que la migration a toujours un effet traumatique, par rupture des « contenants culturels ».

Les « crises » de Mr C., correspondent à ce stade au TDT type « transe », se répètent régulièrement durant toute la prise en charge bien qu'elles changent de forme et qu'elles donnent lieu à plusieurs discours successifs de la part du patient. On peut les comprendre comme un douloureux retour des parties clivées du *Moi*, soigneusement mises à l'écart de la conscience lors de la migration, mais ressurgissant de façon incompréhensible au moment du nouveau trauma qu'a provoqué l'AVC. Pendant les deux premières années de la prise en charge, le patient semble subir passivement ces crises, comme un pantin dépossédé de volonté propre. Il invoque d'abord une cause somatique, puis se saisit progressivement du modèle maghrébin de la *khal'a* (cf. *supra*). Mr C. explique que tout change durant les crises : « la force, les paroles, l'esprit, les yeux ». Il ne peut en parler qu'avec terreur, sueurs et tremblements. Les trances sont vécues par son épouse comme la reviviscence du traumatisme lié à l'AVC de son mari ; en outre, elle a peur qu'il finisse par mourir d'une de ces crises. Elle ajoute que durant les crises, elle ne le reconnaît pas. Elle rapporte qu'après chacune d'elles, suit un temps très pénible où son mari s'isole, pleure et refuse de lui parler.

Mr C. explique : « Ces crises, elles m'apprennent chaque fois quelque chose ». Ce matériel fait de souvenirs, d'affects douloureux et d'images constamment renouvelées, est ensuite repris par le groupe thérapeutique pour en permettre son élaboration. Les rêves également deviennent plus nombreux et plus riches en contenu.

Au sujet de ses crises, il dit bientôt : « quand je suis en crise, je suis vide, et j'ai comme un corps étranger ». L'un des thérapeutes, d'origine berbère évoque à nouveau la *khal'a* et suggère la possibilité d'une possession par un djinn. Mr C. se saisit immédiatement de la proposition et répond : « J'ai besoin de savoir, ce n'est pas moi, ça fait mal. Je ne supporte plus la race humaine. J'ai envie de me suicider pour que ça s'arrête. »

Suite à cela, Mr C. retrouvera le souvenir de pans entiers de son histoire familiale : il rapporte deux meurtres commis par deux oncles paternels, frères aînés d'Ameziane. L'un d'eux aurait tué son neveu, l'autre leur mère, la grand-mère de Mr C. La raison de ce matricide pourrait être qu'elle a été accusée de relations sexuelles transgressives, peut-être homosexuelles¹. Le frère d'Ameziane l'aurait tuée d'un coup de hache, sur le front. Le bijou de front kabyle qu'elle portait est aujourd'hui gardé par une des sœurs du patient et porte bien la trace du coup. Mr C. raconte que son père Ameziane, qui était en train de têter au moment du matricide, aurait été retrouvé au sein de sa mère morte, dans une flaque de sang.

Les « crises » de Mr C. gagnent désormais à être éclairées par les travaux de Abraham et Török (1978) décrivant la psychopathologie des traumatismes non élaborés, tenus secrets, constituant des « cryptes » intrapsychiques, transmises telles quelles à la descendance du fait de la carence de symbolisation. Le patient porterait donc les cryptes liées aux traumatismes non élaborés de ses ancêtres.

¹ Au cours d'un autre entretien, le patient nous a révélé que sa grand-mère a pu être accusée de prostitution : « Même si elle était une prostituée, on ne peut pas tuer sa propre mère ! ».

Les crises vont, à ce moment de la prise en charge, augmenter en force et en intensité. Il agresse une voisine âgée, et rare proche de la famille, alors qu'elle se prépare à aller en pèlerinage à la Mecque. Il lui dit qu'il « veut l'embrasser sur la bouche et que son pèlerinage, c'est comme des excréments ».

De façon de plus en plus explicite, le couple (successivement son épouse puis Mr C.) fait allusion à une possession par un *djinn* du genre féminin, une *djinniya*.

Plus tard, une autre crise atteint une violence sans précédent. Cela se produit à la maison suite à un conflit avec le fils aîné. Mr C. entre dans une grande colère, hurlant gesticulant avec les yeux exorbités. Il traite alors l'aîné de « sale bâtard » devant ses frères et sœurs et le menace de « lui arracher le cœur ». Il embrasse ensuite sur la bouche sa fille et ses deux plus jeunes fils. Il nomme la *djinniya* « Fatma Zohra »¹, puis s'enferme dans sa chambre pendant que les enfants terrorisés se mettent à pleurer. Mr C. dit après-coup avoir entendu une voix qui lui parlait dans l'oreille et le téléguidait sans qu'il puisse s'y opposer.

Parfois Mr C. voit la *djinniya* sous la forme d'une femme. Elle apparaît chez lui, assise à ses côtés ou même dans la rue. Certains détails la distinguent des humains : ses pupilles en forme de fentes verticales et ses pieds en forme de sabot. Ces visions le terrorisent.

Madame voit la *djinniya* comme sa rivale : « Si tu n'es pas content avec moi, tu n'as qu'à aller avec ton autre femme ». Selon elle, c'est bien cet esprit qui est à l'origine des crises ainsi que de l'impuissance de son mari.

Le concept de *djinn* (plur. *djnoun*) appartient essentiellement au monde musulman. Il s'agit de créatures de genre féminin ou masculin, peuplant le monde invisible parallèlement au monde humain visible. Les *djnoun* sont organisés en société, possèdent une hiérarchie et ont à leur tête un roi, *Sidi Chamarouch*. Ils peuvent vivre en couple et avoir des enfants, suivre les mêmes religions que les hommes ou bien être athée. Ils se caractérisent par leur caractère arbitraire, colérique et capricieux (Daring J., Khudoberdiev S., 2007).

Les situations de transition (changement de statut, âges de la vie) fragiliseraient les humains par rapport aux *djnoun*. La grande variété des termes existant en arabe (Nathan T., 2001) révèle la variété des rapports qui peuvent s'établir entre le *djinn* (agent) et l'homme (hôte). On peut ainsi être « pris », « frappé », « frotté », « porté », « habité », « monté », « possédé » par un *djinn*, ou encore être sa « propriété » (le *djinn* est dit « propriétaire », *melk*). De plus, les humains et les *djnoun* peuvent avoir des rapports sexuels (Chlyeh A., 1999), ce qui pourrait donner naissance à des enfants de *djinn* (Nathan T., Moro M.R., 1989). Certains *djnoun* portent un nom, et donnent lieu à des cultes bien établis au sein de certaines confréries religieuses.

Les recherches ne rapportent pas l'existence d'une *djinniya* connue sous le nom de Fatma Zohra, mais celle d'Aïcha Qandicha, qui présente avec elle de nombreuses similitudes dans son caractère et les formes qu'elle prend lorsqu'elle se montre (Westermarck E., 1926, Crapanzano V., 2000). Cette *djinniya* est capable de faire d'un homme son esclave et de l'assujettir au moindre de ses désirs. Elle ordonne alors que l'homme se néglige physiquement, lui interdit toute relation sexuelle avec des femmes « non affiliées », voire avec sa propre épouse. L'homme ne peut s'y dérober sous peine d'être étranglé par elle. Les « affiliés », eux, ont certaines obligations culturelles précises et contraignantes pour lui rendre hommage. Aïcha Qandicha est connue pour avoir de nombreux maris et de nombreux affiliés.

¹ « Fatma Zohra » est le nom de la fille du prophète Mohammad et de sa première épouse Khadija. Il signifie littéralement Fatma, « la resplendissante ».

À ce stade de la thérapie, le TDT passerait donc du type « transe » au type « possession ». Si les thérapeutes n'avaient pas connaissance du diagnostic de TDT proposé par le DSM, ils ont eu en revanche une position très claire sur le fait que les troubles ne relevaient en aucun cas de la psychose, bien qu'on trouve avec elle certaines similitudes (délire, automatisme mental, hallucinations, désorganisation). C'est grâce à un travail minutieux de repérage clinique et d'élaboration que le groupe a considéré qu'il s'agissait d'un tableau prenant son sens au niveau anthropologique sous la forme d'un phénomène de possession. La personnalité sous-jacente du patient, elle, a pu être considérée comme une personnalité limite.

Cette élaboration progressive des crises neurologiques vers la transe, puis vers la possession par une *djinniya* identifiée, correspond au travail d'élaboration de plus en plus poussé de Mr C. qui, porté par ses thérapeutes, produit des théories de plus en plus précises sur ses troubles. C'est ainsi que le patient, dans le cadre de la malédiction familiale, retrouve le souvenir d'une autre transgression. Son père Ameziane, s'étant senti un jour humilié que son épouse aille se plaindre chez des amis des mauvais traitements qu'il lui faisait subir, l'aurait ligotée sur une chaise et lui aurait fait manger des excréments avant de la répudier. Le patient fait lui-même le lien avec les propos qu'il a adressés à sa voisine.

La menace invisible de la malédiction, toujours plus vive, plonge le patient dans un syndrome mélancoliforme qui justifie une hospitalisation de plusieurs semaines.

Les crises s'espacent peu à peu, et Mr C. est capable de les anticiper, s'isolant alors un moment de sa famille. Elles ne constituent plus un enjeu central, même s'il semble que le patient y ait parfois recours afin de réasseoir son autorité familiale.

Le patient part seul au pays, représentant sa famille à un mariage. Ce voyage est marqué par la rencontre d'une communauté de mystiques soufi, avec qui il noue des liens profonds. Par ailleurs, Mr C. est amené à assister à la séance d'exorcisme conduite par un imam pour l'une de ses nièces tombée malade. La nièce hurle avec une voix étrange qu'elle est un *djinn* et qu'elle a sept femmes et sept enfants avec chacune d'elles. Au moment où le religieux a recours à la force pour contenir l'adolescente, Mr C. le menace tant et si bien que la séance est finalement interrompue.

La dernier temps de la prise en charge est marqué par le passage des crises au second plan et par la fin des transgressions.

Mr C., une fois de retour, décide, d'abord contre l'avis de sa femme, d'organiser au pays une *waàda*. Cette cérémonie est une fête réunissant la famille élargie, la communauté et certains représentants importants de toute une région, et au cours de laquelle sont réalisés des sacrifices et des offrandes permettant de s'acquitter de dettes avec le visible et l'invisible, de renouer le pacte entre les hommes et avec Dieu.

Le patient a une compréhension de plus en plus fine de la malédiction familiale : suite à différents problèmes, son grand-père (père d'Ameziane) qui était fils de marabout, aurait demandé à Dieu « sept garçons pour le venger », et procédé pour cela à une offrande. C'est cette transgression première qui aurait déclenché la malédiction qui s'abat à travers les générations comme une implacable série de drames et de traumatismes ayant déjà touché les cinq fils du grand-père (dont Ameziane, père du patient, mort assassiné), et à présent Mr C.

lui-même, et qui pourrait encore se poursuivre sur sept générations si rien n'est fait. Pour conjurer le sort, Mr C. souhaite donc sacrifier sept moutons lors de cette *waâda*.

Durant la cérémonie qui a réuni un grand nombre de participants, Mr C. raconte avoir rejoint dans la transe un groupe de musiciens soufi invités pour l'occasion. Ce désir de danser avec eux a été encouragé par sa *djinniya*,

Mr C. entretient avec sa *djinniya* des rapports moins conflictuels. Il s'inscrit dans une stratégie d'adorcisme et d'affiliation plutôt que d'exorcisme (de Heusch L., 1999). La danse effectuée devant sa famille était aussi pour lui l'occasion de les inviter à son propre mariage avec Fatma Zohra.

Suite à la transgression de son grand-père, la malédiction qui n'avait jusque là frappé que six membres de la famille (son père et ses quatre frères, puis lui-même) et qui menaçait d'en frapper un septième (une nièce, son dernier fils, s'appelant lui aussi Ameziane), était à présent levée.

Il décrit maintenant l'entité ayant pris possession de lui comme un « ange » qui lui a dit et montré tout ce qu'il devait faire pendant toutes ces années. Il déclare aussi avoir eu dès la première crise, même s'il ne pouvait rien en dire, la conviction qu'il s'agissait d'un *djinn*. Il peut à présent décrire avec détail et devant son épouse la succession des crises, ses anciennes envies suicidaires, son effroi devant le matricide, tout cela sans être submergé par une nouvelle crise. Son épouse, en l'écoutant ainsi parler s'inquiète : « Là, tu y entres à nouveau ! ». Lui répond : « J'y entre, mais seulement pour en parler. Comment a-t-il pu tuer sa mère ? (silence) Mais aujourd'hui la dette c'est fini. (silence) Heureusement que vous étiez là. ». Madame : « Oui, heureusement, sinon, on aurait tous perdu la raison. »

Mr C. ajoute qu'il se sent désormais être un « homme complet » et que ses enfants sont protégés. « La voix m'a dit que logiquement j'étais mort. Il n'y avait plus que ma carcasse. Mon âme était partie voir ailleurs, elle a vu les ancêtres et elle a vu qu'ils souffraient, je devais porter leur message. »

Mr C. arrivait aussi à la fin de sa prise en charge individuelle. Lors d'une des dernières séances, il fait une nouvelle crise : le patient vient de dire qu'il a aperçu récemment Fatma Zohra dans la rue mais qu'il a fui après avoir reconnu ses yeux particuliers. Il demande à avoir un verre d'eau, puis l'asperge au visage de son thérapeute, se met debout, et hurle de façon péremptoire, parlant des souffrances qu'aurait enduré le thérapeute pendant sa propre enfance.

Reprenant cet épisode avec le groupe thérapeutique, le patient est après-coup très embarrassé de ce qui s'est passé, mais assume à la fois son geste et ses propos, affirmant qu'il s'agissait de paroles qui lui sont venues et qui s'adressaient à l'âme du thérapeute : « C'est des paroles qui agissent avec le temps, on comprend plus tard. Il comprendra ».

Mr C. n'est plus le jouet passif de la possession, il est entré dans une phase d'alliance avec la *djinniya* et possède à ce titre de nouvelles compétences, comme celle de thérapeute. Les paroles qu'il a prononcé lui ont été « inspirées » dit-il, et non plus dictées ou imposées. Quant au geste d'asperger l'autre¹, il est utilisé par les guérisseurs qui soignent la *khal'a* (Lheimur M., 1990).

¹ During J., Khudoberdiev S., (2007 : 192) notent qu'on retrouve ce geste d'aspersion d'eau dans d'autres cultures, notamment en Asie Centrale.

La dernière consultation avec le groupe montre un homme réconcilié à la fois avec son histoire familiale, sa propre histoire, sa migration auto-infligée, sa culture, sa langue, sa femme, mais aussi avec Dieu. Mr C. utilise des métaphores mystiques pour analyser son propre cheminement. Il dit n'avoir « plus peur de rien ». On comprend également qu'il a retrouvé sa virilité.

De lui même il peut dire : « Tout ça c'est fini (...), il faut tourner la page. Même si je porte tout ça, je dois le gérer autrement. La thérapie, j'arrête. Et le groupe aussi ».

B – Rencontre et interview de Mr C. (cf. annexe 4)

E.D. : Comment vous sentez-vous en ce moment ?

Mr C. : Ça va.

E.D. : Est-ce que vous êtes encore suivi ? Par qui ?

Mr C. : Uniquement par mon psychiatre. Je ne vois plus de psychologue, et j'ai arrêté la consultation d'ethnopsychiatrie.

E.D. : Vous arrive-t-il encore aujourd'hui d'avoir des crises ?

Mr C. : Pas récemment.

E.D. : Pourriez-vous décrire une de ces crises ? Pourriez-vous décrire ce que vous sentez, ce que vous voyez, ce que vous faites, ce que vous dites ?

Mr C. : Par exemple, un jour, j'ai accueilli un neveu orphelin à la maison. On s'est rendu compte qu'il avait volé quelque chose à la maison. C'est ça qui a déclenché une crise.

Pendant ces crises, j'ai une force !... Je peux pas vous la décrire ; je peux casser des portes.

Quand je suis revenu à moi, j'étais obligé de quitter la maison. Je me faisais trop de reproches à moi-même.

E.D. : Vous souvenez-vous de ce qui s'est passé ?

Mr C. : Je sais pas comment arriver à vous expliquer ça. L'âme elle est sortie, ou bien c'est l'esprit qui est rentré. Je ne sais pas...

Quand je reçois les ordres je suis obligé de les appliquer. Même si je ne veux pas, je suis obligé.

E.D. : Est-ce que c'est quelque chose de pénible ?

Mr C. : Oui.

E.D. : Comment est-ce qu'on pourrait appeler ces crises ; est-ce que vous avez un nom, ou un mot pour ça ?

Mr C. : Pendant une de ces crises, j'ai sorti un nom à ma femme : Fatma Zohra.

[En kabyle] C'est pas le nom que je donne aux crises ; les crises, je les appelle « possession ».

E.D. : Comment ça se passe avec votre famille ? Qu'est-ce qu'ils pensent de ça ?

Mr C. : C'est vraiment très difficile. Jusqu'à maintenant, il y a la crainte..., ils ont peur. Encore aujourd'hui.

Dans ces moments-là, je suis très violent. Et j'ai une force !...

E.D. : Et vos amis, les gens qui sont de votre culture, les responsables religieux ou d'autres personnes qui connaissent ces choses : est-ce que vous leur avez parlé de ça ? Qu'est-ce qu'ils en pensent ?

Mr C. : Les religieux. Il y en a que j'aime bien. Il y en a que je déteste.

Au début, j'étais voir deux ou trois marabouts, des cheikh. Je les ai agressé directement.

E.D. : Pourquoi ?

Mr C. : [en kabyle] Parce qu'ils n'étaient pas authentiques.

E.D. : Au début des crises, les neurologues et les médecins ne comprenaient pas ce qu'il vous arrivait : ils pensaient que c'était de l'épilepsie, que c'était dû à votre attaque cérébrale. Et vous, est-ce que vous compreniez déjà ce qu'il vous arrivait ? Comment est-ce que vous avez compris ?

Mr C. : Je ne comprenais pas, jusqu'au moment où j'ai fait une crise à la maison. Ma femme a eu peur de moi, elle s'est sauvée.

[En kabyle] Il y a eu une espèce de prodrome qui était exactement comme les crises initiales, mais à la fois avec une perception, un sens aigu de ce qui se passait, et accompagné en même temps d'un détachement par rapport à la vie. Cette double perception m'a fait prendre conscience que cette expérience avec quelque chose de singulier.

Suite à ça, j'ai envisagé le suicide ou partir loin parce qu'il y a eu des actes transgressifs, notamment vis-à-vis de ma fille.

C'est là que j'ai pris conscience que j'étais face à quelque chose qui me transcendait, me dépassait.

E.D. : Est-ce que vous aviez des connaissances particulières sur les êtres surnaturels qui peuvent habiter les personnes ?

Mr C. : Non. Maintenant, ça vient comme des rêves ou des cauchemars. Mais avant, j'avais pas de connaissances.

E.D. : Est-ce que, dans votre enfance, vous avez vu des gens faire des trances ou être possédés ?

Mr C. : Non. Je crois que c'est une souffrance pendant la guerre d'Algérie peut-être... Parce que tout est mélangé dans ma tête.

Une souffrance par rapport à ma famille, par rapport à mon père qui a été assassiné devant la mosquée par des Algériens. « Fils de traître ». On m'appelait comme ça. Ça fait très mal.

E.D. : A quel moment avez-vous su que cet être invisible avait un nom ? Comment l'avez-vous reconnu ?

Mr C. : [en kabyle] Dans un moment de crise, où il y a eu transgression à la fois avec ma fille et une voisine qui est quelqu'un d'important pour ma famille. J'étais en train de faire mes ablutions. Cette femme devait venir me voir. J'ai dit à sa fille qu'elle ne pourrait venir qu'à condition qu'elle ait fait ses ablutions, ce qui est une transgression... Par association, j'ai dit le nom de Fatma Zohra.

Ce n'était pas moi qui ai parlé ainsi de la voisine, c'était un ordre qui me venait d'elle.

E.D. : Aujourd'hui avez-vous l'impression de vivre avec, ou bien est-ce terminé ?

Mr C. : Elle vient me passer des messages personnels. Des fois, je mets trois mois, six mois pour les comprendre. Pour vous dire comment les événements peuvent prendre sens après coup...

[En kabyle] En janvier, c'était la fête du sacrifice du mouton. J'étais en Algérie. Je passais la nuit chez la belle famille de ma fille. Au moment de la prière, à la mosquée, je suis allé faire mes ablutions. J'ai croisé là un homme que je connaissais de vue, un homme de plus de soixante ans. Il sortait tout juste des sanitaires. Et moi, quand j'y suis rentré, j'ai vu quelque chose que je me suis promis de ne jamais raconter. J'étais tellement saisi que j'ai crié très fort.

On m'a entendu. Un vieil homme que je connais depuis longtemps était là : il m'a demandé de ne rien dire : « De grâce, garde ce que tu as vu pour toi. Ne le dis à personne. C'est le meilleur moyen de garder le respect de cet endroit et la protection du lieu ».

Il y a un adage qui dit ceci : un sage raconte qu'il a une femme d'une grande beauté mais ayant malheureusement quelques troubles. Il l'emmène chez un marabout pour une consultation. Le marabout lui dit : « Toi tu peux partir, et ta femme tu la laisses ». L'homme regarde le marabout et lui dit : « Si c'est ça le traitement que tu proposes, alors moi aussi, j'en suis un [un saint, un savant] ».

E.D. : Est-ce que ça vous apporté des choses en plus : des connaissances que vous n'aviez pas avant, ou des choses que vous pouvez faire maintenant, etc. ?

Mr C. : Moi je retourne dans ma famille, dans le passé.

Je suis humain, ça vient de « là ». Mon grand-père, il est sorti du chemin de la foi. Tu récoltes ce que tu as semé. Assassiner sa mère ! J'arrive pas à comprendre. Assassiner son neveu !... J'arrive pas à comprendre.

Et c'est là, ... ce que j'ai mis du temps à comprendre, c'est que j'ai failli être comme eux, le jour où j'ai « glissé » avec ma fille.

[En kabyle] Qu'est ce qui fait l'humanité des peuples ? Leur ouverture, leur respect des règles, leur générosité. Cette expérience m'a permis de revisiter ce passé qui est fait d'une répétition que moi j'ai failli entretenir à cause de ce que j'ai fait avec ma fille. Mais Dieu merci, maintenant ça me permet de prendre de la distance par rapport à ça.

C'est comme quelqu'un qui se ment à lui-même. Il voit quelque chose mais c'est comme s'il ne le voyait pas. C'était comme ça pour moi. Maintenant c'est plus comme ça.

Comment partir [mourir] sans avoir jamais abordé ces questions ? Mon père disait : « Il vaut mieux vivre un jour libre que toute une vie soumis ». Cette expérience m'a permis d'aborder des choses avec ma famille et de verbaliser des choses qui, autrement, n'auraient jamais pu l'être.

E.D. : Il y a d'autres personnes qui font des trances ou sont possédées en France, même si c'est assez rare. Vous qui avez de l'expérience, quels conseils est-ce que vous pourriez donner à quelqu'un à qui ça arrive ?

Mr C. : Qu'il fouille dans ses racines ou dans son environnement. Qu'est-ce qu'il a fait ou qu'est-ce qu'ils [ses ancêtres] ont fait ? C'est jamais sans raison. Les choses ne peuvent pas émerger du néant. On a une dette, il faut la payer. Il faut aller voir la personne, et savoir comment payer la dette.

E.D. : Les médecins comprennent assez mal ce qui arrive à ces patients. Quels conseils est-ce que vous pourriez leur donner ?

Mr C. : Ils peuvent pas comprendre.

Je retourne aux trois religions monothéistes : Abraham, quand il va égorger son fils, pourquoi il le fait ? Il a vu quelque chose ? Non, il n'a rien vu. Il a juste entendu une voix qui lui a donné l'ordre de le faire. Mais ça ne l'empêche pas ; il obéit à la voix...

C'est l'être humain qui fait la différence quand ça l'arrange, ou quand il arrive à ce qu'il cherche vraiment, lui, personnellement.

C'est pas que je l'aime pas..., X [Mr C. fait référence à un thérapeute de la consultation d'ethnopsychiatrie]..., mais il fait de la ratatouille parfois. Et c'est pas qu'il la cuit, c'est qu'il la fait à la vapeur. Il mélange !

E.D. : Il mélange quoi ?

Mr C. : Il mélange la religion, la culture, les coutumes, les traditions.

Aujourd'hui, ça vient ; il faut que ça sorte... [En kabyle] C'est une histoire réelle. Un peu avant et pendant la guerre d'Algérie. C'est l'histoire d'un commerçant qui - peu importe - était juif ou chrétien. Il avait l'habitude de faire facilement crédit aux personnes des alentours pendant cette période difficile. Un notable lui dit un jour : « Pourquoi tu ne te convertis pas ? Il ne te manque que ça pour garantir ta place au paradis ». Le commerçant répond : « Pourquoi pas ? Mais commence d'abord par accepter que ma fille se marie avec ton fils. Et moi, je me convertirai après ».

C'est une métaphore sur la capacité à dépasser certaines barrières.

C – Discussion

Entre les premières crises consécutives à l'AVC et leur prise en charge par le dispositif de psychiatrie transculturelle, s'est écoulée une période d'environ deux ans, durant laquelle les médecins n'ont pas identifié les troubles comme s'intégrant dans un syndrome connu. Le patient présente alors, en plus de ses crises pseudo-épileptiques, des troubles du caractère et des symptômes dépressifs. Il est néanmoins adressé en consultation d'ethnopsychiatrie, mais nous ne savons ni ce qui a permis de poser une telle indication, ni ce qui a justifié un délai aussi long. Il est rapporté que l'allure générale des troubles a fait évoquer un risque de sinistrose. Il s'agit d'un tableau psychiatrique survenant à la suite d'un accident, et donnant lieu à des symptômes somatiques d'allure fonctionnelle réfractaires, s'organisant dans un délire de revendication pour l'obtention d'indemnisations et la reconnaissance d'un statut de victime. Il n'a néanmoins pas suffi que le patient soit pris en charge par une équipe spécialisée pour que le diagnostic de transe ou de possession puisse être posé. La première raison en est que les symptômes eux-mêmes ont évolué, prenant parfois l'allure d'un tableau anxieux et dépressif justifiant des hospitalisations ponctuelles et la conduite d'un traitement chimiothérapeutique adapté. L'autre particularité de la symptomatologie et de la catégorisation diagnostique du trouble réside dans l'organisation progressive d'un tableau clinique mal défini vers un trouble dissociatif de type transe, puis vers un type possession. Cette structuration du syndrome correspond à l'élaboration psychique de plus en plus poussée du patient par rapport à ses crises.

Le fait de considérer le tableau général de ce patient comme s'inscrivant dans une problématique de type transe et possession par une *djinniya*, n'a exclu ni la possibilité qu'il s'associe à un véritable épisode dépressif - justifiant par conséquent un traitement adapté -, ni un recours à des traitements neuroleptiques (TIAPRIDAL®) à faible doses (300 mg/j) à visée d'avantage anxiolytique et sédatrice qu'anti-dépressive. Ceci nous permet de souligner le fait qu'à aucun moment de la prise en charge n'a été émis le diagnostic de psychose.

L'approche en psychiatrie transculturelle dont a bénéficié ce patient s'est révélée efficace dans un délai relativement long (environ deux ans) et a nécessité des aménagements importants. Le patient était suivi simultanément par un psychiatre prescripteur, un psychothérapeute et un suivi mensuel en consultation d'ethno-psychiatrie. Après deux ans de ce dispositif, il a été décidé, avec l'accord du patient, de continuer la prise en charge par un suivi psychiatrique simple. Mr C. continue aujourd'hui de voir son psychiatre et le traitement actuel consiste en clomipramine ANAFRANIL® 75 mg/j, tiapride TIAPRIDAL® 100 mg/j, oxazépam SERESTA® 50 mg/j.

Il est difficile de percevoir et de rendre compte de toutes les dispositions et interventions thérapeutiques qui ont pu accompagner le patient vers une amélioration de son état. Néanmoins, parmi celles-ci, il nous semble que certaines apparaissent assez clairement.

Tout d'abord, Mr C., à travers le récit de sa prise en charge et nos deux rencontres avec lui, nous a permis de constater qu'il est doté d'une capacité d'élaboration remarquable et d'une intelligence s'illustrant particulièrement dans le registre symbolique. Il a une très bonne capacité de verbalisation, évidente dans sa langue natale, mais tout aussi frappante en français, alors même que son vocabulaire y est plus réduit. On remarque d'ailleurs que Mr C. passe du français au kabyle à des moments précis du discours. Parfois, il semble que c'est pour préciser

une idée, trouver le mot juste. D'autres fois, cela semble participer à un jeu de connexions symboliques intérieures, comme à la fin de l'entretien, qui est marquée par une série de d'anecdotes et de paroles édifiantes. Le patient ne parle alors plus qu'en kabyle. On peut noter la capacité de Mr C. de basculer d'une dimension à une autre, passant sans cesse du plan matériel, concret et factuel, aux niveaux de l'abstraction, de la métaphore et du sens, permettant de transcender l'expérience.

La compréhension culturelle du trouble s'est organisée autour de la théorie étiologique de la possession par une *djinniya*. Cette proposition étiologique correspondant à la culture kabyle du patient lui a été faite à différents moments du suivi, et il a semblé qu'elle n'a pas opéré sans provoquer certains remous et sans déclencher certaines défenses. D'une part, le patient a dans un premier temps rejeté cette théorie faisant référence au modèle culturel, qu'il connaît effectivement sous le nom de *khal'a*. Il l'a plus tard reprise à son compte, en expliquant que cela avait produit à sa première évocation l'effet d'une explosion sur son esprit – comme un nouveau traumatisme. D'autre part, le patient, rencontré plus de deux ans après la fin de la prise en charge par la consultation d'ethnopsychiatrie, exprime toujours aussi vivement le transfert négatif qu'il porte envers le thérapeute qui, le premier, a émis l'hypothèse d'une possession. Mr C. dit à son sujet : « Il n'aurait pas dû en parler... Après, ma femme, elle m'en a reparlé ; elle disait « ta deuxième femme », « l'autre », etc... [en parlant de la *djinniya*] ». Il critique encore, et de façon plus acerbe, les interventions de ce thérapeute, dont il dit qu'il mélange sans précautions les niveaux religieux, culturels, des traditions et des coutumes.

Mais la logique de la possession n'est pas la seule à pouvoir opérer dans le cas de Mr C. L'un des aspects de la thérapie a sans doute été de porter le patient à dépasser le niveau des causes, pour chercher celui du sens. Les troubles peuvent alors révéler de multiples plans symboliques que nous allons à présent tenter d'étudier.

Nous pouvons d'abord constater que les théories personnelles de Mr C. sur ses troubles sont à la fois souples, évolutives, multiples et qu'elles peuvent en outre être soutenues simultanément. La théorie de la possession par Fatma Zohra n'exclue pas la composante traumatique, surgissant à plusieurs moments du discours et au travers de son roman familial et personnel. A ce titre, l'AVC agit comme une « explosion » en lui, comme s'il rouvrait la brèche traumatique de ses ancêtres et réactivait les siens – liés la mort de son père puis de sa fille aînée. Cette étiologie traumatique est d'ailleurs parfaitement compatible avec le concept de *khal'a*, faisant référence à l'effraction du contenant psychique, créant une faille dans laquelle peut s'introduire un esprit opportuniste.

La théorie de la malédiction se situerait à un niveau supérieur, dessinant un fil funeste marquant chaque génération en provoquant une série de drames. Il a une cause première (la transgression fondamentale de l'arrière grand-père marabout), des causes secondaires (une grand-mère prostituée, le mariage du patient avec une cousine de troisième génération...) et des conséquences multiples mises en scène dans une violence parfois irréprésentable (plusieurs meurtres intrafamiliaux dont un matricide, actes de barbarie, morts violentes, activités illicites, puis possession). Ces conséquences agissent elles-mêmes comme de nouvelles transgressions, ce qui donne le sentiment que la machine du destin familial avance sans que rien ne puisse l'arrêter. En cherchant le sens de ses « crises », Mr C. réalise donc qu'il constitue à la fois la nouvelle victime de cette longue série et l'auteur potentiel d'une nouvelle transgression : « J'ai failli être comme eux, le jour où j'ai glissé avec ma fille. ». Mr C. recouvre au fil des mois la

mémoire des traumatismes successifs qu'il avait totalement occultés¹. Il le fait avec effroi, mais peut tisser des nouveaux liens avec sa propre histoire – le patient a employé avec nous plusieurs fois le mot *mektub*². Il s'agit pour lui d'infléchir le destin qui s'abat implacablement sur les siens, en investissant un rôle décisif. Il passe au cours de la thérapie d'une position d'objet passif, privé de libre-arbitre, déconnecté de sa culture et du sens même de sa vie, à celle d'un sujet conscient et agissant, réconcilié avec sa mémoire comme avec son identité culturelle et familiale.

Le patient laisse encore entendre qu'il s'est éveillé sur les réalités spirituelles de son existence. Cet axe organisateur, que constitue son engagement spirituel, est pour lui l'occasion d'assumer à la fois son attachement profond à sa culture, tout en affirmant sa singularité – en se démarquant de l'orthodoxie religieuse, du dogme et des conventions. Il affiche au contraire son affiliation spirituelle à une pensée spirituelle libre et éclairée, dépassant les clivages interreligieux et transcendant l'homme vers sa véritable humanité. Il acquiert le statut d'expert et d'initié. Il accède aux niveaux subtils de l'existence, démasque les imposteurs, reçoit des informations et des enseignements qu'il distille sous forme d'adages, de maximes et de récits édifiants.

Enfin, pour accéder à sa nouvelle autonomie, Mr C. dit avoir payé une « dette ». La thématique de la dette revient à plusieurs reprises au cours des entretiens. Elle a été contractée par ses ancêtres lors des transgressions successives. Il lui incombe de la payer, ou plutôt de les payer toutes dans un acte symbolique suffisamment fort et opérant. Le rituel de la *waâda* met en scène la régularisation de cette dette dans une cérémonie à portée multiple - sociale, culturelle, familiale, psychologique et spirituelle.

Ces différentes logiques étiologiques s'articulent et constituent une vaste trame. Ce tissu symbolique complexe présente plusieurs avantages pour le patient : un gain de sens important, l'ouverture considérable d'un horizon psychique jusque-là réduit, et la démultiplication des possibilités d'interprétation ; d'autre part, la possibilité de favoriser tour à tour l'une ou l'autre de ces théories pour s'adapter aux situations et aux interlocuteurs, en lui offrant autant de modalités défensives interchangeables. A ce titre, Mr C. adopte parfois une dernière position, moins élaborée, celle de la prestance et du défi. Il évoque alors l'effet qu'il suscite auprès de son entourage lors de ses accès spectaculaires : « C'est pas beau à voir... j'ai peur de rien. », « pendant ces crises, j'ai une force ! [...] Je casse des portes », etc. Il parle souvent de la peur que cela provoque chez ses proches, effarés et réduits à l'état d'impuissance.

Pour toutes les raisons que l'on vient d'évoquer, Mr C. a changé de statut. Il l'a fait aux yeux de sa famille, de lui-même, des thérapeutes qui l'ont suivi, et de Dieu. Mr C. nous est apparu comme un homme encore fragile, mais intérieurement complet. Le trouble dissociatif qu'il décrit est sévère dans sa symptomatologie, néanmoins à plusieurs reprises, Mr C. laisse entendre qu'il en est sorti métamorphosé, voire transcendé. Il s'est réconcilié avec ses ancêtres, sa culture, sa foi et la trajectoire de sa propre vie, dans laquelle il veut à présent tenir le premier rôle. Il nous a répété qu'il ne souhaite en aucune manière redevenir celui qu'il était (celui d'avant les crises), et dont il décrit l'ignorance et l'égarement existentiel. Il utilise souvent cette image du « sillon » et de la « voie » que l'on quitte (lors des crises, lors des transgressions) et que l'on retrouve pour se remettre dans le droit chemin. Cela nous ramène à

¹ Au sujet de l'AVC, le patient a récemment pu dire : « C'est comme si ma tête était allé cent ans en arrière. La cassette se rembobinait. ».

² *Mektub* signifie destin en arabe, au sens du destin « écrit ». Le Coran mentionne l'existence de deux tables : l'une contiendrait le destin invariable, indépendant de la volonté humaine ; l'autre contiendrait le destin variable, dépendant notamment des actes commis.

l'étymologie du mot *delirare*, qui signifie aussi « s'écarter du sillon ». Mr C. délirait donc d'après lui *avant* la survenue de ses troubles et ce sont ses états de transe et de possession qui ont mis fin au délire. Ce paradoxe apparent nous conforte dans l'idée que le trouble de type transe et possession, lorsqu'il est surmonté et élaboré symboliquement par le sujet, peut produire l'effet du seconde naissance, ou au moins d'une ouverture de la conscience et des possibles, à la façon d'une épreuve initiatique.

VI - Discussion générale

Eclairé par le discours des thérapeutes rencontrés, mais aussi par un cas clinique détaillé, il semble à présent possible de formuler quelques commentaires, non seulement sur ce que dit le DSM du trouble, mais surtout sur ce qu'il n'en dit pas. Pour étayer les axes de notre réflexion, nous nous appuyerons sur certains articles consacrés au trouble.

Cardeña (1992) nous informe que les critères du TDT ont en pratique été élaborés par trois psychiatres de l'APA : Spiegel, Lewis-Fernández et lui-même.

Toutefois, Lewis-Fernández (1998) précise que si le DSM a respecté fidèlement les critères symptomatiques (critères A) que ces trois auteurs avaient soumis aux rédacteurs du manuel, un certain nombre d'informations précieuses sur le trouble ont bien été escamotées :

- les fonctions sociales de la transe et de la possession à travers les cultures ;
- des éléments sur le rôle de la culture dans les états de transe non volontaires ;
- des modèles stéréotypés de TDT comme l'*Ataques de nervios* chez les Portoricains et le *Syndrome de possession* chez les Indiens ;
- le nombre important d'études menées sur les populations portoricaines et indiennes ;
- le sexe *ratio*, montrant que les femmes seraient plus touchées que les hommes ;
- certaines informations concernant le diagnostic différentiel avec les troubles psychotiques, les autres troubles dissociatifs et en particulier le trouble dissociatif de l'identité.

Revenons à présent aux grands axes qui ont orienté notre réflexion tout au long de ce travail.

A - Les critères

Le TDT fait implicitement référence à deux sous-types bien différents : type « transe » et type « possession ». Il apparaît donc curieusement comme une catégorie diagnostique « hybride », ce qui rend délicate son utilisation pratique et augmente le risque de confusion.

Lewis-Fernández (1992) sur ce point précise que la distinction ne doit pas être rigide, car la plupart des cas combindraient les types transe et possession.

Leavitt J (1993) estime que si l'on se fie aux critères A, B, C et D, les « vrais » TDT seraient très rares.

- Critère A (symptômes) :

Alors même que c'était l'objet d'un travail régulier pendant plusieurs mois, il nous est apparu difficile, voire impossible, de citer spontanément les symptômes du critère A sans commettre d'erreurs. Si la transe et la possession sont des phénomènes distincts, quel a été l'intérêt de les solidariser ? Pourquoi avoir privilégié le terme de « transe » dans l'intitulé de la catégorie générale, sans citer celui de possession, alors même que les données épidémiologiques montrent une prévalence bien plus importante pour le sous-type possession ?

Les critères symptomatiques eux-mêmes prêtent à confusion. Comment distinguer transe et possession dès lors que l'un des critères pour la transe est la présence de « comportements ou mouvements stéréotypés, vécus comme étant sous l'emprise d'un autre » ? Quel peut être l'agent de cette emprise sinon un agent de possession ? En quoi l'amnésie est-elle davantage signe de possession que de transe ? Cette question est également soulevée par Kim (1992). Les informations que nous avons recueillies pour ce travail nous ont permis de formuler l'hypothèse inverse : l'amnésie serait en fait plus fréquente dans le sous-type transe. Les critères de la CIM-10 ne mentionnent d'ailleurs l'amnésie pour aucun des sous-types.

Lewis-Fernández (1992) précise que transe et possession ont été rassemblées au sein du TDT pour les commodités de la recherche et de la clinique. Il estime aussi que les critères ne doivent pas être entendus comme rigides et définitifs. Un patient peut passer d'une présentation à une autre et faire évoluer le diagnostic au cours de sa prise en charge.

Bourguignon (1992) souhaiterait que soit précisé « transe spontanée », pour faire apparaître l'aspect involontaire de l'état.

- Critère B (non intégration dans une pratique collective ou religieuse) :

Certains auteurs (Leavitt J., 1993) estiment que les trances, mêmes si elles sont « négatives », provoquant notamment la souffrance, sont toujours reconnues par la culture et sont l'un des aspects des pratiques institutionnalisées.

- Critère C (souffrance et impact social négatif) :

Certains travaux ont pu montrer que des épisodes de transe particulièrement sévères dans leurs conséquences sociales ont conduit à une parfaite intégration dans un second temps, grâce à l'acquisition d'un nouveau statut prestigieux, en l'occurrence celui de guérisseur (Antze P., 1992).

Ce type d'évolution est décrit dans la littérature (Etsuko M. 1991), ainsi qu'au chapitre V (Cas clinique de Mr C.).

- Critère D (diagnostic différentiel) :

Selon Castillo (1992), le TDT devrait exclure le diagnostic de psychose et non l'inverse, en raison du fait précisément que ce critère fait courir le risque qu'un patient soit diagnostiqué schizophrène, alors qu'il n'a qu'un TDT d'évolution aiguë ou subaiguë bien plus favorable. Pour cette raison, le diagnostic de TDT devrait être prioritaire sur celui de schizophrénie.

Castillo propose de remplacer le critère D actuel par un critère culturel, faisant apparaître un syndrome lié à la culture, obéissant à des déterminations culturelles essentielles.

B - Les populations touchées, l'articulation des dimensions psychiatrique et culturelle

Les personnes présentant un TDT seraient principalement des migrants. Il peut même s'agir de patients de cultures occidentales expatriés un temps dans un pays où se pratiquent la transe et la possession (*cf.* chapitre IV).

Si le DSM fait bien mention de cette donnée épidémiologique, rares sont les auteurs (Leavitt J., 1993) qui ont à l'esprit ce point, qui devrait avoir une valeur nodale dans la compréhension et la prise en charge du trouble.

Somer et Saadon (2000) décrivent des cas de TDT chez des immigrants juifs israéliens d'origine tunisienne. Ils mettent en rapport la survenue du TDT dans cette population avec une problématique d'acculturation.

Pereira (1995) fait aussi allusion au fait que le syndrome concernera probablement de plus en plus nos sociétés « multi-ethniques », étant donné le brassage culturel et l'augmentation régulière des flux migratoires.

En France, Ifrah (1980) et Nathan (1986b) ont étudié la psychopathologie particulière de la transplantation, alors que Devereux (1972) évoquait déjà le concept d'acculturation antagoniste qui pourrait, dans une certaine mesure, correspondre au TDT.

Pourtant, la grande majorité des auteurs semble aujourd'hui entendre l'articulation de la psychiatrie et de la culture autrement qu'à travers le concept de « syndrome lié à la culture » au sens restreint, c'est-à-dire au sens où précisément l'entend le DSM dans son annexe i, énumérant des tableaux exotiques auxquels très peu de praticiens occidentaux risquent d'être un jour confrontés.

L'autre conception répandue de la dimension culturelle des troubles psychiatriques consiste à y voir une simple coloration superficielle de désordres psychiques supposés universels dans leurs fondements biologiques. Cette approche transparaît également dans les pages du DSM.

Ces deux conceptions de la culture nous semblent caduques :

- la première repose sur l'idée d'une culture statique et stéréotypée, qui nous semble de moins en moins correspondre à l'évolution de nos sociétés confrontées à des mouvements migratoires accélérés et des phénomènes de métissage culturel ;
- la seconde manque toujours de données probantes sur les déterminations neurobiologiques de la pathologie psychiatrique, y compris sur des pathologies supposées être à forte détermination biologique, comme la schizophrénie et le trouble bipolaire.

L'évolution de nos sociétés nous amène à travailler de plus en plus souvent en situation « transculturelle », thérapeutes et patients ne partageant pas la même culture. Cette nouvelle donne exige de nouveaux concepts, que l'approche en psychiatrie transculturelle nous propose aujourd'hui d'apporter.

C - Psychopathologie

Le DSM, en se basant depuis 1980 sur des critères opérationnels, montre son souci d'objectiver les troubles qu'il nomme, au détriment de leur compréhension globale et de leur complexité. Le concept de « trouble », plutôt que de syndrome ou de maladie, donne de moins en moins d'informations théoriques et pratiques utiles à l'exercice clinique. Ces informations « manquantes », qui peuvent déterminer les axes de réflexion, de décision et de soins, constituent pourtant le fondement du diagnostic et *a fortiori* d'une prise en charge satisfaisante.

1. Une personnalité type ?

Certains auteurs, de plus en plus minoritaires, estiment qu'il existerait une psychopathologie ou un type de personnalité sous-jacente au TDT. Mais ceux-ci sont loin d'être unanimes sur un diagnostic de « structure », évoquant tantôt :

- l'hystérie (Castillo R.J., 1994 ; Pereira S., 1995 ; Prins H., 1992 ; Ward C., Beaubrun M., 1981 ; Yap P.M., 1960) ;
- la psychose hystérique ou la personnalité de type borderline (Peters L., 1988 ; Varma V.K. et al. 1981) ;
- la dépression (Sato S., 1996).

Nous estimons au contraire que le trouble peut révéler une psychopathologie très variée et aussi n'en révéler « structurellement » aucune.

2. Le syndrome dissociatif a-t-il en lui-même une valeur explicative ?

Le DSM le précise, la dissociation en elle-même n'est pas nécessairement pathologique. La cause déclenchante d'un trouble dissociatif faisant aujourd'hui le consensus est l'exposition à un « stress sévère ».

Certains entendent ce stress sévère comme :

- un traumatisme avéré (Janet), récemment avancé par le DSM au sujet des personnalité multiples comme relevant d'un abus sexuel subi durant l'enfance ;
- un traumatisme fantasmé (Freud) à résonance fortement oedipienne ;
- un modèle explicatif et psychopathologique culturel comme celui de la *khal'a* (cf. chapitre V) reprenant la métaphore de l'effraction du contenant psychique.

Toutefois, le traumatisme n'est pas retrouvé systématiquement, à moins que l'on considère la migration elle-même comme traumatique et favorisant les processus de clivage de la conscience (Nathan T., 1986b ; Grinberg R., Grinberg L., 1986).

3. Les fonctions possibles du trouble

Il peut alors être fructueux d'envisager le TDT en terme de *fonction*, c'est-à-dire comme recours à un phénomène mis à disposition par la culture pour exprimer certains conflits et favoriser leur issue. Entendu de cette manière, le TDT est vu comme un « idiome de détresse » s'adressant à une communauté culturellement équipée pour non seulement reconnaître le trouble, mais lui apporter aussi une réponse adaptée. L'éclosion de la symptomatologie pourrait alors être entendue comme l'expression de l'insatisfaction, la rébellion vis-à-vis d'une oppression sociale, ou la manifestation implicite d'un conflit à négocier, la réclamation d'un changement de statut (Somer S., Saadon M., 2000 ; Leavitt J., 1993), tout en disculpant en quelque sorte celui qui les exprime, puisqu'à ce moment-là, *il n'est pas lui*.

Mais alors que localement, en situation intraculturelle, la réponse sociale apportée par la famille et la communauté, ainsi que la réponse thérapeutique apportée par le guérisseur sont généralement adaptées, le cas de figure est bien différent lorsqu'un individu relevant d'une autre culture présente en France un syndrome que personne ne peut entendre ni « décoder ».

Cette situation paradoxale, nous la comprenons d'un point de vue systémique comme un cas de « double contrainte » (Bateson G., 1972) entre :

- l'impossibilité de continuer à vivre sans exprimer le conflit et la souffrance, et
- l'impossibilité d'être entendu et donc d'obtenir une réponse adéquate.

Cette double contrainte participe sans doute à l'enlèvement et la chronicisation des crises, dont la symptomatologie peut « patiner » et tourner à vide, lorsque l'entourage est inexistant ou dans l'impossibilité de donner sens à ce qui se passe, et que les professionnels restent perplexes ou incapable de formuler un diagnostic pertinent ; ces derniers peuvent en effet être victimes d'un biais culturel lié non seulement à la situation, mais également à leurs nombreuses représentations liées à la transe.

Il convient donc, durant la prise en charge, de s'interroger sur la nature singulière du conflit, et non pas seulement de dire qu'il est dû à une acculturation problématique. Il faut pour cela toujours avoir à l'esprit sa composante idiosyncrasique, individuelle et singulière.

4. L'enjeu : la quête de sens

La « quête de sens » semble être l'axe principal dans la prise en charge des patients présentant un TDT.

Peters et Price-Williams (1983) insistent déjà sur cet aspect concernant la transe, bien avant que le trouble dissociatif de type transe n'apparaisse dans la nosographie.

Ce qui pourrait caractériser le trouble tel qu'on le rencontre chez des migrants, donc en situation transculturelle, est que cette quête de sens pourrait rencontrer certaines impasses : la perte des représentations culturelles propres, ou même l'ignorance des thérapeutes quant à la nécessité et la façon de mobiliser des matériaux culturels effacés ou rendus inaccessibles dans le psychisme du patient.

Enfin, « la cause n'épuise pas le sens ». Cette formule proposée par Marie-Rose Moro (1995) permet de ne pas confondre ces deux concepts, qui se situent aussi à des niveaux logiques différents. La cause peut être facilement identifiable (un destin familial, un sort, une transgression) ; le sens, lui, nécessite une construction de la part du patient, mettant en jeu des réseaux de significations et de symboles, puisant dans les différents univers culturels et dans sa propre généalogie. Le sens apparaît à mesure que le patient élabore et réalise des associations symboliques à partir du matériel clinique qu'il présente. Il le fait à la lumière de sa propre

histoire, en construisant un récit qui va idéalement pouvoir intégrer et éclairer les zones d'ombres et les turbulences, que manifeste et déclenche l'expérience de transe ou de possession.

C'est dans cet esprit que plusieurs auteurs soulignent la dimension émique du trouble, en opposition à une lecture unique, qu'elle soit psychiatrique ou psychopathologique, relevant des conceptions professionnelles propres à notre culture (Castillo R.J., 1994). L'outil EMIC (*Explanatory Model Interview Catalogue*) peut permettre d'explorer les différentes représentations de la maladie du patient et les modèles explicatifs auxquels elle peut donner lieu (Baubet T., Taïeb O., Heidenreich F., Moro M.R., 2005). Il nous semble qu'il n'a encore jamais été utilisé pour étudier le TDT.

5. La prise en charge

Un certain nombre d'auteurs estiment aujourd'hui que le TDT devrait être orienté vers les thérapeutes de la même culture que le patient (Leavitt J., 1993).

Pour Lewis-Fernández (1992), une évaluation satisfaisante du trouble, notamment de son contexte et de ses interprétations culturelles, doit passer par des experts de la culture.

Devereux (1970), quant à lui, estime qu'il n'est pas nécessaire de partager la culture d'un individu (position intraculturelle) pour comprendre sa maladie, ni de connaître parfaitement les spécificités de sa culture (position interculturelle) ; il s'agit plutôt de connaître le concept général de culture et l'usage ou le mésusage qui en est fait par l'individu (position métaculturelle).

Nous souscrivons à ce dernier point de vue pour l'avoir nous-même expérimenté au sein du service de psychopathologie du Pr Moro, où les thérapeutes sont d'origines culturelles variées.

Antze (1992) perçoit le risque lié à l'influence du thérapeute, tout comme dans le TPM, lorsque celui-ci réalise lui-même l'attribution des symptômes à tel ou tel agent, ou nomme les troubles. Le thérapeute aurait ainsi la capacité de « façonner » le tableau clinique de certains patients probablement suggestibles. Lorsque l'attribution causale, comme dans le TPM et le TDT, est un critère décisif pour le diagnostic, il risque alors d'être à la fois l'auteur et la victime d'un biais diagnostique important.

Bourguignon (1992) aussi estime que le diagnostic de TDT dépend éminemment du diagnostiqueur et notamment de ses convictions personnelles sur les phénomènes de transe et de possession. Ce point a déjà été mentionné au chapitre IV, lorsque devant les mêmes symptômes correspondant au TDT, les divergences de points de vue sur la transe donnaient lieu à des positionnements des thérapeutes très différents quant au phénomène qui venait de se produire sous leurs yeux.

Le concept de « TDT » relève du discours médical et correspond au niveau étique, tandis que les conceptions dites « locales » du trouble, celles auxquelles le patient a accès, relèvent du niveau émique (Headland T.N. et al., 1990). D'un point de vue médical, la formulation du diagnostic est une étape centrale dans le raisonnement clinique. Il oriente les décisions thérapeutiques et facilite la communication entre les acteurs de la prise en charge. Cependant, il ne nous informe pas sur les représentations qu'a le patient de sa maladie et à ce titre, dans le cas du TDT, nous estimons qu'il est d'un intérêt limité. Le fait de plaquer des concepts à

l'emporte-pièce, comme ceux de « transe » et de « possession », risque de provoquer la perplexité chez le patient, tout en lui laissant peu de latitude pour sa propre élaboration psychique. Pour éviter cet écueil, on pourrait penser qu'il suffit de parler dans la « langue du patient », en utilisant des idiomes qui appartiennent à sa culture. Cependant, s'il faut les faire, ces interventions - que nous pourrions appeler des « propositions étiologiques culturelles » - doivent respecter certaines règles. Pour éviter de déclencher des complications se surajoutant aux effets liés à la proposition elle-même, cette proposition devrait idéalement venir d'un thérapeute partageant la même culture que le patient (*cf.* chapitre V). D'autre part, cette intervention ne doit sûrement pas s'apparenter dans l'esprit des thérapeutes à un diagnostic péremptoire : le patient peut s'en saisir ou non. Croire le contraire reviendrait à confondre les niveaux étique et émique. D'autre part, un tel matériel culturel ne peut être saisi et utilisé par le patient qu'une fois bien engagé dans la thérapie. Il faut avoir pu au préalable explorer les rapports qu'entretient le patient avec sa culture d'origine, ainsi que les modalités de son acculturation. Enfin, le thérapeute doit, si possible, avoir une certaine expérience de la psychiatrie transculturelle.

6. L'inclusion du TDT dans le DSM

La plupart des auteurs et des thérapeutes interviewés sont en faveur de l'inclusion du TDT dans le DSM.

Les arguments sont de différentes natures :

- intérêt pour la recherche future. Il est en effet difficile d'obtenir des fonds pour la recherche concernant un trouble qui ne soit pas « estampillé » par le DSM en tant que tel (Kirmayer L., 1992 ; Antze P., 1992) ;
- soutenir l'intérêt pour les psychothérapies en général, étant donné que la prise en charge du TDT est essentiellement psychothérapique (Kirmayer L., 1992) ;
- augmenter la sensibilité culturelle du manuel (Antze P., 1992).

Toutefois certains émettent des réserves.

Lewis-Fernández (1992), redoute le risque de l'utilisation d'une telle catégorie, si celle-ci abrase les particularités propres à chaque cas. Il préfère ne pas considérer un tel trouble dissociatif comme une particularité *per se*. Enfin, il insiste sur la nécessité d'utiliser le matériel culturel anthropologique et ethnographique disponible, afin de ne pas tomber dans la simplification de ce trouble.

Quelques rares auteurs s'opposent quant à eux à l'inclusion du trouble.

Bourguignon (1992) souhaite ainsi voir perdurer la catégorie « troubles dissociatifs non spécifiés » pour trois raisons :

- le manuel est supposé être fondé sur des positions « agnostiques » ;
- il a également une vocation biomédicale, dont on s'éloigne ici clairement ;
- le trouble a pour le moment une définition trop vague et générale, du fait que celle-ci est supposée être applicable à toute les cultures.

Nous estimons quant à nous que le TDT devrait figurer dans les futures catégories diagnostiques du DSM. Dans une perspective strictement médicale, les données recueillies

dans ce travail nous confortent dans l'idée que le trouble correspond à un tableau clinique authentique, et gagnerait à ce titre à figurer dans le manuel.

Dans une perspective plus large, nous espérons avoir pu brosser, au fil des différents chapitres, certaines des spécificités liées au TDT. Ce trouble nous semble aujourd'hui pointer un certain nombre de questions cruciales quant à la construction de notre savoir, et révéler de façon emblématique l'évolution de nos sociétés. Il vient perturber l'image idéalisée d'une classification « culturellement pure », exempte de tout « brouillage » culturel. Il ne s'agit pas du premier trouble capable de remettre en question nos présupposés concernant l'influence de la culture sur la constitution d'un trouble. Cependant, le TDT, et c'est peut-être sa particularité, le formule de façon « ouverte » et suffisamment explicite pour que nous puissions espérer qu'il amorce un débat de fond dans la communauté scientifique. Nous postulons pour cette raison que le DSM pourrait bénéficier de l'inclusion du TDT dans ses catégories diagnostiques, ce qui peut entraîner bien plus de conséquences que la formulation réciproque énoncée plus haut, centrée sur l'intérêt statistique d'une révision de la classification.

VII - Conclusion

La transe et la possession existent dans la grande majorité des cultures. Bourguignon (1973) avance qu'elles concernent 90 % des sociétés étudiées. Pour autant, s'agit-il d'un trouble psychiatrique ? Oui, mais à certaines conditions : selon le manuel américain DSM, les accès de TDT doivent sortir du cadre de ce qui est culturellement « normal », provoquer souffrance et désinsertion sociale, tout en excluant un trouble psychotique.

La proposition d'inclure le TDT dans la classification soulève, malgré une définition simple – sans doute insuffisante –, un nombre important de problèmes. Pour limiter notre sujet, nous posons en introduction les cinq questions qui ont constitué les axes organisateurs de notre réflexion :

- Le trouble correspond-il à une réalité clinique en France, et plus largement dans les sociétés occidentales - sociétés où la transe et la possession ne font pas partie intégrante de la culture ?
- Le TDT touche-t-il préférentiellement certaines populations ou certains types de personnalité ?
- Obéit-il à un mécanisme psychopathologique spécifique ?
- Quels sont les particularités de la prise en charge de ces patients ?
- Quels traitements chimiothérapeutiques et psychothérapeutiques peut-on leur proposer ?

L'expérience des thérapeutes que nous avons rencontrés nous montre que cette entité clinique existe bel et bien. Elle concernerait essentiellement aujourd'hui en France - et plus généralement dans les pays occidentaux - des individus *migrants*. D'après nos observations, il s'agirait majoritairement dans notre pays de sujets originaires d'Afrique ou d'Asie du Sud. Le DSM mentionne bien cette particularité en précisant que le TDT touche dans les sociétés industrialisées des individus issus des minorités.

Néanmoins, il est possible que nous sous-estimions le nombre d'individus de culture française manifestant des syndromes de transe ou de possession. La littérature scientifique ne permet pour le moment pas de répondre à cette question. Le TDT, facilement assimilé à un syndrome « exotique », serait plus facilement repérable dans des cultures éloignées de la nôtre, illustrant le concept d'angle mort culturel. Ce biais ne peut qu'être renforcé par les données de la littérature internationale, qui recense depuis quelques années un certain nombre de cas à travers le monde, mais aucun patient de culture européenne ou nord-américaine. D'autre part, ces auteurs rapportent exclusivement des cas de patients se trouvant en situation intraculturelle, et non pas transculturelle à l'instar des migrants. Dès lors, les mécanismes psychopathologiques en jeu sont différents dans l'une et l'autre des situations.

Au-delà de ces questions d'appartenance culturelle et de migration, aucun article n'explique de façon claire jusqu'à quel point et surtout comment les facteurs culturels et psychiatriques se combinent et interagissent entre eux, aussi bien dans la structuration du trouble que dans sa mise en forme ; même lorsqu'ils décrivent des cas de TDT en situation intraculturelle, ces éléments nous paraissent manquants ou insuffisants.

En nous basant sur l'ensemble des données recueillies, il n'apparaît pas que le TDT corresponde à un type de personnalité particulier. Les personnalités types, constituant les troubles de l'axe II du DSM, nous paraissent trop directement émaner de conceptions issues de notre culture psychiatrique occidentale pour être applicables à travers toutes les cultures. Nous pourrions pourtant être tenté de postuler que le trouble de type transe et possession

survient plus souvent chez des individus présentant une structure de type hystérique (le DSM lui préférant le terme histrionique) ou borderline. Mais il convient d'être prudent pour deux raisons : d'une part pour éviter le risque de nous enfermer dans une théorie préconçue pouvant nous éloigner des aspects psychopathologiques singuliers du TDT ; d'autre part, en raison de la taille trop restreinte de notre échantillon et de l'absence de données suffisantes concernant les traits de personnalité des patients. Nous pouvons en revanche émettre à présent certaines hypothèses sur la psychopathologie du trouble.

Parmi les concepts qui auraient pu nous éclairer sur la nature du TDT, figure celui de « dissociation ». Les phénomènes dissociatifs suscitent aujourd'hui un engouement particulier, peut-être parce qu'ils supportent toutes sortes d'explications psychopathologiques, ou encore les rejettent toutes pour n'y voir qu'un mécanisme adaptatif à un stress intense, voire à l'extrême un simple état de conscience modifiée pouvant survenir à tout moment chez un individu normal. Le concept de « dissociation » semble donc pour le moment incapable de fournir des clefs pour comprendre ces états de conscience modifiée « négatifs », involontaires et témoignant d'une souffrance. Ce concept, encore mal défini, nous semble être en revanche l'objet d'une instrumentalisation, lorsqu'il vient confirmer toutes sortes de théories, parfois antagonistes, et souvent préconçues, sur la nature de l'esprit humain comme du phénomène lui-même.

D'autres concepts nous semblent plus féconds, si l'on veut comprendre un trouble qui, d'une part est calqué sur un phénomène culturel assez éloigné de nos sociétés, et d'autre part touche principalement des sujets migrants. Parmi ces concepts, celui de « modèle d'inconduite » ou « façon convenable d'être fou » nous semble particulièrement intéressant. Linton, Devereux, puis Ifrah nous renseignent sur la mise à disposition pour chaque individu d'une société donnée de « syndromes préfabriqués », constituant des sortes de « niches » culturellement adéquates, que l'individu en souffrance idiosyncrasique peut utiliser à volonté pour être reconnu comme digne de soins, en minimisant le risque d'être victime d'une erreur d'orientation. Chaque culture fournit ces *patterns* ; l'individu en dispose, mais à condition d'y avoir accès. Qu'advient-il alors à ceux qui, à l'instar des migrants, se trouvent en situation d'« acculturation » ? Dans quelle mesure sont-ils déjà capables d'utiliser les codes culturels et notamment les défenses psychiques mises à leur disposition par la nouvelle culture ? A l'inverse, si ces individus sont amenés - et ce serait plus souvent le cas - à utiliser certaines des défenses culturelles liées à leur culture d'origine, dans quelle mesure les experts (psychiatres, urgentistes, généralistes) seront-ils capables de « décoder » culturellement le tableau clinique ? En l'absence de l'interface permettant de faire correspondre l'expression d'une souffrance psychique avec la réponse la plus adaptée, le risque est que le trouble « tourne à vide », que la symptomatologie « patine », avec toutes sortes de complications possibles pour le patient.

Dans un certain nombre de cas, le TDT vient révéler une histoire traumatique, qu'elle soit antérieure, concomitante ou consécutive à la migration. Le cas de Mr C. en constitue un exemple (Baubet T., 2008). Dans ces cas particuliers, le tableau pourrait être plus sévère et la compréhension des symptômes nécessiterait d'étudier la psychopathologie particulière du trauma. D'une manière générale, l'étiologie traumatique pourrait constituer à nos yeux un facteur aggravant, étant donné sa tendance à renforcer les clivages intrapsychiques et à générer des « taches aveugles » d'une telle ampleur qu'elles peuvent parfois priver le patient de ses propres ressources - personnelles et culturelles. Cela peut freiner ses capacités d'élaboration et donc son amélioration.

Ces considérations psychopathologiques ne nous permettent pas de formuler un paradigme pour la transe et la possession dissociative. Elles peuvent néanmoins proposer quelques principes théoriques généraux pour nous aider à comprendre la spécificité de chaque cas.

Les patients présentant un TDT devront idéalement bénéficier d'une prise en charge capable de saisir les enjeux singuliers de chaque situation. Ces enjeux, comme nous l'avons vu, peuvent être liés à l'histoire personnelle et familiale du patient, comme à sa migration dont il faut comprendre les causes, les circonstances et les conséquences. Le TDT peut encore cristalliser des difficultés et des conflits liés à une acculturation problématique. Il peut enfin révéler un trauma plus ou moins récent. Toutes ces causes peuvent se combiner entre elles et rendre la trame étiologique et la configuration psychopathologique complexes. Mais dans tous les cas, il faudra s'équiper d'outils théoriques adaptés et déployer un dispositif pouvant prendre en compte à la fois la dimension culturelle et la dimension psychologique du trouble. Pour ces raisons, nous estimons que les patients présentant un TDT doivent pouvoir être adressés à une consultation de psychiatrie transculturelle lorsque cela est possible. Sinon, les psychiatres qui s'en occupent doivent demander conseil auprès de confrères exercés à la clinique transculturelle.

Sans cela, les risques d'erreurs et de maladroites sont multiples. Ces risques tiendraient autant à l'ignorance des éléments culturels en jeu – en ne voyant dans ces phénomènes qu'une « touche culturelle » témoignant des origines du patient - qu'au poids de nos représentations personnelles sur la transe et la possession, en partie liées à notre culture. On pourra avoir à l'esprit l'ancien tableau de « démonopathie » que l'on adressait généralement (et que l'on continue parfois d'adresser) à l'exorciste, ainsi que certaines représentations sur le magnétisme et l'hypnose, parfois encore associés à l'occultisme. Il est aussi difficile de faire abstraction de la lecture psychanalytique et de son paradigme fondateur, celui de l'hystérie. Sur cette toile de fond intérieure qui constitue nos multiples points de vue sur la transe, apparaissent enfin les conceptions de Janet sur le traumatisme, voyant le recours à la dissociation psychique comme une modalité défensive survenant en cas de traumatisme... Toutes ces représentations pourraient bien apparaître de façon confuse en arrière-plan et brouiller les capacités diagnostiques et donc thérapeutiques d'un psychiatre, aussi bien intentionné soit-il.

La prise en charge, pour qu'elle puisse être thérapeutique, consistera à soutenir et accompagner le patient dans sa quête de sens. Selon les cas, il s'agira pour lui de se réinscrire dans sa lignée familiale, de dépasser les clivages consécutifs à une acculturation difficile, de surmonter un traumatisme, de résoudre un conflit idiosyncrasique, ou tout cela à la fois. Les thérapeutes prenant en charge de tels patients devront être capables de tirer les fils symboliques et de les proposer au sujet pour qu'il tisse progressivement un réseau d'élaborations suffisamment solide et cohérent pour restaurer la continuité perdue de son sentiment d'identité. La prise en charge psychothérapeutique devra également être en mesure de pouvoir proposer à ces patients certains éléments issus de leur matériel culturel refoulé ou clivé. Ces interventions, qui peuvent être décisives dans le succès de la thérapie, nécessitent certaines précautions et une expérience de la psychiatrie transculturelle.

Le TDT se distingue encore des autres troubles de ce manuel du point de vue des objectifs thérapeutiques. Certaines histoires cliniques nous montrent que la « guérison » (la disparition du critère C de souffrance et d'impact négatif sur la vie, voire du critère B, le trouble étant dans une certaine mesure reconnu et accepté par l'entourage) a pu correspondre au passage de

« transes sauvages » et de possessions vécues comme persécutantes, vers une configuration marquée par la réconciliation, évoquant l'adorcisme.

Enfin, le traitement chimiothérapeutique est symptomatique, ce qui n'exclue par principe aucune classe thérapeutique. Le TDT peut aussi être associé à d'autres troubles de l'axe I, dont il faut savoir reconnaître l'authenticité. Contrairement au critère D du DSM, celui du diagnostic différentiel, il nous semble que devant un tableau évoquant la transe ou la possession, le diagnostic de psychose doit être provisoirement écarté à la faveur du TDT, et non pas l'inverse. Sans cela, on encourt le risque (plus grave que celui de suspendre le diagnostic de psychose) de s'engager dans une voie thérapeutique stérile et délétère, qu'il s'agisse des sismothérapies ou des neuroleptiques à dose antipsychotique.

Quelles pourraient être les améliorations à apporter aux critères diagnostiques et aux informations complémentaires sur le trouble ?

Tout d'abord, le TDT ne devrait pas figurer dans la catégorie des troubles dissociatifs. Cette catégorie ne nous semble ni pertinente conceptuellement, ni homogène d'un point de vue psychopathologique. En enfermant le trouble au côté des autres troubles dissociatifs, on court le risque de n'y voir qu'un avatar culturel de l'hystérie, dont on a vu qu'elle reste un paradigme dominant depuis les travaux de Freud. Dans une perspective janétienne, on risque d'assimiler le phénomène « dissociatif » à la simple expression d'un stress ou d'un trauma. Dans tous les cas, on réduit l'objet et l'on diminue nos chances de le saisir dans sa globalité. Le TDT pourrait figurer dans une section à part, aux côtés d'autres troubles, ou constituer une catégorie à part entière. Il y serait clairement indiqué que le trouble touche majoritairement les sociétés où la transe et la possession font partie de la culture, mais également les sociétés occidentales, où il concerne notamment les sujets migrants. Dans le premier cas, le trouble correspondrait à un certain nombre de syndromes liés à la culture et localement reconnus comme des affections : *Amok*, *Ataque de nervios*, *Latah*, *Pibloktoq*, *Shin-byung*, *Spell*, *Susto*, *Zâr*... Dans le second cas, il viendrait manifester toutes sortes de conflits liés ou révélés par des difficultés d'acculturation. La dénomination « trouble dissociatif de type transe » devrait être remplacée par « troubles de type transe et possession ». Cela permettrait d'éviter l'amalgame avec nos propres théories sur la dissociation et de faire apparaître d'emblée les deux sous-types.

Les critères symptomatiques (critères A) devraient bénéficier de quelques ajustements. Tout d'abord, le type transe devrait être davantage différenciable du type possession. Pour cela, il ne faudrait pas décrire pour la transe : « comportements ou mouvements stéréotypés, vécus comme étant sous l'emprise d'un autre », et cela pour deux raisons : cette expérience n'est pas rapportée par les patients pour la transe, d'autre part ce phénomène évoque la possession. Il faudrait en revanche faire appartenir le critère de l'amnésie au type transe et non pas possession, ce qui est corroboré par la plupart des observations.

Le critère du diagnostic différentiel devrait être inversé concernant la prééminence de la psychose sur le TDT (critère D) ; cette formulation tend à surestimer le nombre des cas relevant de la psychose par rapport aux autres. Le risque de diagnostics fallacieux étant bien plus grand en situation transculturelle, il devrait ici être fait mention de la nécessité d'une prudence accrue dans la discussion du diagnostic de psychose.

Dans les informations complémentaires, il pourrait être fait mention du caractère souvent transgressif des comportements et des paroles prononcées par les patients. Il devrait encore être précisé que le trouble de type transe peut évoluer vers un type possession au cours du temps, et que la catégorisation diagnostique se doit d'être souple et évolutive, transe et possession constituant les deux pôles d'un continuum. Il devrait enfin être précisé que le

trouble se distingue encore des autres troubles de ce manuel du point de vue des objectifs et des moyens thérapeutiques. L'objectif thérapeutique recherché ne devrait pas être la disparition du critère A (les symptômes) en tant que tel, pour les raisons que nous avons déjà évoquées. Il devrait enfin être précisé que les cas survenant en situation transculturelle, étant donné toutes les particularités de ce trouble, pourraient relever d'une consultation spécialisée en psychiatrie transculturelle, lorsque la prise en charge de première intention s'avère insatisfaisante.

* * *

Le DSM, en proposant d'intégrer le TDT et quelques « syndromes liés à la culture », réalise une opération sans précédent. Il trouve l'occasion de nuancer sa position ethnocentriste en ouvrant son horizon nosographique à des syndromes relevant de cultures extra-occidentales. Pour autant, le manuel statistique conçoit encore la culture comme un paramètre n'affectant que les sociétés traditionnelles extra-occidentales. Il ne fournit pas encore les clefs qui permettraient de comprendre les nouveaux enjeux cliniques liés à la migration et aux aléas du processus d'acculturation. Surtout, il ne nous aide pas à saisir les nouvelles problématiques liées au caractère de plus en plus souvent « transculturel » des situations cliniques, lorsqu'elles mettent en relation un patient et un psychiatre de cultures différentes. Pourtant, ces situations tendent à être de plus en plus fréquentes étant donné l'évolution des sociétés.

Au moment où la communauté scientifique discute l'introduction d'un « axe culturel » dans la classification, le trouble de type de transe et possession condense un certain nombre d'enjeux liés à la construction de notre savoir, à nos préjugés sur la culture de l'autre, ainsi qu'à nos propres conditionnements culturels. Le TDT met bien en scène la rencontre avec l'étrange : du point de vue du patient, c'est l'*étrange en moi* - cet autre *Moi* qui vient me révéler quelque chose sur moi ; pour le thérapeute, c'est l'*étrange en l'autre* – qui me demande de mettre mon ego et mes certitudes de côté, et d'apprendre avec le patient à découvrir ce qui l'habite.

Annexes

Annexe 1 : Définition du « trouble dissociatif de type transe » selon le DSM-IV (APA, 1994 : 785)¹

A. soit (1) soit (2) :

(1) Etat de transe, c'est-à-dire altération marquée et temporaire de l'état de conscience, ou perte du sentiment d'identité personnelle, qui n'est pas remplacée par une autre identité, associée à au moins l'un des symptômes suivants :

- (a) Rétrécissement du champ de perception de l'environnement immédiat, ou focalisation anormale sur certains aspects de cet environnement.
- (b) Comportements ou mouvements stéréotypés, vécus comme étant sous l'emprise d'un autre.

(2) Etat de possession, c'est-à-dire altération unique ou répétée de l'état de conscience, caractérisée par le remplacement du sentiment d'identité habituel par celui d'une nouvelle identité. Celle-ci peut être attribuée à un esprit, une puissance, une divinité, ou une autre personne, et se manifeste par au moins l'un des symptômes suivants :

- (a) Comportements ou mouvements stéréotypés, propres à la culture, vécus comme étant le fait de l'agent de la possession.
- (b) Amnésie totale ou partielle de l'événement.

B. L'état de transe ou de possession n'est pas reconnu comme s'intégrant normalement dans une pratique collective culturelle ou religieuse.

C. Cet état est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants.

D. Cet état ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'un trouble psychotique (incluant les troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et les troubles psychotiques brefs), ni d'un trouble dissociatif de l'identité. Il n'est pas dû non plus aux effets directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

¹ Traduction de l'auteur.

Annexe 2 : Définition des « états de transe et de possession » (F44.3) selon la CIM-10 (OMS, 1993 : 135)

- A. Répond aux critères généraux d'un trouble dissociatif (F44) :
- i. absence d'un trouble somatique qui pourrait rendre compte des symptômes caractérisant le trouble ;
 - ii. présence d'éléments en faveur d'une relation temporelle manifeste entre le début des symptômes et des événements stressants, des problèmes ou des besoins.
- B. Soit (1) soit (2) :
- (1) *Etat de transe* : altération transitoire de l'état de conscience, comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
- (a) perte du sens de son identité propre ;
 - (b) rétrécissement du champ de perception de l'environnement proche, ou fixation sélective et focalisée sur des stimuli de l'environnement ;
 - (c) limitation des mouvements, des attitudes posturales et du langage à quelques manifestations répétitives.
- (2) *Etat de possession* : le sujet est convaincu qu'il a été envahi par un esprit, une puissance, une divinité ou une autre personne.
- C. Les manifestations (1) et (2) du critère B sont subies involontairement par le sujet et le gênent ; elles surviennent par ailleurs sans relation avec des situations religieuses ou culturelles acceptées, ou bien elles constituent une exagération de ces dernières.
- D. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Le trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-29), ou d'un trouble de l'humeur (affectif) avec hallucinations ou idées délirantes (F30-39).

Annexe 3 : Questionnaire de l'interview des thérapeutes du service de psychiatrie transculturelle de l'Hôpital Avicenne à Bobigny

1. Quelle est votre définition de la transe ? De la possession ?
2. Avez-vous connaissance d'un « trouble dissociatif de type transe » à l'étude dans le DSM-IV ?
3. Quelles pourraient être les caractéristiques de ce trouble ?
4. Certains patients présentent-ils des tableaux cliniques correspondant à ce diagnostic ?
5. Ont-ils bénéficié du diagnostic de « transe » ou « possession » ?
6. Comment se présente pour eux la symptomatologie ? la durée des crises ?
7. Ces patients sont-ils adressés en consultation en raison de ces symptômes ?
 - a. Si oui : par qui la consultation est-elle demandée ?
 - b. Si non :
 - i. Quel est dans ce cas le motif de la consultation ?
 - ii. La transe survient-elle à un moment particulier de la prise en charge ? dans quel cadre (consultation, domicile) ?
8. Les caractéristiques du trouble sont-elles rapportées par le patient lui-même ? par son entourage ?
9. Le tableau clinique correspond-il à un syndrome bien identifié et reconnu dans la culture du patient et de son entourage ?
10. Cas de la possession :
 - a. par qui l'agent est-il identifié (le patient, l'entourage) ?
 - b. quel est l'agent ?
 - c. quel influence exerce-t-il (au cours et en dehors des crises) sur le patient ? sur son entourage ?
 - d. l'agent exprime-t-il des demandes explicites ? à qui ? sont-elles exaucées ?
11. Quelle est l'évolution habituelle du trouble transe ou possession ?
12. Quelles seraient (si certaines ont pu être constatées) les mesures thérapeutiques ou les circonstances extérieures favorisant l'arrêt des symptômes ?
13. A l'inverse, quels seraient les facteurs favorisant (contextuels ou individuels) retrouvés dans les cas de transe ou possession ?
 - a. le contexte familial ? social ? la culture d'origine ?
 - b. un type de personnalité ou de problématique individuelle ?
 - c. l'histoire de la migration ?
14. A quelle grande catégorie psychiatrique ou psychopathologique ces deux troubles appartiendraient-ils ? (névrose, psychose...)
15. L'existence d'un trouble dissociatif de type transe/possession au sein du DSM vous semble-t-elle être une chose utile ?
16. Si vous pouviez apporter vos corrections ou des informations complémentaires aux caractéristiques du troubles, ce seraient lesquelles ?

Annexe 4 : Questionnaire de l'interview de Mr C., patient ayant présenté le trouble

- Comment vous sentez-vous en ce moment ?
- Est-ce que vous êtes encore suivi ? Par qui ?
- Vous est-il encore arrivé récemment d'avoir des crises ?
 - Pourriez-vous décrire une de ces crises ? Pourriez-vous décrire ce que vous sentez, ce que vous voyez, ce que vous faites, ce que vous dites ?
 - Est-ce que c'est quelque chose de pénible ? ou qui vous fait faire des choses gênantes ?
- Comment est-ce qu'on pourrait appeler ces crises ; est-ce que vous avez un nom, ou un mot pour ça ?
- Comment ça se passe avec votre famille ? Qu'est-ce qu'ils pensent de ça ? Et vos amis, les gens qui sont de votre culture, les responsables religieux ou d'autres personnes qui connaissent ces choses : est-ce que vous leur avez parlé de ça ? Qu'est-ce qu'ils en pensent ?
- Au début des crises, les neurologues et les médecins ne comprenaient pas ce qui vous arrivait: ils pensaient que c'était de l'épilepsie, que c'était dû à votre attaque cérébrale. Et vous, est-ce que vous compreniez déjà ce qui vous arrivait ? Comment est-ce que vous avez compris ?
- Est-ce que vous aviez des connaissances particulières sur les êtres surnaturels qui peuvent habiter les personnes ?
- Est-ce que, dans votre enfance, vous avez vu des gens faire des transes ou être possédés ?
- Ils se comportaient de quelle façon ? D'après vous, était-ce dû à des être surnaturels ?
- (A quel moment avez-vous su que cette créature invisible avait un nom ? Comment l'avez-vous reconnue ?) - question posée uniquement dans le cas où le patient a déjà parlé de la *djinniya*
- (Avant de savoir qu'il s'agissait d'un être invisible, est-ce que vous aviez d'autres explications ? Lesquelles ?) - idem
- Est-ce vous qui avez compris ce qui vous arrivait, ou alors est-ce quelqu'un qui vous l'a expliqué ?
- Aujourd'hui, avez-vous l'impression de vivre avec, ou bien est-ce terminé ?
- Est-ce que ça vous apporté des choses en plus : des connaissances que vous n'aviez pas avant, ou des choses que vous pouvez faire maintenant, etc. ?
- Il y a d'autres personnes qui font des transes ou sont possédés en France, même si c'est assez rare. Vous qui avez de l'expérience, quels conseils est-ce que vous donneriez aux gens à qui ça arrive ?
- Les médecins comprennent assez mal ce qui arrive à ces patients. Quels conseils est-ce que vous leur donneriez ?

Bibliographie

- Abraham N., Török M. (1978) *L'écorce et le noyau*. Aubier-Montaigne, Paris
- Adityanjee, Raju G.S.P., Khandelwal S.K. (1989) Current status of multiple personality disorder in India. *Am J Psychiatry*, 146 : 1607-1610
- Alexander et al. (1997) Limited utility of ICD-10 and DSM-IV classification of dissociative and conversion disorders in India. *Acta Psy Scand*, 95 : 177-182
- Allison R.B. (1977) When the psychic glue dissolves. *Hypnos-nytt*, 6 (7) : 25-27
- Allison R.B. (1980) *Minds in many pieces*. Rawson/Wade, New York
- American Psychiatric Association (1980) – *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 3rd edition (DSM-III)*. American Psychiatric Press, Washington
- American Psychiatric Association (1987) – *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 3rd edition revised (DSM-III-R)*. American Psychiatric Press, Washington
- American Psychiatric Association (1994) – *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Press, Washington
- American Psychiatric Association (2000) – *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th edition - texte revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Press, Washington
- American Psychiatric Association (2004) - *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition - texte révisé*. Masson, Paris
- Andreasen N.C. (1995) The validation of psychiatric diagnosis : new models and approaches. *Am. J. Psychiatry*, 152 :161-162
- Antze P. (1992) Possession trance and multiple personality : psychiatric disorders or idioms of distress ? *Transcultural Psy Res Rev*, 29 : 319-323
- Arthaud J. (1860) *Relation d'une hystéro-démonopathie épidémique observée à Morzine (Haute-Savoie)*. Vingtrinier, Lyon
- Baldwin W. (1992) *Spirit releasement therapy. A technical manual*. Headline Books, Terra Alta
- Ballet G. (1911) La psychose hallucinatoire chronique. *L'Encéphale*, tome II :401-411
- Bastide R. (1960) *Les religions africaines au Brésil*. PUF, Paris
- Bastide R (1972) *Le rêve, la transe et la folie*. Flammarion, Paris
- Bateson G. (1972) *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler Publishing Company, San Francisco
- Baubet T. (1996) *Le trouble de la personnalité multiple est-il un trouble psychiatrique ?* Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en médecine, Université de Caen

Baubet T. (2007) Communication personnelle.

Baubet T. (2008) *Effroi et métamorphose. Psychothérapie transculturelle des névroses traumatiques en situation d'impasse thérapeutique*. Thèse de doctorat en psychopathologie et psychanalyse. Villetaneuse : Université Paris 13

Baubet T., Moro M.R. (1997) Qui croit au trouble de la personnalité multiple ? Regard ethnopsychiatrique sur la position des praticiens français. *Champs psychosomatique*, (11-12) : 153-163

Baubet T., Moro M.R. (2003) *Psychiatrie et migration*. Masson, Paris

Baubet T., Taïeb O., Heidenreich F., Moro M.R. (2005) Culture et diagnostic psychiatrique : l'utilisation du guide de formulation culturelle du DSM-IV en clinique. *Annales Médico-Psychologiques*, 163 : 38-44

Bergeret J. (1975) *La dépression et les états-limites*. Payot, Paris

Bernheim H. (1913) *Hystérie, définition et conception, pathogénie, traitement*. Doin, Paris

Bertrand A. (1826) *Du magnétisme animal en France et des jugements qu'en ont porté les sociétés*. Baillière, Paris

Birnbaum K (1923) Der Aufbau der Psychosen. Translated as « The Making of a Psychosis » in : Hirsch S.R, Shepherd (eds.), *Themes and Variations in European Psychiatry*. Wright, Bristol

Bleuler E. (1911) *Dementia praecox, oder Gruppe der Schizophrenien*. Deuticke, Leipzig/Wien

Bonté P., Izard M. (2004) *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. PUF, Paris

Bourguignon E. (1968) *Trance and Possession States*. Bucke Memorial Society, Montreal

Bourguignon E. (1973) *Religion, altered states of consciousness and social change*. Ohio State University Press, Columbus

Bourguignon E. (1976) *Possession*. Chandler & Sharp, San Francisco

Bourguignon E. (1992) The DSM-IV and cultural diversity. *Transcultural Psy Res Rev*, 29 : 330-332

Breuer J., Freud S. (1895) *Etudes sur l'hystérie*. PUF, Paris (1956)

Bridgman P.W. (1927) *The logic of modern physics*. Macmillan, New York

- Calmeil L.F. (1870) Lycanthropie. *In : Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 2^e série, tome III.* Masson-Asselin, Paris
- Cardena E. (1992) Trance and Possession as dissociative disorders. *Transcultural Psy Res Rev*, 29 : 287-300
- Carey G. et Gottesman I.I. (1978) Reliability and validity in binary ratings: areas of common misunderstanding in diagnosis and symptom ratings. *Arch Gen Psychiatry*, 35 (12) : 1454-1459
- Carothers J.C.D. (1953) *The african mind in health and disease: a study in ethnopsychiatry.* World Health Organisation, Geneva
- Carroy J. (1995) A propos des phénomènes de Morzine. *In : Michaux D et coll (1995) La transe et l'hypnose.* Imago, Paris
- Cassidy C.M. (1982) Protein-energy malnutrition as a culture-bound syndrome. *Cult Med Psych*, 6 : 325-345
- Castillo R.J. (1992) Cultural considerations for trance and possession disorder in DSM-IV. *Transcultural Psy Res Rev*, 29 : 333-337
- Castillo R.J. (1994) Spirit possession in South Asia, dissociation or hysteria ? Part 1 & 2 : Theoretical background. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18 (1) : 1-21 et 18 (2) : 141-162
- Certeau M. de (1970) *La possession de Loudun.* Julliard, Paris
- Charcot J.M. (1872-1873) *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière.* Delahaye, Paris
- Chlyeh A. (1999) *Les gnaoua du Maroc – Itinéraires initiatiques, transe et possession.* La Pensée Sauvage , Grenoble
- Cloquet M. (1784) Lettre de M. Cloquet, receveur des gabelles à Soissons. *Bull Soc Fr Hypn* (1986) n°2-3 : 87-89
- Comas-Diaz L. (1981) Puertorican esperitismo and psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry*, 51 : 636-645
- Constans A. (1862) *Relation sur une hystéro-démonopathie en 1861.* Thunot, Paris
- Coons P.M. (1986) Dissociative disorders, diagnostic and treatment. *Indiana Medicine*, 79 : 410-415
- Crabtree A. (1985) *Multiple Man.* Praeger, New York
- Crapanzano V. (2000) *Les Hamadcha. Une étude d'ethnopsychiatrie marocaine.* Institut d'Édition Sanofi-Synthélabo, Paris

- De Plaen S. (2003) Des culture-bound syndromes au « travail de la culture ». *In* : Baubet T., Moro M.R. (2003) *Psychiatrie et migration*. Masson, Paris : 75-90
- Devereux G. (1967) La renonciation à l'identité : défense contre l'anéantissement. *Revue française de Psychanalyse*, 31 (1)
- Devereux G. (1970) *Essai d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard, Paris, 1983
- Devereux G. (1972) *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion, Paris, 1985
- Devereux G. (1978) L'ethnopsychiatrie. *Ethnopsychiatria*, 1 (1) : 7-13
- Dorsainvil J.C. (1931) *Vodou et névrose*. Imprimerie La Presse, Haïti
- During J., Khudoberdiev S. (2007) *La voix du chamane. Etude sur les baxshi tadjiks et ouzbeks*. IFEAC - L'Harmattan, Paris
- Eliade M. (1951) *Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*. Payot, Paris (ed. 1968)
- Ellenberger H. (1970) *The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*. Fontana Press, London
- Elliot D. (1982) State intervention and childhood multiple personality disorder. *Journal Psychiatr Law*, 10 : 441-456
- Etsuko M. (1991) The interpretations of fox possession : illness as metaphor. *Cult. Med. Psychiatr.* 15 (4) : 453-477
- Ey H., Bernard P., Brisset C. (1960) *Manuel de psychiatrie*. Masson, Paris (2001)
- Fabrega H. (1987) *In* : Mezzich J., Kirmayer L., Kleinman A. (1999) The place of culture in DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (8) : 457-464
- Fabrega H. (1989) An ethnomedical perspective on Anglo-American psychiatry. *American Journal of Psychiatry*. 146 : 588-596
- Fabrega H. (1992) Diagnosis interminable : toward a culturally sensitive DSM-IV. *J. Nerv Men Dis*, 180 : 5-7
- Fabrega H. (1996) Cultural and historical foundations of psychiatric diagnosis, *In* : Mezzich J., Kleinman A., Fabrega H., Parron D. (1996) *Culture & Psychiatric Diagnosis, a DSM-IV perspective*. American Psychiatric Press, Washington
- Favret-Saada J. (1977) *Les mots, la mort, les sorts*. Gallimard, Paris
- Feighner J.P., Robins E., Guze S.B., Woodruff R.A., Winokur G., Munoz R. (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry*, 26 : 57-63

Follin S. (1987) La notion de psychose hystérique et la théorie générale de psychoses. *In* : Follin S. (1998) *Vivre en délirant*. Les empêcheurs de penser en rond, Paris

Freud S. (1910) *La vie sexuelle*. PUF, Paris (1969)

Freud S. (1911) *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (le président Schreber)*, *In* : *Cinq psychanalyses*. PUF, Paris (1970)

Freud S. (1917) *Deuil et mélancolie*. *In* : *Métapsychologie*. Gallimard, Paris (1969)

Freud S. (1918) *Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups)*, *In* : *Cinq psychanalyses*. PUF, Paris (1970)

Freud S. (1923) Une névrose démoniaque au XVIIe siècle. *In* : Freud S. *Œuvres complètes volume 16*. PUF, Paris (1991)

Freud S. (1927) Le fétichisme, *In* : *La vie sexuelle*. PUF, Paris (1970)

Freud S., Breuer J. (1895) *Etudes sur l'hystérie*. PUF, Paris (1956)

Garrabé J. (2006) La Notion de dissociation selon Pierre Janet. *In* : Michaux D et coll (2006) *Hypnose et dissociation psychique*. Imago, Paris

Gaviria M., Wintrob R.M. (1976) Supernatural influence in psychopathology-Puerto Rican folk beliefs about mental illness, *Can Psychiatry Asso J*, 21 : 361-369

Gaw A.C., Ding Q., Levine R.L., et al. (1998) The clinical characteristics of possession disorder among 20 Chinese patients in the Hebei Province of China. *Psychiatric Services*, 49 : 360-365

Goff et al. (1991) The delusion of possession in chronically psychotic patients. *J Nerv Mental Dis*. 179 : 567-571

Gonzalez C.A., Griffith E.E. (1996) Culture and the diagnosis of somatoform and dissociative disorders, *In* : Mezzich J., Kleinman A., Fabrega H., Parron D. (1996) *Culture & Psychiatric Diagnosis, a DSM-IV perspective*. American Psychiatric Press, Washington

Green A. Donnet J.L. (1973) *L'enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche*. Editions de Minuit, Collection « Critique », Paris

Griffith E.E., English T., Mayfield V. (1980) Possession, prayer and testimony : therapeutic aspects of the Wednesday night meeting in a black church. *Psychiatry*, 43 : 120-128

Grinberg L. et Grinberg R. (1986) *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. Cesura Lyon Edition, Lyon

- Grob G.N. (1991) Origins of DSM-I : A study in appearance and reality. *Am J Psychiatry*, 148 (4) : 421-431
- Guarnaccia P., Kirmayer L.J. (1997) Cultural considerations on anxiety disorders, *In* : Widiger T.A. et al. (eds) *DSM-IV sourcebook (vol.3)* American psychiatric press, Washington
- Guarnaccia P, Rogler L (1999) Research on culture-bound syndromes : new directions. *Am J Psychiatry*, 156 (9) : 1322-1327
- Hacking I. (1995) *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. Princeton University Press, Princeton
- Hale A.S., Pinninti N.R. (1994) Exorcism-resistant ghost possession treated with clopenthixol. *Br J Psychiatry*, 165 : 386-38
- Headland T.N., Pike K.L., Marvin H. (1990) *Emics and Etics: the insider/outsider debate*. Sage Publications, Newbury Park
- Helzer J.E. et al. (1977a) Reliability of psychiatric diagnosis : I. A methodological review. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34 : 129-133
- Helzer J.E. et al. (1977b) Reliability of psychiatric diagnosis : II. The test/retest reliability of diagnostic classification. *Arch Gen Psychiatry*, 34 : 136-141
- Herskovits M.J. (1937) *Life in a Haitian valley*. Double-day ancor books, New York
- Herskovits M.J. (1943) *Pesquisas etnologicas na Bahia*. Salvador
- Heusch L. de (1962) Cultes de possession et religions initiatiques de salut en Afrique. *In* : *Religions du salut*. Université Libre de Bruxelles
- Heusch L. de (1999). Nouvelles considérations sur les cultes de possession. *In* : Chlyeh A. *L'univers des gnaoua*. La Pensée Sauvage/Le Fennec, Grenoble
- Hilgard E.R. (1977) *Divided consciousness : multiple controls in human thought and action*. Wiley and sons, New York
- Ifrah A. (1980) *Le Maghreb déchiré*. La Pensée Sauvage, Paris
- Jablensky A., Kendell R.E. (2002) – Criteria for assessing a classification in psychiatry, *In* : Maj M, Gaebel W, Lopez-Ibor J.J, Sartorius N. *Psychiatric diagnosis and classification*, John Wiley & Sons, Ltd
- Jablensky A., Kendell R.E. (2003) Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*, 160 : 4-12

Janet P. (1889) *L'Automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Félix Alcan, Paris (éd. 1973)

Janet P. (1898) *Névrose et idées fixes*. Félix Alcan, Paris

Janet P. (1909) *Les névroses*. Flammarion, Paris

Janet P. (1911) *L'Etat mental des hystériques*. Laffite, Marseille (éd. 1983)

Janet P. (1932) *La Force et la faiblesse psychologique*. Maloine, Paris

Jardin Y. et Rekacewicz P. (1994) Les Berbères en Afrique du Nord. *www.monde-diplomatique.fr* [en ligne] Disponible sur <<http://www.monde-diplomatique.fr/cartes/berberes>>

Jaspers K. (1928) *Psychopathologie générale*. Félix Alcan, Paris

Jenkins J., Karno M. (1992) Expressed emotions among Mexican-descent families : cultural adaptation of the method and principal findings. *Am J Psychiatry*, 149 : 9-21

Jilek W.G., Jilek-Aall L. (2001) Culture-specific mental disorders. In : Henn F., Sartorius N., Helmchem H., Lauter H. *Contemporary psychiatry, vol 2 : Psychiatry in special situations*. Springer-Verlag, New York

Jureidini J. (2004) Does dissociation offer a useful explanation for psychopathology? *Psychopathology*, 37 : 259-265

Kendell R.E. (1989) Clinical validity. *Psychol. Med.*, 19 :45-55

Kendler K.S. (1980) The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder). A review. *Arch Gen Psychiatry*, 37 : 699-706

Kendler K.S. (1996) Major depression and generalised anxiety disorder : same genes, (partly) different environments - revisited. *Br. J. Psychiatry*, 168 (suppl. 30) : 68-75

Kenny M.G. (1986) *The Possession of Ansel Bourne : Multiple Personality in American Culture*. Smithsonian Institute Press, Washington

Kernberg O. (1980) *Les troubles limites de la personnalité*. Privat, Toulouse

Kenny M.G. (1981) Multiple personality and spirit possession. *Psychiatry*, 44 : 337-358

Kiev A. (1961) Spirit possession in Haïti. *Am J Psychiatry*, 118 : 133-138

Kim K. (1992) Comment on DSM-IV criteria for Trance and Possession. *Transcultural Psy Res Rev*, 29 : 341-345

Kirk S., Kutchins H. (1998) *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. Les empêcheurs de penser en rond, PUF, Paris

- Kirmayer L.J. (1987) Hypnosis and the limits of social-psychological reductionism. *The Behav and Brain Sciences*, 10 (3) : 521
- Kirmayer L.J. (1992) Taking possession of trance, *In : Transcultural Psy Res Rev*, 29 : 283-286
- Kirmayer L.J. et Weiss M.G. (1997) Cultural considerations on somatoform disorders, *In : Widiger T.A et coll. (eds) DSM-IV sourcebook (vol.3)*. American psychiatric press, Washington
- Kirmayer L.J., Minas H. (2000) The future of transcultural psychiatry. *Can J Psychiatry*, 45 : 438-446
- Kleinman A. (1977) Depression, somatization and the « New Cross-Cultural Psychiatry ». *Soc Sci Med*, 11 : 3-10
- Kleinman A. (1980) *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California press, Los Angeles
- Kleinman A. (1988a) *Rethinking psychiatry*. Free Press, New York
- Kleinman A. (1988b) *The illness narratives*. Basic Books, New York
- Kleinman A. (1986) Social origins of distress and disease : depression, neurasthenia and pain in modern China. Yale University press, New Haven
- Kleinman A. (1996) How is culture important for DSM-IV ? *In : Mezzich J, Kleinman A, Fabrega H, Parron D (1996) Culture & Psychiatric Diagnosis, a DSM-IV perspective*. American Psychiatric Press, Washington
- Kluft R.P. (1991) *Clinical presentations of mutiple personality disorder. The psychiatric clinics of North America*. American psychiatric press, Washington (pp 605-629)
- Kluft R.P. (2005) Diagnosing dissociative identities disorder. *Psychiatric Annals* : 633-648
- Kraepelin E. (1896) *Psychiatrie. Ein Lehrbruch für Studierende und Aerzte*. 5. Auglage, Label, Leipzig
- Kraepelin E. (1904) Vergleichende Psychiatrie. *Centralbl Nervenheilk Psychiatr*, 27 : 433-437
- Kravis N.M. (1988) James Braid's psychopshysiology : a turning point in the history of dynamic psychiatry. *Am J Psychiatry*, 145 (10) : 1191-1206
- Kua, E.H., Chew, P. H. & Ko, S. M. (1993) Spirit possession and healing among Chinese psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88 : 447-450
- Lapassade G. (1995) Déviance et possession. *In : Michaux D. et al. (1995) La transe et l'hypnose*. Imago, Paris

- Lapassade G. (1997) *Les rites de Possession*. Anthropos, Paris
- Laplanche J., Pontalis J.B. (1967) *Vocabulaire de la Psychanalyse*. PUF, Paris (ed. 2004)
- Leavitt J. (1993) Are Trance and Possession Disorders ? *Transcultural Psy Res Rev*, 30 : 51-57
- Lepastier S., Allilaire J-F. (2006) Pour une réévaluation de la *grande hystérie* de Charcot et Richer. *Annales Médico-Psychologiques*, 164 : 51-57
- Levine R.E., Gaw A.C. (1995) Culture-bound syndromes. *Psychiatr Clin North Am*, 18(3) : 523-536
- Levy R.I., Mageo J.M., Howard A. (1996) Gods, spirits and history : a theoretical perspective. In : Mageo J.M., Howard A. *Spirits in culture, history and mind*. Routledge, London
- Lewis I.M. (1971) *Spirit possession and deprivation cults*. In : *Ecstatic Religion*. Penguin Books, Harmondsworth
- Lewis-Fernández R. (1992) The proposed DSM-IV Trance and Possession disorder category : potential benefits and risks, In : *Transcultural Psy Res Rev*, 29 : 301-318
- Lewis-Fernández (1998) A cultural critique of the DSM-IV dissociative disorders section. *Transc Psych Res Rev*. 35 (3) : 387-400
- Lhumeur M. (1990) D'un type de possession déclenché par la frayeur (Maroc). *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, (15) : 151-61.
- Lhermitte J. (1956) *Vrais et faux possédés*. Fayard, Paris
- Liebowitz M.R. et al. (1994) Attaque de nervios and panic disorder. *Am J Psy*, 151 : 871-875
- Linton R. (1936) *The Study of Man : an introduction*. Appleton Century Company, New York
- Littlewood R. (2001) Nosologies et classifications psychiatriques selon les cultures : les syndromes liés à la culture. In : *L'autre*. 3 (2) : 441-466
- Ludwig A.M. (1966) Altered States of Consciousness. *Arch Gen Psychiatry*, 15 : 225-234
- MacAlpine I., Hunter R.E. (1954) Observations of the Psychoanalytic Theory of Psychosis. *Br J Med Psychology*, 27 : 175-191
- Magnan V. (1893) *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Battaille, Paris
- Marsella A.J., Sartorius N., Jablensky, A., Fenton R. (1985). Culture and depressive disorders. In Kleinman A., Good B. (1985) *Culture and Depression*. University of California Press, Berkeley

- Métraux A. (1958) *Le vaudou haïtien*. Gallimard, Paris
- Mezzich J., Kleinman A., Fabrega H., Parron D. (1996) *Culture & Psychiatric Diagnosis, a DSM-IV perspective*. American Psychiatric Press, Washington
- Mezzich J., Kirmayer L., Kleinman A. (1999) The place of culture in DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (8) : 457-464
- Michaux D. (1991) L'émergence de la phénoménologie hypnotique au XVIIIe s. *In* : Bougnoux D. *La suggestion - Hypnose, influence, transe*. Les empêcheurs de penser en rond, Paris
- Michaux D. (2006) L'observateur caché et la dissociation psychique. *In* : Michaux D. et al. *Hypnose et dissociation psychique*. Imago, Paris
- Million T. (1991) Classification in psychopathology : rationale, alternatives and standards. *J Abnorm Psychol*, 8 : 382-439
- Montgomery J.W. (1976) *Demon Possession. A medical, historical anthropological, and theological symposium*. Bertany house publishers, Minneapolis
- Moos R (1991) Life stressors, social resources and the treatment of depression, *In* : Becker J, Kleinman A, *Psychological aspects of depression*. Erlbaum, Hillsdale
- Moro M.R. (1994) *Parents en exil, psychopathologie et migration*. PUF, Paris
- Moro M.R. (1995) Des interventions psychiatriques en situation de crise : épistémologie critique. *In* : M.-R. Moro et S. Lebovici (1995) *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*. PUF, Paris
- Moro M.R., Baubet T. (2003) *Psychiatrie et migration*. Masson, Paris
- Mulhern S. (1991) De l'hypnose à l'enfer. *In* : Bougnoux D. *La suggestion - Hypnose, influence, transe*. Les empêcheurs de penser en rond, Paris
- Mulhern S. (1995) Les aleas de la thérapie des réminiscences - le trouble de la personnalité multiple. *In* : Gabel M, Lebovici S, Mazet P. *Le traumatisme de l'inceste*. PUF, Paris : 63-96
- Mulhern S. (2001) Le trouble de la personnalité multiple : vérités et mensonges du sujet. *In* : Ehrenberg A., Lovell M. *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Odile Jacob, Paris : 75-99
- Mouchenik Y. (2003) Psychiatrie coloniale et ethnologie : les liaisons dangereuses (1900-1950) *In* : Baubet T., Moro M.R. (2003) *Psychiatrie et migration*. Masson, Paris
- Mulhern S. (2006a) La transe de possession : trouble dissociatif ou stratagème politique ? *In* : Michaux D. *Hypnose et dissociation psychique*. Imago, Paris

- Mulhern S. (2006b) Intervention lors du colloque organisé à Paris par le GEAMH. *Hypnose et Pensée magique*.
- Murphy H.B.M., Wittkower E., Chance N. (1964) Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression. *Transc Psy Res Rev*. 1 (1) : 5-21
- Nathan T. (1986a) *La folie des autres*. Dunod, Paris
- Nathan T. (1986b) Trauma et mémoire. *Nouv Rev Ethnopsychiatrie* ; (6) : 7-18
- Nathan T. (1988) *Le sperme du diable*. PUF, Paris
- Nathan N., Moro M.R. (1989) Enfant de *djinné*. Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces. In : Lebovici S., Mazet P., Visier J.P. *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Genève : ESHEL ; p.307-339
- Nathan T. (2001) *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Les empêcheurs de penser en rond, Paris
- Nesse R.M. (2000) Is depression an adaptation ? *Arch Gen Psychiatry*, 57 : 14-20
- Ng B.Y., Chan Y.H. (2004) Psychosocial stressors that precipitate dissociative trance disorder in Singapore. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (6) : 426-432
- Noll R (1992) *Vampires, Werewolves and Demons*. Brunner/Mazel, New York
- OMS (1993) *Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. OMS, Masson, Genève, Paris
- OMS (1994) *Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Critères diagnostiques pour la recherche*. OMS, Masson, Genève, Paris
- Oesterreich T.K. (1966) *Possession : Demoniactal and Other Among Primitive Races, in Antiquity, the Middle Ages, and Modern Times*. Secaucus, Citadel Press
- Osterweis M. (1987) *Pain and disability*. National academy press, Washington
- Peltzer K. (1989). Nosology and etiology of a spirit disorder (Vimbuza) in Malawi. *Psychopathology*, 22 : 145-151
- Pereira S., Bhui K., Dein S. (1995) Making sense of possession states: psychopathology and differential diagnosis. *Br J Hosp Med*, 53 : 582 –5
- Peters L. (1988) Borderline Personality and Negative Possession States. *Transcultural Psych Res Rev*. 25 (1) : 5 - 46
- Peters L., Price-Williams D. (1983) A Phenomenological Overview of Trance. *Transcultural Psych Res Rev*. 20 (1) : 5 – 38

- Petot J-P. (2006) Psychologie des phénomènes dissociatifs et théorie de la conscience. *In* : Michaux D. *Hypnose et dissociation psychique*. Imago, Paris
- Pfeiffer W.M. (1980) Kulturegebundene Syndrome. *In* : Pfeiffer W.M, Schoene W. Psychopathologie in Kulturevergleich. Enke, Stuttgart : 156-170
- Pfeiffer W.M. (1994) *Transculturelle Psychiatrie - 2° ed.* Thieme, Stuttgart
- Pinel P. (1802) *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Brosson, Paris
- Prins H. (1992) Besieged by devils : thoughts on possession and possession states. *Med Sci Law*, 32 : 237-246
- Puységur L.P. de Chastenet (1812) *Les fous, les insensés, les maniaques et les frénétiques ne seraient-ils que des somnambules désordonnés ?* Dentu, Paris
- Rechtman R. (1998) Anthropologie médicale et psychiatrie : de nouveaux paradigmes de recherche. *Pour la recherche* (17)
- Regier D.A. et al. (1998) Limitation of diagnostic criteria and assessments instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55 : 109-115
- Ribeiro R. (1952) *Cultos afrobrasileiros do Recife, um estudo de ajustamento social*. Instituto J.Nabuco, Recife
- Rittenbaugh C. (1982) Obesity as a culture-bound syndrome. *Cult Med Psy*, 6 : 347-361
- Robins E., Guze S.B. (1970) Establishment of diagnostic validity in psychoatric illness : its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 126 : 983-987
- Rodriguès N. (1935) *O animismo fetichista dos negros bahianos*. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro
- Rouch J. (1956) *Les maîtres fous*. France, 18 min, Couleurs
- Salman E. et al. (1998) Subtypes of ataque de nervios : the influence of coexisting diagnosis. *Cult Med Psychiatry*. 22 : 231-244
- Sawena S., Prasad K. (1989) DSM-III subclassification of dissociative disorders applied to psychiatric outpatients in India *Am J Psy*, 146 (2) : 261-262
- Scheper-Hugues N. (1995) The primacy of ethical : propositions for a militant anthropology. *Current anthropology*. 36 (3) : 409-420
- Serieux P., Capgras J. (1909) *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*. Alcan, Paris

- Satoh S. et al. (1996) A case of possessive state with onset influenced by 'door-to-door' sales. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 50 : 313-316
- Signer S.F. (1988) Mystical-ecstatic and trance states. *Br. J. Psychiatry*, 152 : 296-29
- Simons R.C., Hugues C.C. (1985) *The culture-bound syndromes, folk illnesses and anthropological interest*. Reidel company, Doordrecht, Lancaster, Boston, Tokyo
- Slovenko R. (1991) The multiple personality : a challenge to legal concepts. *Journal Psychiatr Law*, winter
- Sokal R.R. (1974) Classification : purposes, principles, progress, prospects. *Science*, 185 : 115-123
- Somer E., Saadon M. (2000) Stambali : Possession and trance in a Tunisian healing dance. *Transcultural Psychiatry*, 37 (4) : 580-600
- Spanos N. (1986) Hypnotic behaviour : a social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and « trance logic ». *The Behavioral and Brain Sciences*, 9 : 449-502
- Spiegel D., Fink R. (1979) Hysterical psychosis and hypnotizability. *Am J Psy*, 136 : 777-781
- Spiegel D., Cardeña E. (1996) Nosological comments on cultural diversity of dissociative and somatoform disorders, *In : Mezzich J, Kleinman A, Fabrega H, Parron D (1996) Culture & Psychiatric Diagnosis, a DSM-IV perspective*. American Psychiatric Press, Washington
- Spitzer R.L., Endicott J., Robins E. (1975) Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *Am J Psychiatry*, 132 (11) : 1187-1192
- Spitzer R.L., Endicott J., Robins E. (1978) Research diagnostic criteria. *Archives of general psychiatry*, 35 : 773-782
- Spitzer R.L., Fleiss J.L. (1974) A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry*, 125 : 341-347
- Stein D. (1993) Cross-cultural psychiatry and the DSM-IV. *Comprehensive psychiatry*, 34(5) : 322-329
- Szabo C.P., Jonsson G., Vorster V. (2005) Dissociative trance disorder associated with major depression and bereavement in a South African female adolescent. *Aust New Zealand J Psychiatry*, 38 (6) : 426-432
- Van Dujil M., Cardeña E., De Jong J. (2005) The Validity of DSM-IV Dissociative Disorders Categories in South-West Uganda. *Transcultural Psychiatry Research Review*, 42 (2) : 219-241
- Varma V.K., Bouri M., Wig N.N. (1981) Multiple personality in India : comparison with hysterical possession state. *Am. J. Psychotherapy*, 35 : 113-121

- Vella G., Aragona M., Alliani D. (2000) The complexity of psychiatric comorbidity : a conceptual and methodologic discussion. *Psychopathology*, 33 : 25-30
- Vint F.W. (1932) A preliminary note on the cell content of the prefrontal cortex of the East African native. *East African Medical Journal*, 9 : 30-55
- Ward C., Beaubrun M. (1981) Spirit possession and neuroticism in a West Indian pentecostal community. *Br J Clin Psychology*. 20 : 295-296
- Weiss M.G., Raguram R., Channabasavanna S.M. (1995) Cultural dimension of psychiatric diagnosis A comparison of DSM-III-R and illness explanatory models in South India. *Br J Psychiatry*, 166 : 353-359
- Weiss M.G. (1997) Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness. *Transcultural Psychiatry*. 34 (2) 235-263
- Weiss M.G. (2001) Cultural epidemiology: an introduction and overview. *Anthropology and Medicine*. 8 (1) : 5-29
- Westermarck E. (1926) *Ritual and belief in Morocco* (2 vol). MacMillan, Londres
- Weyer J. (1583) De Praestigiss Daemonum. In : Mora G (1991) *Witches, Devils, and Doctors of Renaissance*. Medieval & Renaissance texts and studies, Birmingham, New York
- Whitwell F.D., Barker M.G. (1980) 'Possession' in psychiatric patients in Britain, *British Journal of Med Psychology*, 53 : 287-295
- Wittgenstein L. (1958) *Philosophical investigation*. Blackwell, Oxford
- Young A (1995) *The harmony of illusions : inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton university press, Princeton
- Yap P.M. (1960) The possession syndrome : a comparison of Hong-Kong and French findings. *Journal of Mental Science*, 106 : 114-137
- Yap P.M. (1967) Classification of the culture-bound reactive syndromes. *Aust NZ Psychiatry*, 1 : 172-179
- Yap P.M. (1969) The culture-bound reactive syndromes. In : Caudill W, Linn T.Y. *Mental Health Research in Asia and the Pacific*. East-West center press, Honolulu : 33-53
- Yap P.M. (1974) *Comparative psychiatry : a theoretical framework*. University of Toronto press, Toronto

Résumé :

La classification américaine DSM-IV propose depuis 1994 d'étudier le « trouble dissociatif de type transe » (TDT) – sous-types « transe » et « possession » - afin d'évaluer la nécessité de l'inclure officiellement ou non dans une édition future. Le TDT reprendrait les signes généralement observés dans les formes habituelles de la transe et de la possession, mais provoquerait souffrance et désinsertion. Ce trouble, à forte composante culturelle, pourrait toucher toutes les sociétés ; toutefois, dans les sociétés dites « industrialisées », il toucherait en particulier les individus issus des minorités.

L'anthropologie fournit des informations importantes sur les fonctions possibles de la transe. Les modèles de l'esprit de la psychologie et de la psychanalyse produisent également des théories explicatives sur ce qu'on nomme « phénomènes dissociatifs ». Toutefois, une approche satisfaisante devrait pouvoir tirer profit des données et des méthodes de l'anthropologie comme de la psychiatrie. L'ethnopsychiatrie ou psychiatrie transculturelle s'inscrit dans une telle perspective complémentariste, articulant les niveaux individuel et collectif, psychiatrique et culturel.

Notre méthode consiste en une revue de la littérature et en une enquête de terrain dans un service de psychiatrie transculturelle de la région parisienne. Elle nous permet de conclure que le TDT correspond bien à une réalité clinique en France. Dans les pays occidentaux, il semble fortement lié à la question de la migration et aux difficultés d'acculturation, mais peut révéler une multitude d'autres problématiques, en particulier d'ordre traumatique. L'étude de ce « nouveau » trouble dissociatif, de par les rapports évidents qu'il entretient avec la culture du patient, qu'il soit migrant ou non, pose de façon critique la question du risque permanent de biais diagnostique en situation transculturelle, et interroge plus généralement la possibilité de produire une classification psychiatrique libre de culture.

Mots-clefs :

Transe – Possession – Dissociation – DSM – Culture – Migration – Traumatisme -
Acculturation – Ethnopsychiatrie –