

5 Hallucinations et cultures

Th. Baubet, M.R. Moro

*« Le diagnostic psychiatrique
est l'interprétation d'une interprétation. »*

Arthur Kleinman, 1996

Dès 1965, Henri Collomb et ses collègues, instruits par leur expérience à Dakar, soulignaient que « les concepts de délire, d'idée délirante, d'hallucinations psycho-sensorielles semblaient souvent impropres à mettre en forme et à qualifier certaines conduites culturellement significantes » ^[1]. En 1983, Mukherjee et al. ^[2] ont montré que les patients bipolaires afro-américains et hispano-américains encouraient un risque significativement plus élevé que les patients caucasiens de se voir attribuer un diagnostic de schizophrénie aux États-Unis. Un des facteurs prédictifs d'erreur était la survenue de phénomènes hallucinatoires au cours de l'accès pathologique. Ces deux découvertes eurent peu de retentissements en France et furent même presque oubliées. Elles soulèvent pourtant une question cruciale : lorsque nous pratiquons la psychiatrie en situation transculturelle, faisons-nous bien ce que nous croyons faire (évaluer, diagnostiquer le fonctionnement psychique des patients) ou bien passons-nous à côté des enjeux diagnostiques, conditionnés que nous sommes par nos propres appartenances professionnelles et culturelles ?

Avant de tenter de répondre à ces questions, il nous faudra aborder plusieurs points : nous (les soignants) comme les patients sommes dotés d'une culture qui est en grande partie du domaine de l'implicite. La rencontre est ainsi toujours transculturelle, mais il est indispensable d'évoquer ce qu'est la culture au sens anthropologique du terme avant d'aller plus loin. Nous nous attachons ensuite à montrer comment la fréquence des hallucinations en population générale varie selon les cultures, en insistant sur le fait que leur signification pathologique n'est ni automatique ni universelle.

Nous sommes dotés d'un psychisme et d'une culture

Pour Devereux ^[3] et ses continuateurs, l'ethnopsychiatrie repose sur deux principes. Le premier est celui de l'**universalité psychique**: ce qui définit l'être humain c'est son fonctionnement psychique. Il est le même pour

tous. De ce postulat découle la nécessité de donner le même statut (éthique mais aussi scientifique) à tous les êtres humains, à leurs productions culturelles et psychiques, à leurs manières de vivre et de penser même si elles sont différentes et parfois déconcertantes [3]. Il s'agit donc d'une universalité de fonctionnement, de processus, d'une universalité structurelle et de fait. Mais, si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le **particulier** de sa culture d'appartenance : « Le passage par le culturel a pour but d'accéder à l'universel en chacun de nous, à l'universel incarné 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. [4] »

La culture est la somme des connaissances, des représentations et des comportements qui caractérisent une société humaine. Elle permet aux membres de cette société d'appréhender le monde et d'attribuer un sens aux événements d'une manière homogène, en leur fournissant une grille de lecture transmise de façon implicite à travers des représentations culturelles communes. Ces représentations culturelles varient d'une culture à l'autre, elles définissent la façon dont les membres de chaque culture considèrent les notions de normalité/anormalité, santé/maladie, ordre/désordre, réel/non-réel, masculin/féminin, etc. Les cultures ne doivent cependant pas être conçues comme des choses figées, mais comme des processus dynamiques qui empruntent au contexte, aux mouvements de populations, aux échanges. D'une part chaque sujet emprunte à différents mondes (par exemple, la culture du village et celle plus syncrétique de la ville, la culture médicale, celle du pays d'accueil dans la migration...) et, d'autre part, chacun s'approprie ces représentations d'une manière qui lui est propre, qui dépend de son histoire, du contexte social, politique, de sa famille donc de sa subjectivité. On appelle **affiliation** ce processus actif et dynamique d'inscription dans un monde culturel, souvent au pluriel.

La fréquence des hallucinations varie selon le contexte culturel

Selon une large méta-analyse récente, la fréquence des hallucinations en population générale varie de 0,6 à 84 % [5]. Bien sûr les méthodologies des études ne sont pas comparables et il semble que cela révèle finalement des disparités dans la manière dont les chercheurs se représentent ce qu'est une hallucination et les questions qui devraient être posées pour rechercher son existence. Les auteurs signalent également la disparité des résultats selon l'aire culturelle et selon les contextes d'audition, les situations de deuils et de traumatismes augmentant leur fréquence. Les travaux de l'équipe de Nuevo [6] vont également dans ce sens. Plus précisément, une étude réalisée au Royaume-Uni en population générale auprès de sujets caucasiens et de sujets issus de minorités ethniques a montré que des expériences

hallucinatoires étaient rapportées par 4 % des sujets caucasiens, 9,8 % des sujets originaires des Caraïbes et 2,3 % des sujets asiatiques [7]. Cependant, après passation d'un entretien standardisé (*Present State Examination*), seuls 25 % des patients ayant expérimenté des hallucinations présentaient un authentique trouble psychotique, avec une grande variabilité interethnique puisque 50 % des patients caucasiens présentaient un trouble psychotique, contre seulement 20 % chez les patients originaires des Caraïbes ou d'Asie. Selon les auteurs de cette étude, les hallucinations, loin d'être la marque d'un processus pathologique, pourraient se distribuer selon un continuum entre l'expérience normale et la pathologie. Si la psychiatrie et la psychologie estiment généralement que l'hallucination présente une différence de nature avec des expériences comme les visions, les rêves, les états dissociatifs, il n'en va pas de même dans beaucoup d'autres contextes, où l'ensemble de ces phénomènes peut être rattaché à une même cause, par exemple un état de possession. Il est également fréquent que des sujets évoquent des phénomènes de vision, de rêve, comme des éléments de la réalité et non pas « comme si » cela s'était passé, ce qui peut être relié à des manières différentes de concevoir la réalité [8] et entraîner des diagnostics de schizophrénie en excès.

Cette variabilité du phénomène hallucinatoire quant à sa fréquence, à son contexte d'apparition et aux sens qui lui sont conférés existe également chez les enfants et adolescents, mais elle a été moins explorée jusqu'ici dans cette tranche d'âge [9].

Le savoir psychiatrique est enraciné dans la culture occidentale

Le savoir psychiatrique n'est pas a-culturel. Il est au contraire profondément enraciné dans la culture occidentale et médicale. La psychiatrie clinique s'est développée dans les hôpitaux européens des XIX^e et XX^e siècles. Très vite, il est apparu que les patients qui avaient reçu un même diagnostic présentaient un certain nombre de disparités cliniques. Il était alors d'usage de distinguer les déterminants pathogéniques d'un trouble mental (traduisant les dysfonctionnements biologiques nécessaires et suffisants pour les causer), des variations personnelles et culturelles dites pathoplastiques. La dichotomie pathogénique/pathoplastique renvoyait à la classique dichotomie forme/contenu et semblait permettre finalement de distinguer facilement le biologique du culturel. La psychiatrie ne disposant pas de signes biologiques ou morphologiques évidents, la distinction devait se faire sur les symptômes présentés. C'est ainsi que les hallucinations étaient pratiquement toujours considérées comme primaires, pathogéniques, et traduisant directement un trouble biologique sous-jacent [10]. Pour Kraepelin, Bleuler ou Birnbaum, le diagnostic reposait finalement sur l'observation

des éléments pathogéniques (de la forme), les enveloppes pathoplastiques donnant « le contenu, la couleur et le contour d'une maladie individualisée dont le caractère et la forme de base ont été biologiquement déterminés¹ ». On voit que c'est dans ce prolongement que s'inscrivent encore nombre d'études comparatives qui partent à la recherche d'un hypothétique noyau symptomatique invariant, universel, qui serait observable après que l'on a « écarté » les éléments culturels et individuels et qui nous renseignerait directement sur le dysfonctionnement biologique sous-jacent. En somme, dans cette conception psychiatrique classique, et pour reprendre l'aphorisme proposé par l'anthropologue Geertz², « la culture est le glaçage, la biologie est le gâteau... la différence est superficielle et la ressemblance profonde » [12].

Ainsi, devant un patient qui entend un esprit lui demander de « faire un sacrifice et de faire couler le sang » nous aurons tendance à retenir les signes considérés comme pathogéniques — le patient présente une hallucination acoustico-verbale ou intrapsychique avec syndrome d'influence — et à négliger les signes considérés comme pathoplastiques — ce patient présente un type de possession qui peut être fréquent au sein de son groupe d'appartenance et qui nécessite de pratiquer un rituel après lequel il est susceptible de voir ses symptômes s'améliorer voire disparaître. Or la psychiatrie transculturelle nous a montré que certaines manifestations ont un sens sur le plan anthropologique, mais n'en ont pas sur le plan psychopathologique. Autrement dit, un état reconnu comme une possession par un esprit invisible associé à un dialogue avec cet esprit peut témoigner de toute une variété de troubles psychiatriques (psychotiques, affectifs, anxieux, post-traumatiques, etc.) et peut également survenir en l'absence de pathologie mentale. Dans ce cas, nous risquons d'être aveuglés par ce que nous pensons relever du pathogénique et du biologique, et de négliger le niveau anthropologique et singulier qui nous permettrait peut-être de poser un tout autre diagnostic. La différence culturelle devient alors un facteur qui obscurcit le diagnostic si ce niveau anthropologique n'est pas pris en compte.

Les psychiatres ne sont pas des êtres universels dépourvus de culture. Nous avons tous une culture, ce qui rend la rencontre avec les patients venus d'ailleurs véritablement transculturelle. Cependant, nous avons tendance à voir la culture chez l'autre (exotique, fascinante, étrange...) et à la négliger chez nous, ce qui peut être à l'origine de « taches aveugles » dans notre pratique. Ce que Devereux a désigné comme le contre-transfert culturel [13], c'est-à-dire l'ensemble des mouvements conscients et inconscients que provoque chez nous la distance culturelle avec le patient, est à l'œuvre et doit être pensé et intégré au processus d'évaluation comme au niveau de soins.

Pouvons-nous, comme nous y invitait déjà Collomb en 1965 [14], essayer de penser les limites du concept d'hallucination en situation transculturelle ?

1. Birnbaum [11] cité par Littlewood [10].

2. Cité par Littlewood [10].

Qu'est-ce qu'une hallucination en situation transculturelle ?

Nous présumons habituellement que les patients habitent la même réalité que nous. Rien n'est moins sûr cependant, notamment en situation transculturelle. Il existe une variété infinie d'ontologies, de manière de se représenter l'humain et l'univers, et des expériences banales ailleurs peuvent facilement être considérées comme pathologiques ici.

À partir de quel moment peut-on parler de délire et non de croyance ? Les psychiatres considèrent généralement, à la suite d'Henri Ey, que le délire est « la croyance irréductible et inébranlable à une conception fausse de la réalité ». En situation transculturelle, on est rapidement confronté aux limites d'une telle définition : la réalité est une notion finalement très subjective... Preuve en est la manière dont les psychiatres coloniaux ont initialement considéré tout énoncé faisant référence au surnaturel comme délirant. Ainsi, la croyance dans des êtres surnaturels (anges, jnouns, rabs...) ou dans des procédés techniques à l'origine de troubles et de malheurs (sorcellerie, maraboutage, envoûtement) peut difficilement être taxée de délire *a priori*. Nathan [15] a avancé que le délire était « une croyance plus vraie, plus réelle, plus subjective, que la croyance commune ».

En ce qui concerne les hallucinations, la culture exerce également une grande influence, que ce soit sur leur forme (visuelle, auditive, etc.), sur leur contenu (esprits, démons, etc.) ou sur la distinction entre phénomènes normaux et pathologiques [16]. Dans beaucoup de contextes, les visions, les rêves, les états dissociatifs parfois provoqués peuvent être considérés comme des dons, des compétences et pas des expériences anormales. Il est également fréquent que des sujets évoquent des phénomènes de vision, de rêve, comme des éléments de la réalité et non pas « comme si » cela s'était passé, ce qui peut être relié à des manières différentes de concevoir la réalité [8] et entraîner un excès de diagnostic de psychose. Un extrait d'un dialogue avec un patient Peuhl de Guinée, âgé de 28 ans, réfugié en France après avoir été victime de violences extrêmes en donne un aperçu.

Vignette clinique

- Patient : « *C'est une créature qui me monte dessus la nuit et qui fait l'amour avec moi. Elle le fait jusqu'à la fin de l'acte. Elle est belle mais elle a des sabots de chèvre et des yeux bizarres. Elle me fait très peur et je suis sur le dos et je ne peux pas bouger. Après je me sens mal.* »
- Thérapeute : « *C'est un rêve ?* »
- Patient : « *Non, elle est là, dans la pièce, je la vois comme je vous vois.* »
- Thérapeute : « *Mais vous dormez quand elle vient, quand elle est là ? C'est durant le sommeil ?* »
- Patient : [Hésitations] « *Euh... non, c'est durant la nuit.* »

La nuit en Afrique de l'Ouest renvoie souvent à l'autre monde, celui dans lequel se déroulent les actes de sorcellerie, les attaques, celui où l'on peut rencontrer les créatures de la nuit, surnaturelles, inapparentes le jour [17]. Au terme de cet échange, il est bien difficile de conclure sur un rêve, une vision, une hallucination et d'en comprendre le sens. En effet, en situation transculturelle, la compréhension des troubles nécessite un nécessaire décodage [18].

Codage culturel des troubles

Ce codage culturel des troubles est inscrit dans notre langue et les catégories de représentations à notre disposition qui nous permettent de lire le monde d'une certaine manière, dans notre corps et notre façon de percevoir et de sentir, dans notre rapport au monde, à travers nos systèmes d'interprétation et de construction de sens. La maladie n'échappe pas à ce codage culturel. Nous avons proposé de l'analyser selon trois niveaux [18] : le niveau ontologique (de l'*être*), celui des théories étiologiques (renvoyant au *sens*) et celui des logiques thérapeutiques qui en découlent (le *faire*).

Les représentations culturelles sont les interfaces entre le dedans et le dehors ; elles sont le résultat de l'appropriation par les individus de systèmes de pensée d'origine culturelle. Elles permettent l'expérience subjective. Le sujet incorpore ces représentations et il les retravaille à partir de ses propres mouvements, ses conflits internes et ses traits de personnalité. Qu'en est-il alors de la culture du point de vue du sujet lui-même ? La culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu ; elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu et, par conséquent, du non-sens. La culture cherche à mettre à la disposition du sujet une grille de lecture du monde. Ce codage est un processus constitué d'ingrédients complexes, d'**inférences ontologiques** (la nature des êtres et des choses) mais aussi d'inférences de causalité permettant de donner un sens à un événement répertorié (« Pourquoi ? Pourquoi moi ? Pourquoi moi à ce moment-là ?... ») [19]. L'élaboration de **théories étiologiques** par les patients va faire appel aux représentations culturelles ainsi qu'à certains autres facteurs, comme des éléments du discours médical, ce que nous appelons le second niveau, celui du « sens » [18]. La nosologie dans les sociétés traditionnelles n'est pas tant fondée sur la sémiologie que sur le sens : l'élucidation de ce sens constitue le premier temps de la prise en charge du trouble. Le sens des symptômes peut être fourni par un guérisseur dépositaire d'un savoir, au moyen de procédés divinatoires, ou bien par inférence à partir de certaines caractéristiques du trouble qui permettent de le reconnaître. Les théories étiologiques font appel à différentes catégories de causes comme : l'intervention d'un être culturel, par exemple d'un djinn ; un procédé technique : sorcellerie, maraboutage ; les manifestations d'un

ancêtre offensé ; les conséquences de transgression d'un tabou, d'un interdit ; le retour d'un mort, et la frayeur. L'élucidation du sens de la maladie, c'est-à-dire l'énonciation de son étiologie, implique l'utilisation de moyens thérapeutiques particuliers. C'est le troisième niveau, celui des **logiques thérapeutiques** [18], du « faire ». Le processus de recherche de soins répond à une double exigence : quête de la guérison et construction d'un sens à la maladie.

« *Category fallacy* » et « *misdiagnosis* »

Kleinman [20, 21] a proposé le terme de *category fallacy* (erreur catégorielle) pour désigner « la réification d'une catégorie nosologique développée pour un groupe culturel particulier et son application aux membres d'une autre culture dans laquelle cette catégorie manque de cohérence, sans que sa validité n'ait été établie dans ce nouveau contexte » [21]. Ainsi, l'application à un groupe culturel de critères diagnostiques définis au sein d'un autre expose à un risque élevé de *misdiagnosis* (erreur diagnostique), notamment à travers un excès de diagnostic de psychose et une sous-estimation du psychotraumatisme et de la dépression [22].

Cette question a depuis été largement débattue dans les pays anglo-saxons [23-27], parfois en des termes forts comme celui de « racisme institutionnel » [28] ou de « contrôle social » de la part de l'institution sanitaire [29]. Néanmoins, ce débat n'a pas émergé en France à l'exception notable des travaux de Selod [30, 31] et Radjack et al. [32]. Pourtant, notre pratique clinique dans les consultations transculturelles³ de Bobigny et de Cochin à Paris et dans la banlieue parisienne nous confronte quotidiennement avec de telles situations d'erreur diagnostique, que ce soit avec des patients migrants ou bien avec des patients originaires de départements ou de territoires d'outre-mer.

Ces concepts de *category fallacy* et de *misdiagnosis* ont été à l'origine de sévères critiques des grandes études épidémiologiques internationales de l'OMS sur la dépression et la schizophrénie : si les instruments diagnostiques utilisés (qui étaient simplement traduits mais non validés de manière transculturelle) permettaient bien de retrouver des « cas » dans les différents contextes étudiés, ils ne permettaient pas d'affirmer que ces « cas » correspondaient bien à la maladie visée, ni ne garantissaient que la maladie ne pouvait prendre d'autres formes, non repérées par les instruments diagnostiques [33].

Le destin étonnant de la bouffée délirante aiguë

De même, les états délirants aigus posent de difficiles problèmes diagnostiques en situation transculturelle. Une fois éliminés les psychoses affectives

3. www.clinique-transculturelle.org

et les états aigus marquant l'entrée dans une psychose chronique, il reste un nombre non négligeable d'états psychotiques aigus et transitoires. Une étude multicentrique de l'OMS (*Cross-cultural study of Acute Psychosis*, CAPS) a permis d'évaluer leurs caractéristiques [34]. De nombreux autres travaux sur le sujet ont été publiés depuis et Kulhara et Chakrabarti les ont passés en revue [35]. Leur fréquence apparaît élevée dans les pays non occidentaux, avec une prédominance féminine et rurale, la durée moyenne d'évolution est de deux à six mois en l'absence de traitement, avec un bon pronostic à court et long terme. Cette catégorie a été intégrée dans la CIM-10 [36, 37] sous le terme de « troubles psychotiques aigus et transitoires ». Le manuel précise différents points : les facteurs de stress seraient fréquents ; les troubles s'installent en moins de deux semaines ; ils guérissent totalement en moins de trois mois ; le pronostic n'est toutefois pas possible d'emblée sur les éléments cliniques.

Ce concept de psychose aiguë transitoire rappelle bien sûr la description classique pour la psychiatrie française de la bouffée délirante aiguë (BDA) de Magnan. Il est d'ailleurs frappant de constater que ce terme figure en français dans le texte du DSM-IV [38], non pas dans le corps du manuel, mais dans l'annexe consacrée aux « syndromes liés à la culture », comme syndrome « typique » de Haïti et d'Afrique de l'Ouest⁴ ! Très tôt, Devereux avait pourtant souligné l'intérêt de ce concept, comme Ralph Linton le rappelle en 1956 : « Je me souviens que Devereux me répétait à quel point il était nécessaire de réactualiser le terme plus ou moins obsolète "d'état délirant transitoire" pour une description correcte des troubles mentaux dans les sociétés primitives. [14] »

Dans de nombreux pays, les psychiatres ont une grande habitude des tableaux délirants aigus de significations et d'évolutions variables. On peut citer les travaux considérables de Collomb sur la bouffée délirante aiguë au Sénégal [14, 39], ceux menés par Ifrah au Maroc et chez les migrants marocains en France [40], ceux de Durand et Traore [41] en Côte d'Ivoire. De nombreux cas ont été publiés [1, 42]. Collomb a caractérisé la clinique de ces bouffées délirantes aiguës à partir de 125 cas vus à l'hôpital de Fann à Dakar [14] (encadré 5.1).

Collomb, reprenant les travaux de Follin, soulignait que de tels accès concernaient « la couche superficielle de la personnalité, la façade pour autrui ; elles n'ébranlent pas la couche profonde, celle de la personne » [14]. Collomb insistait sur la dimension « positive » de la bouffée délirante aiguë, qui constituait une défense face à l'angoisse, en même temps qu'une ten-

4. « Syndrome observé en Afrique de l'Ouest et à Haïti. Ce terme français renvoie à une soudaine explosion d'agitation et de comportements agressifs, une confusion marquée, une excitation psychomotrice. Il peut parfois s'accompagner d'hallucinations auditives, visuelles, d'idéation paranoïde. Ces épisodes ressemblent à des épisodes de trouble psychotique bref. [38] »

Encadré 5.1**Caractéristiques de la bouffée délirante aiguë en Afrique de l'Ouest selon Collomb**

- Le début est brutal, souvent précédé d'un événement insolite ou traumatisant, d'un rêve, d'une vision de caractère inhabituel ou de signification inquiétante.
- La personnalité antérieure est sans particularité.
- L'expérience délirante possède une certaine familiarité pour l'individu comme pour le groupe.
- La tonalité affective est variable mais généralement peu affectée (dépression dans douze cas et manie dans cinq).
- La vigilance est altérée.
- Le contenu est très souvent persécutif (90 fois), souvent associé à d'autres thèmes : grandeur, influence, possession, filiation, mort, culpabilité.
- Les hallucinations visuelles et verbales sont très fréquentes et souvent très difficiles à distinguer de rêves, de visions, de « vives représentations », les hallucinations cénesthésiques sont fréquentes.
- Hallucinations et délires sont mis en forme par des représentations traditionnelles : maraboutage, sorcellerie, possession.
- La réaction de l'entourage est importante pour l'évolution.
- La guérison est la règle (90 % des cas) et elle est rapidement obtenue (environ deux mois).

tative de remaniement identitaire et qu'un appel au groupe. « Elle [la BDA] reste dialogue, dialogue voulu par le malade, reçu par le groupe. Le verbe anime la force pathologique comme une surabondance de signifiant. Nous sommes loin du schizophrène, fermé sur lui-même, refusant les autres, renvoyé à sa propre grimace dans une existence que le verbe a désertée ou n'a pu animer. ^[14] »

En situation de migration

Cependant, ce que Collomb soulignait déjà dans cet article, c'est la gravité de la BDA chez le sujet migrant, privé des systèmes de sens, de compréhension et de soins offerts par l'environnement d'origine. Ifrah ^[40] a souligné la complexité et la multiplicité de sens possibles au cours de ce type de crise et a insisté sur la rareté relative de l'évolution paranoïde. La BDA vient signer un désordre pour la famille qui va d'emblée commencer à lui chercher une origine et un sens en s'appuyant, entre autres choses, sur des éléments culturels. La BDA n'appelle pas nécessairement la mise en route de soins

médicaux ; les premières attitudes de recherche d'aide se font à l'intérieur de la famille élargie, auprès de divers détenteurs de savoirs ; c'est souvent dans un second temps ou lorsque les différentes mesures ont été inefficaces que des soins psychiatriques sont demandés. Dans la migration, les possibilités de sens offertes habituellement par l'entourage disparaissent en partie et les urgences hospitalières deviennent fréquemment le premier — et le seul — lieu de soin.

Les hallucinations dans le contexte de schizophrénie et de psychose grave

Un nombre croissant d'études montre aujourd'hui que les hallucinations survenant dans le cadre de troubles psychotiques graves, notamment de schizophrénies, sont également mises en forme par les attentes et les systèmes de sens locaux, et par la manière locale de considérer le soi, l'esprit et la réalité ^[43].

La culture affecte ainsi le contenu des hallucinations (par exemple, les thèmes concernant Jésus-Christ, la Vierge Marie, la persécution par les ancêtres, Satan, les Djinns, etc.) ne sont pas universels. Cela est vrai plus largement pour le contexte socioculturel et historique, certains travaux ayant mis en évidence une évolution au cours du temps du contenu des hallucinations sur un même site. Mitchell et Vierkant ^[44] ont ainsi montré que le contenu des hallucinations avait varié dans un même hôpital américain, entre les années trente, années de crise économique au cours desquelles le contenu des hallucinations reflétait un désir pour des biens matériels, et les années quatre-vingt, au cours desquelles les contenus liés à la technologie prédominaient.

La culture n'affecte pas seulement le contenu des hallucinations, elle affecte aussi leur forme. Larøi et al. ^[43] ont synthétisé cette littérature. Donnons deux exemples : Suhail et Cochrane ^[45] ont comparé des patients britanniques et des sujets pakistanais vivant au Pakistan. Les Britanniques entendaient davantage de voix commentant leurs pensées et leurs actes ou leur enjoignant de se tuer ou de tuer d'autres personnes, tandis qu'au Pakistan les patients entendaient davantage de voix critiques, menaçantes ou insultantes. Dans une autre étude ^[46], le fait d'entendre plusieurs voix converser sur le patient à la troisième personne était un phénomène beaucoup plus fréquent au Royaume-Uni qu'au Nigeria. Enfin, dans une étude récente, Luhrmann et al. ^[47] ont exploré de manière qualitative et phénoménologique l'expérience d'entendre des voix dans trois sites : à Accra (Ghana), San Mateo (Californie) et Chennai (Inde du Sud), mettant en évidence de profondes différences dans la manière dont l'expérience était vécue et comprise par les patients.

Enfin, la culture influence également la fréquence des manifestations hallucinatoires au cours de la schizophrénie. Bauer et al. [48] ont comparé la symptomatologie de patients schizophrènes dans sept pays, en utilisant les mêmes procédures diagnostiques et les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion, ils ont montré que la fréquence des hallucinations auditives variait de 67 % (Autriche) à 91 % (Ghana), et celle des hallucinations visuelles de 4 % (Pakistan) à 54 % (Ghana).

Un autre point important est que la réaction de la famille et de l'entourage aux manifestations psychotiques et aux hallucinations est médiée par le contexte culturel. Jenkins [49] a souligné par exemple que les familles mexicaines aux États-Unis montraient davantage de tolérance et de sympathie vis-à-vis de leurs proches faisant l'expérience d'hallucinations que les familles américaines d'origine européenne. Dans d'autres contextes culturels, ce seront au contraire d'autres symptômes qui feront l'objet de compréhension : le retrait relationnel, en Asie du Sud, peut être compris comme une forme de détachement religieusement valorisé [50]. Dans les années soixante, Schooler et Caudill [51] avaient déjà montré qu'au Japon, c'était l'agressivité des patients qui conduisait à la première demande de consultation pour schizophrénie, tandis qu'au Royaume-Uni, c'était les hallucinations.

Tous ces éléments ont des conséquences importantes lorsqu'il s'agit d'élaborer des procédures diagnostiques et thérapeutiques, et de faire alliance avec le patient et sa famille pour les soins. Des recherches phénoménologiques et transculturelles impliquant psychiatres et anthropologues sont plus que jamais nécessaires pour comprendre comment les contextes culturels et sociaux mettent en forme les pathologies psychotiques et plus spécifiquement les hallucinations.

Comment améliorer la compréhension, le diagnostic et l'alliance thérapeutique en situation transculturelle ?

Il est possible de se former à la psychiatrie transculturelle. En France, c'est principalement l'ethnopsychiatrie qui s'est développée depuis les années quatre-vingt dans le prolongement des travaux de Devereux et de la méthode complémentariste [4]. Dans les pays anglo-saxons en revanche, le courant de la nouvelle psychiatrie transculturelle s'est imposé [20] en lien étroit avec les travaux menés dans le champ de l'anthropologie médicale [33]. Quoi qu'il en soit, pour tout clinicien désireux de développer ses compétences dans ce champ, il ne s'agit pas de devenir un « spécialiste des cultures » et d'accumuler des connaissances anecdotiques sur les différences, mais de s'interroger sur le statut que l'on donne à la culture dans la clinique, en

sortant de l'opposition forme/contenu que nous avons évoquée et qui est maintenant obsolète.

Le complémentarisme et l'ethnopsychiatrie

L'ethnopsychiatrie a été construite à partir d'un principe méthodologique et non d'un principe théorique, c'est là une de ses originalités : « Le complémentarisme n'est pas une "théorie", mais une généralisation méthodologique. Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valables — il les coordonne. ^[52] » Il est vain d'intégrer de force dans le champ de la psychopathologie ou dans celui de l'anthropologie exclusivement certains phénomènes humains. La spécificité de ces données réside justement dans le fait qu'elles nécessitent un double discours qui ne peut être tenu simultanément : « Une pluridisciplinarité non fusionnante, et "non simultanée" : celle du double discours obligatoire. ^[52] » Pour construire cette méthodologie, Devereux a emprunté son modèle à la physique des quanta. Bohr, en effet, a généralisé le principe d'indéterminisme énoncé par Heisenberg en proposant la notion de complémentarité : « Ce principe affirme qu'il est impossible de déterminer (mesurer) simultanément et avec la même précision la position et le moment de l'électron. En effet, plus nous mesurons avec précision la position de l'électron (à un instant donné), plus notre détermination de son moment devient imprécise — et inversement bien entendu. ^[52] » Les deux discours obligatoires et non simultanés, celui de la psychopathologie et celui de l'anthropologie, sont alors dits complémentaires. Ce double discours conditionne l'obtention de données : « Ainsi, lorsque l'explication sociologique⁵ d'un fait est poussée au-delà de certaines limites de "rentabilité", ce qui survient n'est pas une "réduction" du psychologique au sociologique, mais une "disparition" de l'objet même du discours sociologique. ^[52] » Et il en va de même pour l'explication psychologique. Mais la question qui est posée ici est : comment prendre successivement deux places différentes par rapport à l'objet sans le réduire à l'une ou à l'autre et sans les confondre ? Un apprentissage du décentrage, au sens piagétien du terme, est ici nécessaire mais ardu. Il faut débusquer ces paresseuses habitudes en sciences humaines qui tendent à ramener les données à soi ou à ce que l'on connaît déjà et à se méfier de l'altérité de l'objet d'étude ^[53]. Mais il est plus encore : si certains faits relèvent de deux discours complémentaires, ceci ne tient pas au fait lui-même mais à la démarche scientifique qui prétend l'expliquer : « Un "fait brut" n'appar-

5. Devereux emploie souvent le mot sociologie dans son acception anglo-saxonne, c'est-à-dire englobant l'anthropologie. S'il a parfois utilisé des données de la sociologie au sens strict, c'est surtout à l'anthropologie qu'il se réfère. Au regard de son œuvre, les deux référents sont donc bien l'anthropologie et la psychanalyse contrairement à ce que laissent penser certaines traductions.

tient d'emblée ni au domaine de la sociologie ni à celui de la psychologie. Ce n'est que par son explication (dans le cadre de l'une ou de l'autre de ces deux sciences) que le fait brut se transforme en donnée, soit psychologique, soit sociologique. (...) Le principe de complémentarité semble donc jouer au niveau de la transformation du fait brut en donnée relevant de l'une ou l'autre de ces sciences. [52] »

Le principe du complémentarisme est simple et évident comme toutes les grandes méthodes. La véritable difficulté reste cependant la mise en place du complémentarisme en clinique par des thérapeutes qui doivent pouvoir se décentrer et travailler constamment sur deux niveaux sans les confondre, le niveau culturel et le niveau individuel, et sur les interactions nécessaires et parfois conflictuelles entre ces deux niveaux.

L'examen de l'ensemble de l'œuvre de Devereux montre que de sa théorie et de sa méthode ne découle aucun dispositif spécifique pour les patients, mais on en déduit en revanche une manière originale et forte de considérer ce matériel culturel comme un véritable levier thérapeutique potentiel et transitoire particulièrement efficace si on le traite de manière complémentariste.

Les travaux cliniques de Nathan [15] ont permis de mettre au point un dispositif technique qu'il qualifie de spécifique, un dispositif essentiellement groupal, où le patient migrant a la possibilité de parler sa langue maternelle et où un cadre culturel est construit dans un premier temps. Dans cette consultation groupale sont maniées les logiques culturelles portées par le patient, logiques inférées par le groupe métissé [4], ses objets culturels parfois et avec beaucoup plus de parcimonie [15]. Il est également possible d'utiliser certains de ces paramètres dans le cadre de consultations individuelles [54] et de construire un dispositif à géométrie variable pour les enfants de la seconde génération [55].

Le guide de formulation culturelle du DSM

Le guide de formulation culturelle est une innovation importante du DSM-IV, figurant en annexe de l'ouvrage [38, 56]. Son utilisation permet d'ajouter à la démarche diagnostique une démarche complémentaire d'évaluation de l'expérience du trouble telle qu'elle est vécue par le patient avec ses propres références. Cinq dimensions sont à évaluer [57] (encadré 5.2).

Différentes illustrations de l'utilisation de cet outil et de sa pertinence pour la clinique ont été publiées [57-59]. Ce guide offre des perspectives prometteuses sur le plan clinique, de l'enseignement et de la recherche. Une version plus détaillée de ce guide a été publiée en annexe du DSM-5 [60], et un guide d'entretien (*Cultural Formulation Interview*) lui a été ajouté.

Dans notre expérience, l'utilisation du guide de formulation culturelle permet au clinicien — même s'il n'est pas un spécialiste de la psychiatrie transculturelle — de co-construire avec le patient et sa famille un sens à ce qui est en train de se produire. Il s'agit d'un moment clinique important

Encadré 5.2**Guide de formulation culturelle (DSM-IV)****Identité culturelle de l'individu**

- Groupe(s) culturel(s) auquel (auxquels) le patient s'identifie ou alors au contraire qu'il ne reconnaît pas comme affiliation. Position par rapport au sentiment religieux. Mêmes informations sur les deux parents.
- Langues : langue maternelle, parlée dans la petite enfance et la période des apprentissages. Acquisition de nouvelles langues. Langue(s) parlée(s) au travail, à la maison par le patient et sa famille, langue utilisée pour les soins, langues dans lesquelles le patient lit et écrit.
- Relation avec la culture d'origine : maintien de liens affectifs avec des personnes restées au pays, implication dans des associations communautaires, religieuses, de loisir, politique regroupant des migrants de même origine. Place des pairs de même origine dans la socialisation, contacts avec la famille étendue. Positionnement du patient vis-à-vis de sa culture d'origine.
- Relation avec la culture du pays hôte : engagement dans des activités de loisir, communautaires, religieuses, relations amicales, socialisation. Perception de la culture du pays hôte. Expérience du racisme.

Modèle étiologique des troubles

- Dénomination du problème (par exemple, les nerfs, la malchance, des plaintes somatiques, etc.) et principales manifestations.
- Sens de ces troubles et sévérité perçue en référence à la culture d'origine et à la culture du pays d'accueil.
- Modèles explicatifs de la maladie, ce qui inclut : cause, évolution, mécanisme, évolution attendue, traitement souhaitable.
- Itinéraire thérapeutique : dans le système de soin, avec des guérisseurs traditionnels, médecines alternatives, etc. Raisons de ces choix, sens de la demande actuelle.

Facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial et au niveau de fonctionnement

- Facteurs de stress : situation politique dans le pays d'origine et le pays d'accueil, stress principal selon l'individu, sa famille.
- Facteurs de protection, de support.
- Niveau de fonctionnement et de handicap à la maison, au travail, dans la famille nucléaire et étendue, avec les pairs de même origine, avec les membres de la société d'accueil.

Éléments culturels de la relation entre le sujet et le clinicien

- Identité culturelle du clinicien, langue parlée par le clinicien, connaissances spécifiques au sujet de la culture du patient.
- Histoire des relations entre les groupes culturels du patient et du clinicien (par exemple, colonisation, conflit, guerre, racisme, etc.).
- Existence de conflits de valeur entre le clinicien et le patient.
- Possibilité d'évaluer ces aspects.

Conclusions de l'évaluation culturelle susceptibles d'éclairer l'évaluation diagnostique et les soins

- Reprendre chaque catégorie et en dégager les implications pour ce cas.
- Quel rôle les facteurs socioculturels jouent-ils dans la problématique de ce patient et dans l'existence de possibles solutions ?
- Quel rôle l'histoire migratoire joue-t-elle dans la problématique de ce patient et dans l'existence de possibles solutions ?
- La formulation culturelle conduit-elle à modifier l'évaluation du diagnostic, de la sévérité, du niveau de fonctionnement, du niveau des facteurs de stress et de support social, du pronostic, du traitement à mettre en place, de l'alliance thérapeutique, etc. ?

pour le nouage de l'alliance thérapeutique. Les conséquences sont également importantes sur le plan diagnostique : lorsque le patient peut exprimer la richesse et la complexité de son expérience vécue, lorsque le thérapeute est prêt à l'entendre et que les deux partenaires se situent dans une démarche de co-construction de sens, cela permet l'émergence d'un matériel individuel d'une grande richesse, qui modifie radicalement la première impression diagnostique et bouleverse la prise en charge. Nous pouvons illustrer cela avec la situation clinique d'Aminata.

Vignette clinique

Aminata

Aminata, une femme de soixante ans d'origine sénégalaise, wolof, est hospitalisée dans un service de médecine pour un bilan de polyarthralgies. Le psychiatre est appelé en urgence alors que depuis la veille son comportement a changé et qu'il contraste avec la grande réserve qu'elle affectait jusque-là. Aminata s'est dévêtue et elle arpente le couloir en hurlant dans sa langue maternelle, en menaçant verbalement et de son poing tendu les autres patients et le personnel. Elle est allée chercher du lait dans la cuisine qu'elle s'est renversé sur la tête et le corps. Tout contact paraît impossible, Aminata est en contact avec des créatures invisibles qui semblent lui parler, auxquelles elle répond, éclatant parfois de rire ou manifestant de la colère. Le personnel du service et les autres patients sont terrorisés. Les médecins du service pensent que son état nécessite une hospitalisation en psychiatrie sous contrainte du fait de sa « dangerosité » supposée. L'entretien et un traitement anxiolytique lui permettent de retrouver son calme. C'est alors la tristesse qui domine, mais le contact est rétabli. Toujours réticente, elle ne peut livrer que quelques éléments : c'est déjà arrivé à sa mère et à des cousines, rien ne va en ce moment, sa fille aînée est gravement malade mais c'est un secret. Aminata sent qu'elle devrait rentrer au pays suivre une cérémonie traditionnelle de guérison, le *ndöp*, qui permettrait de vivre en paix avec ses *rabs*, esprits tutélaires qui la « prennent », elle aussi, comme sa mère. Mais pour cela, il faudrait qu'elle puisse à nouveau faire confiance à cette mère rejetante, maltraitante, qui n'avait pu sauver le fils d'Aminata décédé chez ▶

- ▷ elle en vacances alors qu'il avait quatorze ans et qu'Aminata était restée en France pour travailler... Ces crises se reproduisirent à plusieurs reprises dans le service et une partie non négligeable de notre travail psychothérapeutique fut d'aider l'équipe dans ses capacités contenantes. Le suivi de cette patiente mit en évidence une symptomatologie dépressive avec une forte charge anxieuse, dans un contexte de questionnements existentiels douloureux.

L'état initial de la patiente, une fois un trouble somatique ou iatrogène éliminé, évoquait le diagnostic de « trouble psychotique bref » du DSM, dont les critères diagnostiques étaient remplis. Aminata présentait des hallucinations psychosensorielles acoustico-verbales, un dialogue hallucinatoire, des rires immotivés. Cet état évoluait depuis vingt-quatre heures, dans une alternance de moments d'excitation et de moments d'abattement accompagnés de réticence pathologique, de mutisme et de refus du contact.

C'est l'entretien mené selon le guide de formulation culturelle autour du matériel amené par la patiente et de sa propre compréhension de ce qui se passe qui permet de dépasser ce niveau. Nous n'en donnerons que quelques éléments. Aminata est wolof, ethnies majoritaires au Sénégal, musulmane non pratiquante. Elle a une idée précise sur ce qui lui arrive : encore faut-il la lui demander et se montrer prêt à l'entendre sans juger ni lui attribuer une signification psychopathologique en soi. Aminata nous parle d'un phénomène de possession par les *rabs* ^[61]. C'est quelque chose qu'elle a déjà expérimenté ainsi que plusieurs femmes de sa famille, dont sa mère. Elle sait également ce qu'il conviendrait de faire pour aller mieux, un *ndöpp*, comme elle l'a déjà fait par le passé, mais il lui faudrait accepter de s'appuyer sur sa mère, ce qui lui semble insurmontable pour l'instant... La résurgence de cette symptomatologie chez la patiente témoigne de sa fragilisation actuelle, et survient alors qu'une nouvelle fois, la question de la filiation est interrogée à travers la maladie qui touche sa fille. Aminata appelle à l'aide : elle est bien placée pour savoir que ces transes suscitent l'intérêt des médecins occidentaux, puisqu'elle nous dit que sa mère, vraie possédée, savait également faire des crises « sur commande » pour les besoins pédagogiques des médecins coloniaux de Dakar... Les troubles présentés par Aminata représentent un trouble qui n'aurait sans doute pas, à Dakar, conduit à recourir à un psychiatre en première intention. La famille, puis la famille étendue, puis le secteur informel auraient probablement été sollicités avant l'hôpital. Mais ces recours ne sont pas toujours disponibles dans la migration, et ce qui est avant tout quête de sens, tentative de réaménagement identitaire, se voit offrir une réponse d'emblée médicale. Pouvoir parler de ces êtres invisibles qui l'assaillent permet à la patiente de se rasséréner et de déployer peu à peu des affects dépressifs insurmontables, des deuils bloqués et des conflits névrotiques non résolus ; une alliance thérapeutique de bonne qualité peut être établie. La prise en charge immédiate et l'évolution ont confirmé le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité moyenne, sans élément psychotique. Le traitement associant des consultations thérapeutiques à un traitement par antidépresseur sérotoninergique a duré environ un an.

Les phénomènes de transe ou de possession peuvent facilement être confondus avec un état délirant ^[62, 63]. Ces manifestations, comme plus généralement

l'ensemble des syndromes liés à la culture [10], peuvent pourtant correspondre à différentes situations qui vont de situations non pathologiques à des troubles psychiatriques graves. En effet, des situations de détresse par exemple réactionnelles à un événement de vie, des troubles affectifs, névrotiques peuvent s'extérioriser d'une manière culturellement codée, par exemple un tableau de possession. Ce n'est donc pas à partir des signes témoignant de la possession que l'on pourra poser un diagnostic psychiatrique [64]. Pour autant, un authentique délire peut également emprunter à ce modèle. Il n'est donc pas possible de dresser des équivalences strictes entre des tableaux de syndromes liés à la culture et des diagnostics psychiatriques. Il est intéressant en clinique de toujours considérer le potentiel dynamique et structurant de telles crises et de ne pas assigner à ces patients un diagnostic de schizophrénie dès le premier épisode. L'utilisation du guide de formulation culturelle des troubles peut sans aucun doute nous y aider [32].

Il nous semble toutefois utile de souligner certaines limites de cette approche par le guide de formulation culturelle. Tout d'abord, le concept de « culture » est utilisé ici sans avoir été préalablement défini, la proposition de définition du groupe de travail sur les aspects culturels n'ayant pas été retenue par les auteurs du manuel. Les concepts de « culture d'origine » et de « culture d'accueil » méritent aussi d'être précisés tant les processus en jeu sont complexes [65]. La question de l'acte migratoire, de ses déterminants conscients ou non, de son vécu n'est pas évoquée. Enfin, il convient d'être prudent sur la notion de « théorie étiologique » des patients. Ces théories sont des constructions des patients élaborées à un moment donné, dans la relation avec un clinicien, en empruntant à des éléments divers. Il serait tout à fait dommageable de les figer, de les essentialiser, voire de leur donner corps en les énonçant soi-même comme des vérités ou un équivalent de diagnostic. Il s'agit d'objets complexes, mouvants ; on voit souvent des « théories étiologiques écran » : un patient peut par exemple évoquer « le destin » et ne pas parler de sa crainte d'une attaque en sorcellerie dont la seule évocation serait terrifiante.

Ces mises en garde faites, le guide de formulation culturelle nous semble un bon moyen pour le clinicien non spécialiste transculturel de saisir l'importance de la prise en compte des aspects culturels de l'acte diagnostique et ses implications pour le traitement. Rappelons que ces aspects ne peuvent se déployer que si le clinicien est prêt à les entendre, et que ne pas vouloir les entendre c'est à la fois prendre le risque d'une erreur diagnostique et contraindre le patient au clivage et à la solitude élaborative.

Conclusion

Pour reprendre le mot de Kleinman [66], nous devons garder à l'esprit que le diagnostic psychiatrique est « l'interprétation d'une interprétation » : nulle variable mesurable naturelle n'est connue à ce jour dans le champ de la

psychiatrie. Le patient interprète son expérience et nous la communique, nous interprétons à notre tour un ensemble de données, et chacun de ces processus est enraciné dans des matrices culturelles. En situation transculturelle, les hallucinations n'échappent pas à cette règle et l'approche transculturelle de ces phénomènes est utile pour plusieurs raisons : limiter le risque d'erreur diagnostique et de perte de chance pour le patient, pouvoir obtenir des informations cliniques plus pertinentes, améliorer l'alliance thérapeutique et l'engagement dans les soins, et, enfin, participer à la recherche, qu'elle soit clinique ou épidémiologique.

Points clés

- La fréquence des hallucinations en population générale varie selon le contexte culturel. Dans certaines régions du monde, la fréquence des hallucinations en dehors de toute psychose est beaucoup plus élevée que dans les pays occidentaux, ce qui pose la question des limites du concept d'hallucination en situation transculturelle.
- Le savoir psychiatrique est enraciné dans la culture occidentale, il témoigne d'une vision du monde et de la réalité qui n'est pas dénuée d'ethnocentrisme. Or, en situation transculturelle, on peut être confronté à des patients qui ont des manières différentes de concevoir la réalité et le monde surnaturel, sans qu'il s'agisse de délire.
- Lorsqu'un patient souffre, il fait appel à des représentations culturellement codées. En situation transculturelle, et particulièrement en situation migratoire, ce codage culturel peut conduire à un excès de diagnostic de psychose au détriment d'autres diagnostics, comme les troubles de l'humeur, surtout lorsque des phénomènes hallucinatoires sont identifiés.
- Les hallucinations survenant dans le contexte de troubles psychotiques varient aussi selon les aires culturelles, que ce soit dans leur contenu ou dans la manière dont l'expérience est vécue par les patients.
- L'approche transculturelle de ces phénomènes est utile pour plusieurs raisons : limiter le risque d'erreur diagnostique et de perte de chance pour le patient, pouvoir obtenir des informations cliniques plus pertinentes, améliorer l'alliance thérapeutique et l'engagement dans les soins.

Bibliographie

- [1] Martino P, Zempleni A, Collomb H. Délire et représentations culturelles : à propos du meurtre d'un sorcier. *Psychopathologie Africaine* 1965;1:151-7.
- [2] Mukherjee S, Shukla S, Woodle J, Rosen AM, Olarte S. Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison. *Am J Psychiatry* 1983;140:1571-4.
- [3] Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (1970). Paris: Gallimard; 1983.

- [4] Moro MR. Les débats autour de la question culturelle en clinique. In: Baubet T, Moro MR, editors. *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Masson; 2013, p. 31-48.
- [5] Beavan V. The prevalence of voice-hearers in general population: a literature review. *Journal of Mental Health* 2011;20:281-92.
- [6] Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull* 2012;38:475-85.
- [7] Johns LC, Nazroo JY, Bebbington P, Kuipers E. Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *Br J Psychiatry* 2002;180:174-8.
- [8] Al-Issa I. The illusion of reality or the reality of illusion. *Hallucinations and culture*. *The British Journal of Psychiatry* 1995;166:368-73.
- [9] Jardri R, Bartels-Velthuis AA, Debbané M, Jenner JA, Dauvilliers Y, Plazzi G, Demeulesmeester M, David C-N, Rapoport J, Dobbelaere D, Escher S, Fernyhough C. From phenomenology to neurophysiological understanding of hallucinations in children and adolescents. *Schizophr Bull* 2014;40:S221-32.
- [10] Littlewood R. Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures : les « syndromes liés à la culture ». *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2001;2:441-66.
- [11] Birnbaum K. The making of a psychosis. In: Hirsch SR, Shepherd M, editors. *Themes and variations in European psychiatry*. Bristol: Wright; 1923.
- [12] Geertz C. Anti-anti-relativism. *American Anthropology* 1984;86:263-78.
- [13] Devereux G. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement (1967). Paris: Flammarion; 1980.
- [14] Collomb H. Les bouffées délirantes en pathologie africaine. *Psychopathologie Africaine* 1965;1:167-239.
- [15] Nathan T. *La folie des autres*. Paris: Dunod; 1986.
- [16] Jenkins J. Schizophrenia as a paradigm case for understanding fundamental human processes. In: Jenkins J, Barrett R, editors. *Schizophrenia, culture and subjectivity: the edge of the experience*. Cambridge: University of Cambridge; 2004. p. 26-91.
- [17] Di C. *La nuit en anthropologie et en clinique. Éléments de psychopathologie transculturelle des traumatismes psychiques*. Thèse de doctorat en psychologie. Villetaneuse: Université Paris 13; 2011.
- [18] Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris: PUF; 1994.
- [19] Sindzingre N. La notion de transfert de représentations : l'exemple des aspects culturels de l'infortune. *Anthropologia Medica* 1989;5-6.
- [20] Kleinman A. Depression, somatization and the « New Cross-Cultural Psychiatry ». *Soc Sci Med* 1977;11:3-10.
- [21] Kleinman A. Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry* 1987;151:447-54.
- [22] Baubet T, Taïeb O, Guillaume J, Moro MR. Les états psychotiques chez les jeunes migrants et enfants de migrants. *L'Encéphale* 2009;35:S219-23.
- [23] Good B. Culture, diagnosis and comorbidity. *Cult Med Psychiatry* 1993;16:427-46.
- [24] Lin KM. Assessment and diagnostic issues in the psychiatric care of refugees patients. In: Holzman WH, editor. *Mental care of immigrants and refugees*. Austin: University of Texas Press; 1990.

- [25] Manson SM, Shore JH, Bloom JD. The depressive experience in american indian communities: a challenge for psychiatric theory and diagnosis. In: Kleinman A, Good B, editors. *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press; 1985, p. 331-68.
- [26] Neighbors HW, Jackson JS, Campbell L. The influence of racial factors on psychiatric diagnosis: a review and suggestions for research. *Community Ment Health J* 1989;25:301-11.
- [27] Shashidharan SP. Afro-caribbeans and schizophrenia: the ethnic vulnerability hypothesis re-examined. *Int Rev Psychiatry* 1993;5:129-44.
- [28] Fernando S. *Mental health, race and culture*. London: Macmillan Press; 1991.
- [29] Knowles C. Afro-caribbeans and schizophrenia: how does psychiatry deals with issues of race, culture, and ethnicity? *J Soc Politics* 1991;20:173-90.
- [30] Selod S. Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture : pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques ? Thèse de Médecine: Université de Lille; 1998.
- [31] Selod S. Relations interethniques et classifications : de l'emploi des diagnostics dans la littérature psychiatrique au XX^e siècle. *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2001;2:481-94.
- [32] Radjack R, Baubet T, El Hage W, Taïeb O, Moro MR. Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? *Ann Méd-Psychol* 2012;170:591-5.
- [33] Baubet T. L'évaluation clinique en situation transculturelle. In: Baubet T, Moro MR, editors. *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Masson; 2013, p. 87-102.
- [34] Cooper JE, Jablensky A, Sartorius N. WHO collaborative studies on acute psychoses using the SCAAPS schedule. In: Stefanis CN, Rabavilas AD, Soldatos CR, editors. *Psychiatry: a world perspective*, vol. 1. Amsterdam: Elsevier; 1990, p. 185-92.
- [35] Kulhara P, Chakrabarti S. Culture and schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:449-64.
- [36] OMS. *Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Genève/Paris: OMS/Masson; 1993.
- [37] OMS. *Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*. Genève/Paris: OMS/Masson; 1994.
- [38] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental disorders. Fourth Edition – Text Revision. DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
- [39] Hanck C, Collomb H, Boussat M. Dépressions masquées psychotiques ou le masque noir de la dépression. *Acta Psychiatrica Belgica* 1976;1:26-45.
- [40] Ifrah A. *Le Maghreb déchiré*. Grenoble: La Pensée Sauvage; 1980.
- [41] Durand G, Traore M. Magnan en Afrique Noire ? Place actuelle des bouffées délirantes aiguës en psychopathologie africaine. *Synapse* 1992;87:55-8.
- [42] Fajri A, El Idrissi MA, Belaizi M. Pathologie psychiatrique et aspects culturels dans la société marocaine : un lien à débattre ou à combattre ? *Med Trop* 1996;56bis:441-4.

- [43] Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian WA, Deshpande S, Fernyhough C, Jenkins J, Woods A. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull* 2014;40:S213-20.
- [44] Mitchell J, Vierkant AD. Delusions and hallucinations as a reflection of the subcultural milieu among psychotic patients of the 1930s and 1980s. *J Psychol* 1989;123:269-74.
- [45] Suhail K, Cochrane R. Effects of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48:126-38.
- [46] Nayani TH, David AS. The auditory hallucinations: a phenomenological survey. *Psychol Med* 1996;26:177-89.
- [47] Luhrmann TM, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Differences in voice-hearing associated with psychosis in Accra, Chennai and San Mateo. *Br J Psychiatry* 2015;206:41-4.
- [48] Bauer SM, Schanda H, Karakula H. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2011;52:319-25.
- [49] Jenkins JH. Conceptions of schizophrenia as a problem of nerves: across-cultural comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans. *Soc Sci Med* 1988;26:1233-43.
- [50] Corin E, Thara R, Padmavati R. Living through a staggering world: the play of signifiers in early psychosis in South-India. In: Jenkins J, Barrett R, editors. *Schizophrenia, culture and subjectivity: the edge of the experience*. Cambridge: University of Cambridge; 2004. p. 110-45.
- [51] Schooler C, Caudill W. Symptomatology in Japanese and American schizophrenics. *Ethnology* 1964;3:172-7.
- [52] Devereux G. *Ethnopsychanalyse complémentariste* (1972). Paris: Flammarion; 1985.
- [53] Moro MR. *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris: Syros/La Découverte; 2002.
- [54] Moro MR, Baubet T. Les soins en situation transculturelle. In: Baubet T, Moro MR, editors. *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Masson; 2013. p. 143-58.
- [55] Moro MR. *Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle*. Paris: Odile Jacob; 2010.
- [56] Mezzich JE. Cultural formulation and comprehensive diagnosis: clinical and research perspective. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:649-57.
- [57] Yilmaz AT, Weiss MG. Cultural formulation: clinical case study. In: Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A, editors. *Cultural Psychiatry: Euro-international perspectives*. Basel: Karger; 2001. p. 129-40.
- [58] Ruiz P. The role of culture in psychiatric care: clinical case conference. *Am J Psychiatry* 1998;155:1763-5.
- [59] Baubet T, Taieb O, Heidenreich F, Moro MR. Culture et diagnostic psychiatrique : l'utilisation du « guide de formulation culturelle » du DSM-IV en clinique. *Ann Méd Psychol* 2005;163:38-44.
- [60] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Fifth edition – DSM-5*. Washington: American Psychiatric Press; 2013.
- [61] Ortigues M-C, Ortigues E. *Edipe africain*. Paris: L'Harmattan; 1984.
- [62] McCormick S, Goff DC. Possession states: approaches to clinical evaluation and classification. *Behavioural Neurology* 1992;5:161-7.
- [63] Pereira S, Bhui K, Dein S. Making sense of 'possession states' : psychopathology and differential diagnosis. *Br J Hosp Med* 1995;53:582-6.

- [64] During E, Elahi F, Taieb O, Moro MR, Baubet T. A critical review of dissociative trance and possession disorders : Etiological, diagnostic, therapeutic, and nosological issues. *Can J Psychiatry* 2011;56:235-42.
- [65] Revah-Lévy A, Pradère J. Questions de culture(s) : devenir dans la migration. In: Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris: Masson; 2003. p. 123-5.
- [66] Kleinman A. How is culture important for DSM-IV? In: Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, editors. *Culture and psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Press; 1996, p. 15-25.