

Pourquoi il ne faut pas avoir peur du transfert et du contre-transfert culturels

Daniel Delanoë

Introduction

Dans *Psychothérapie d'un Indien des Plaines* (1951), Georges Devereux, un des fondateurs de l'ethno-psychanalyse, a reconnu des éléments culturels dans le transfert de son patient. Devereux (1908-1985) fit des études d'anthropologie à Berkeley dans les années 1930, et étudia les Indiens Mohave vivant sur les bords du fleuve Colorado. En 1946, il entreprit une formation psychanalytique. Au titre de sa double compétence, il fut sollicité à l'hôpital des vétérans de Topeka au Texas, pour mener la thérapie d'un Indien, ancien combattant blessé dans un accident pendant la guerre. Dans l'un de ses tout premiers rêves, le patient traitait son thérapeute d'une manière « qui se conformait parfaitement au modèle fourni par la relation de l'Indien des Plaines à son esprit gardien. » (p. 187). Il s'agit d'un être surnaturel et compatissant qui adopte le jeune Indien et lui accorde un talisman, c'est-à-dire un pouvoir, ce qui le remplit d'une grande confiance en soi et le rend par la suite capable de faire preuve de beaucoup de courage et d'initiative. « L'esprit gardien, objet d'introjection, est vraisemblablement une imago idéalisée du père. Nous acceptâmes immédiatement ce rôle qui comportait relativement peu d'inconvénients et de nombreux avantages pratiques (*ibid.*). » Devereux ne choisit pas d'interpréter le transfert comme transfert paternel, mais a pensé que « le fait que le patient ait, presque d'emblée, traité son thérapeute comme un esprit gardien comme indice de la force et de l'authenticité du transfert. » (p. 190). « Dans le cas de l'Indien des Plaines, le transfert le plus utile semble être celui qui est modelé sur les rapports qu'entretient le visionnaire avec son esprit gardien. Grâce à ce transfert, la force du moi, d'abord obtenue grâce à une identification avec le thérapeute (et son introjection), se transforme progressivement en une force du moi autochtone, que le patient éprouve comme étant une authentique partie intime de son propre soi » (p. 189). Devereux identifie dans le transfert envers un imago parental un matériel culturel qu'il utilise comme un levier culturel particulièrement efficace, afin de faciliter l'*insight*, pour finalement « rendre possible une démythologisation compétente de l'esprit gardien - et donc, également du thérapeute, (...) et cesser de dépendre de l'un et de l'autre. » (p. 42). Sous-jacent à l'esprit gardien, se déploie le transfert dans le sens classique, que Devereux définit comme « la tendance du patient à manifester vis-à-vis du thérapeute des attitudes et des comportements inadéquats qui se

trouvent être plus ou moins indépendants de la personnalité effective de ce dernier ; ils doivent être interprétés essentiellement comme les échos de relations interpersonnelles qui ont joué un rôle décisif à un stade quelconque du développement du patient » (p. 169). Seize ans plus tard, Laplanche et Pontalis (1967) définissent le transfert en des termes assez proches comme « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué. » (p. 492).

Bien différentes, se manifestent dès la première séance de la *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*, les principales dimensions de ce que nous appelons, depuis Tobie Nathan et avec Marie-Rose Moro, le contre-transfert culturel. Devereux a, dès la première séance, explicitement abordé les relations entre les Blancs et les Amérindiens. Il a fait « sentir au patient son affection et son respect pour les Indiens en parlant de son amitié avec plusieurs Indiens Mohave. Le patient évoqua ensuite la mauvaise condition économique et sociale des Indiens. L'auteur (le thérapeute) approuva ces propos et parla de la situation désespérée des Indiens Navaho, dont, à ce moment-là, on discutait beaucoup dans les journaux. Ces remarques encouragèrent le patient à exprimer sa désapprobation vis-à-vis de la manière dont les Blancs ont traité les Indiens. Ses observations étant tout à fait réalistes et nullement teintées de paranoïa, l'auteur manifesta son accord avec les opinions du patient sur ce sujet. La sympathie évidente de l'auteur pour la cause de l'Indien sembla impressionner le patient et l'encouragea sans doute à faire preuve d'un sentiment nettement amical pour la personne de l'auteur » (p. 243). Plus tard, le patient raconte l'histoire d'un Blanc, un fermier qu'il avait aidé et qui avait été injuste envers lui : « Je ne veux pas critiquer "tous" les Blancs » précise-t-il (p. 290). Devereux sait bien que « de nombreux Indiens américains haïssent et méprisent réellement l'homme blanc et son système de valeurs » (p. 150). Les registres sont différents. La reconnaissance de la violence et de la discrimination que subissent les Indiens est un levier majeur dans la construction de l'*alliance thérapeutique*, les leviers plus strictement culturels comme l'acceptation de la place d'esprit gardien par le thérapeute favorisent plutôt l'*alliance de travail*. Alors que sont convoquées dans la thérapie l'histoire de la conquête et la domination des Indiens par les Blancs, et sa propre relation avec les Indiens, Devereux ne parle pas encore en termes de contre-transfert, bien que l'idée soit présente, comme il l'écrit plus tard dans *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* : « J'avais décrit, mais

non analysé mes réactions de contre-transfert. Cette omission était délibérée : je n'avais pas encore écrit le texte définitif de ce livre-ci .» (1967, p. 15), où il expose théoriquement la composante culturelle dans le contre-transfert.

Dans ce livre fruit d'une trentaine d'années de réflexions, Devereux développe l'idée que « c'est le contre-transfert, plutôt que le transfert, qui constitue la donnée la plus cruciale de toute science du comportement, parce que l'information fournie par le transfert peut en général être également obtenue par d'autres moyens, tandis que ce n'est pas le cas pour celle que livre le contre-transfert » (1967, p. 15). Christian Lachal (2006) a utilisé ainsi l'analyse du contre-transfert dans son travail avec les patients traumatisés, en identifiant un « scénario émergent », une réaction empathique qui prend naissance au contact du récit du patient et l'aide à sortir de la répétition post-traumatique. Devereux se situe à la suite du Lévi-Strauss de *Tristes tropiques* (1955) « une des rares tentatives » qui a tenu compte du comportement de l'observateur, de « ses angoisses, ses manœuvres de défense, ses stratégies de recherche, ses décisions (attribution d'un sens à ses observations) » (1967, p. 19).

Laplanche et Pontalis définissent le contre-transfert comme « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé, et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (1967, p. 103). Dans sa définition, Devereux ne réduit le contre-transfert aux processus inconscients : « la somme totale des déformations qui affectent la perception et les réactions de l'analyste envers son patient ; ces déformations consistent en ce que l'analyste répond à son patient comme si celui-ci constituait un imago primitif et se comporte dans la situation analytique en fonction de ses propres besoins, souhaits et fantasmes inconscients – d'ordinaire infantiles. » (1967 : 75). Devereux précise que « le transfert et le contre-transfert ont des sources et des structures identiques », mais il s'intéresse essentiellement au contre-transfert, qui concerne le psychanalyste envers son patient, et aussi l'ethnologue envers son informateur et le chercheur envers son objet. Devereux a de façon expérimentale suscité un intense contre-transfert en projetant devant un public d'ethnologues, de psychiatres et de psychanalystes, un film sur les rites australiens de subincision dans lequel le pénis est entaillé petit à petit avec un éclat de silex, l'urètre étant progressivement ouvert du méat jusqu'au scrotum ; il eut des entretiens avec les spectateurs dans les jours qui suivirent et recueillit leurs réactions manifestes, leurs rêves et les autres réactions subjectives produites par le film. « La découverte la plus impressionnante est que ces rêves et/ou ces réactions symptomatiques sont à certains égards relativement uniformes » (1967, p. 91).

Tobie Nathan (1986) nomme contre-transfert culturel les réactions du clinicien envers les caractéristiques culturelles du patient, et l'étend à « l'ensemble des réactions d'un homme qui rencontre un autre homme d'une autre culture et entre en relation avec lui ». Marie-Rose Moro en a restreint le champ à la clinique et donne une définition synthétique du contre-transfert culturel qui correspond à l'acceptation et à l'usage actuels : « Les réactions du collectif qui est en nous au collectif qui est en l'autre » (Rouchon *et al.* 2009). « Ces réactions concernent l'identité sociale, professionnelle, culturelle du thérapeute. Elles empruntent à son histoire personnelle, mais aussi à l'histoire de la société à laquelle il appartient, à la politique, aux rapports de force, à la force des préjugés » (Moro, 2011, p. 119). Ces éléments relèvent de divers registres, représentationnel, cognitif et comportemental (Rouchon 2007, p. 132) mais surtout social, historique, culturel, et peuvent être conscients ou relever de l'inconscient culturel représentant la partie que l'individu possède en commun avec la plupart des individus de sa culture (Devereux 1970). Le transfert culturel a été beaucoup moins étudié et peu identifié. Pour plusieurs raisons. Sans doute du fait de l'accent mis par Devereux sur le contre-transfert. Aussi parce que le transfert culturel renvoie au registre des relations sociales entre le patient et le thérapeute, qui peut être dénié par le thérapeute et son sentiment « que le processus thérapeutique est (ou devrait être) au-dessus de l'influence culturelle et politique de la société. Cela engendre que le thérapeute ne peut reconnaître l'influence du transfert culturel de son patient (...) ni les enjeux politiques historiques et de pouvoir dans le processus thérapeutique. » Rouchon (2007 : 85). Il faut convoquer l'ethnologie et l'anthropologie, mais aussi la sociologie et l'histoire pour problématiser la relation entre patient et thérapeute comme une relation sociale, traversée par des rapports sociaux, lesquels sont le plus souvent hiérarchiques et marqués par des processus de domination (Godelier, 2007). Outre le fait que les patients l'expriment peu, un obstacle à sa reconnaissance est que le transfert culturel du patient interpelle le thérapeute dans ses appartenances, et le déloge de la position neutre et universelle qu'il pense occuper, en lui rappelant sa place particulière dans des rapports sociaux hiérarchisés. Si un patient « noir » voit dans le thérapeute un « blanc », le thérapeute se voit renvoyé à une catégorie racialisée particulière, de même que dans la domination masculine, le masculin est présenté comme universel et le féminin comme un cas particulier.

En partant de la définition du contre-transfert culturel de Moro, et de la clinique de la mondialité de Daniel Derivois¹, nous proposons de définir les relations de transfert et culturels comme *la mise en jeu des représentations, des relations sociales et des interactions aux niveaux macro- méso- et microsociale* entre

les collectifs d'appartenance de chaque acteur de la consultation, patients et thérapeutes. Chacun d'eux, avant leur rencontre, est déjà porteur de représentations de l'autre. Le transfert et le contre-transfert culturels sont sollicités en situation d'altérité culturelle, dans les consultations avec des patients étrangers, en particulier avec des patients migrants et leurs enfants, qu'elles se déroulent dans un des rares dispositifs transculturels ou dans les dispositifs de soins psychiatriques ou somatiques non spécifiques. L'altérité se manifeste par une infinité de traits, de traits physiques, le phénotype, la couleur de peau, de traits culturels, la langue, la religion, l'éducation, les systèmes familiaux, les rapports de genre et bien d'autres encore. Ces traits sont intégrés aux constructions sociales de l'autre, lesquelles sont des produits de l'histoire, de l'histoire coloniale quand le patient ou sa famille viennent de pays qui ont été conquis ou colonisés, et ils dépendent aussi des relations actuelles entre les pays dans le jeu de la mondialité, et des évolutions différentielles entre pays, en particulier au niveau des processus démocratiques et des droits des personnes.

La relation entre le décolonisé et l'ancien colonisateur

Dans sa recherche auprès des adolescents ayant participé aux émeutes de 2005, Mansouri (2013) identifie chez les Français descendant de colonisés les prolongements conscients et inconscients des violences de l'histoire coloniale. Elle établit le lien entre les discriminations vécues par les Français nés de parents algériens, français qui ne sont pas reconnus comme entièrement français, et le statut d'exception juridique imposé aux Algériens autochtones pendant la colonisation avec le Code de l'indigénat de 1881. Du côté du transfert culturel, les enfants nés ici pensent que les Français vont toujours les considérer uniquement comme « des fils d'immigrés ». L'expression "issu de l'immigration" « le tue » affirme l'un d'eux (*ibid.* : 100). Du côté du contre-transfert culturel, la domination coloniale produit encore l'assignation à un statut indifférencié et négatif d'adolescent de banlieue, potentiellement dangereux, intrinsèquement limité dans sa scolarité (*ibid.* : 126). L'un et l'autre se nouent et se dénouent dans l'histoire : « Dès lors que nous acceptons en nous d'en savoir quelque chose de la grande Histoire, nous les reconnaissons dans leur altérité, dans leurs histoires singulières de l'Histoire. Nous pouvons alors être reconnus comme des interlocuteurs valables. » (Mansouri, 2013 : 179).

Les rapports sociaux racialisés

Les inégalités racialement constituées (Fassin 2009), structurant et structurées par le fait colonial et post-colonial, interviennent dans le transfert et le contre-transfert culturels, mais sont rarement abordées. Dans *Peau noire, masques blancs*, Fanon (1952) décrit

l'intériorisation des relations hiérarchiques, la force de « L'ïmago du nègre effrayé, tremblant, humilié devant le seigneur blanc (p. 49) ». La réalité contemporaine a certes évolué soixante ans après l'écriture de ces lignes, mais les préjugés persistent et renvoient à « une étrangeté ineffaçable » (Ndiaye 2008 : 74), déjà notée par Fanon : « Il n'y a rien de plus exaspérant que de s'entendre dire : depuis combien de temps êtes-vous en France ? » (1952 : 48). Et pourtant, le thérapeute le demande souvent. Avec quels effets ? L'attention portée à cette question dans le cadre d'une recherche en cours a des effets dans la clinique, en autorisant le patient à l'aborder.

Une consultation transculturelle groupale accueille un homme de 50 ans, qui vient d'Afrique de l'ouest et vit seul en France, sa femme et ses enfants étant au pays. Il dit, en français bien qu'il y ait un interprète, en s'adressant aux femmes de la consultation : « Je crois que les femmes d'ici ne s'imaginent pas voir partir leurs maris deux ans ! ». Une cothérapeute rapporte son contre-transfert, culturel : « Je me suis sentie blanche quand il a parlé ainsi, blanche et un peu coupable. Auparavant, j'étais plutôt incolore. La phrase en français, je l'avais entendue comme une façon agressive de dire : « Je suis malade, migrant, mais je sais ce que peuvent vivre les femmes, qu'elles soient noires ou blanches. Pour qui vous prenez-vous, ce n'est pas parce que vous êtes blanches que vous supporteriez ce que ma femme ne peut pas supporter ! »². On peut penser que ce patient proteste contre la représentation qu'il suppose présente chez les thérapeutes de la consultation, représentation selon laquelle des femmes de son pays peuvent supporter sans problème de rester deux ans sans voir leur mari. Ainsi il critique une vision essentialiste à laquelle il oppose une conception universaliste qui concerne les femmes d'ailleurs comme les femmes d'ici. Dans le même mouvement, il caractérise les femmes co-thérapeutes de la consultation comme un cas particulier de l'universel pas plus universel que les femmes de là-bas. Nous saisissons ici au vol le transfert culturel, qui déloge le thérapeute d'une place désincarnée universelle pour le ramener à son identité particulière, « d'ici ».

La mondialité dans la consultation

La relation thérapeutique peut se modifier au gré des évolutions rapides des économies des différents pays. Ce lycéen en terminale est né ici, ses parents viennent de Taïwan, où il va souvent. Il a consulté pour quelques inhibitions. En fin de psychothérapie individuelle, il dit au thérapeute qu'après le bac, il ira à Taïwan parce que les universités y sont meilleures qu'en France. Il se situe en position dominante dans la mondialité soudain convoquée dans la consultation. Piqué, le thérapeute perçoit une modification immédiate de son contre-transfert culturel. Il se dit

que le monde commence vraiment à basculer, que l'Europe décline et découvre dans le transfert culturel du patient un sentiment de supériorité qu'il n'avait pas soupçonné. Les rapports de force internationaux sont nettement plus perceptibles pour le thérapeute quand il n'est plus en situation dominante (Delanoë et Moro, à paraître).

Don, contredon et inégalité

Le thérapeute peut aussi faire l'expérience d'être fasciné, comme lors du récit de cette famille d'Afrique centrale où la mère et la fille racontent que les femmes de la lignée maternelle étaient possédées depuis plusieurs générations par un esprit sirène, qui les menait dans un premier temps à une vie de richesse et de succès puis subitement les projetait dans la déchéance et la misère. Le thérapeute était d'autant plus intéressé que l'esprit sirène est rarement évoqué en situation de migration (Bortolotto, 2009, et communication personnelle). Après qu'il se soit laissé entraîné dans ce voyage exotique, la patiente rappela au thérapeute sa situation précaire en lui demandant un certificat pour obtenir un logement, une demande de contre-don en somme. Elle aborde alors une autre dimension de la relation sociale de la consultation, que nous avons nommée « humanitaire » en référence à la pratique humanitaire de la compassion prise entre inégalité et solidarité, entre relation de domination et relation d'entraide. « Bien sûr, on pourrait remarquer que le don apparemment désintéressé suppose un contre-don sous la forme d'obligation de se raconter pour les uns, de s'amender pour les autres, de manifester de la reconnaissance pour tous. Malgré cela, on voit bien que, dans ces conditions, l'échange demeure profondément inégal. » (Fassin 2010, p. 11).

La question du relativisme culturaliste et de l'universalisme.

En accueillant les patients migrants, ou nés ici de parents migrants, les thérapeutes sont confrontés, qu'ils le veuillent ou non, à diverses représentations et conceptions de l'autre et du migrant, très actives dans l'espace social, distribuées en positions culturalistes ou universalistes, essentialistes ou constructivistes, et à leurs instrumentalisation justifiant discriminations et dominations³. Les régimes autoritaires disqualifient au nom du relativisme culturel la morale des droits de l'homme comme un impérialisme culturel, alors que leurs victimes et leurs défenseurs revendiquent ces valeurs promues par l'ONU comme universelles. Symétriquement, une prétention universaliste peut justifier une entreprise de domination sociale, coloniale ou religieuse⁴, auxquelles les dominés opposeront leurs valeurs locales. Devereux, bien que proche de l'anthropologie culturelle américaine, était très critique envers le relativisme culturel et éthique naïf

qui considère les données culturelles dans un vide humain et refuse d'appliquer les normes éthiques ordinaires. « L'opinion relativiste qui tient une pratique cruelle pour une simple coutume éthiquement neutre, peut même rendre impossible une réelle objectivité, pour la bonne raison que la définition relativiste de la coutume n'est souvent pas reconnue par ceux dont c'est la pratique effective, et qui peuvent avoir le sentiment de son immoralité » (1967, p. 133-4). Il cite plusieurs exemples de sociétés qui abandonnèrent des pratiques traditionnelles mais détestées, notamment les sacrifices humains, pour la raison qu'ils les trouvaient moralement condamnables (*ibid.* p. 135). Un écueil du même ordre est de minimiser le rapport éventuellement conflictuel et critique du patient avec sa propre culture et sa propre société, et de l'assigner à sa culture.

La question du relativisme et de l'universalisme se pose notamment lors de violences et de contraintes légitimes dans la société du patient et non légitimes dans la société du thérapeute, comme pour les châtiments corporels de l'enfant (Delanoë, à paraître). Elle a été résolue pour l'excision qui, en France, est considérée comme une mutilation et relève du code pénal depuis 1983. Les mariages forcés sont également contraires à la loi française. D'autres situations sont plus complexes. Les rapports sociaux de sexe peuvent être plus inégaux dans la société d'où vient la famille du patient, l'accès des femmes à la scolarisation, au travail salarié, aux postes qualifiés, à la vie politique. L'état de droit et les droits de l'homme sont souvent moins respectés dans les régimes autoritaires d'où viennent bien des patients. Autant d'éléments qui interviennent dans le transfert et le contre-transfert culturels.

Le déroulement des transferts culturels dans l'interaction

On peut s'inspirer de l'analyse de Goffman (1975) sur les interactions entre stigmatisés et normaux, où le stigmatisé guette dans le regard du normal la perception que le normal a de lui, en fonction des informations que fournit son apparence et son identité sociale. Le patient a une conscience aigüe de la perception que le thérapeute a de lui, en particulier dans ses appartenances. Le patient réagit alors au contre-transfert culturel du thérapeute par un *contre-contre-transfert*. La dynamique des identifications soit assignera l'autre à ses appartenances, soit lui reconnaîtra l'universalité psychique à laquelle chaque être humain accède par le particulier de sa culture (Devereux 1970, Moro, 2011 : 38).

Conclusion : la question de l'identité

Le transfert et le contre-transfert culturels portent sur des éléments de l'altérité du patient et du thérapeute l'un vis-à-vis l'autre, en particulier les traits culturels utilisés par les membres du groupe pour affirmer et

maintenir une distinction culturelle. La différence identitaire n'est pas la conséquence directe de la différence culturelle, mais « elle résulte des interactions entre les groupes et des procédures de différenciation qu'ils mettent en jeu dans leurs relations » (Cuche 2010, p. 101). L'identité n'est pas une supposée essence, un attribut originel et permanent, mais elle se construit et se reconstruit en permanence, et elle est toujours un rapport à l'autre (*ibid.*). L'identité est donc l'enjeu et le produit de luttes sociales. L'ensemble des définitions identitaires fonctionne comme un système de classement qui fixe les positions respectives de chaque groupe. Seuls ceux qui ont l'autorité légitime, le pouvoir, peuvent imposer leurs définitions d'eux-mêmes et des autres (Bourdieu, 1980). La perception que thérapeute et patient ont l'un de l'autre est structurellement prise dans les enjeux des conflits mondiaux et de la migration, dans les inégalités, les discriminations et les discours qui les légitiment ou les critiquent. Pour accueillir le transfert culturel du patient, le thérapeute doit déjà en supposer l'existence, et accepter d'être lui-même culturellement et socialement perçu, catégorisé, et ne plus être le thérapeute universel qu'il pense incarner. De même, analyser le contre-transfert culturel est nécessaire « pour travailler sur le niveau culturel, pour ne pas rester à son insu dans des jugements ethnocentrés et des attitudes intérieures qui constituent un véritable obstacle à la communication, comme l'abrasion des différences, la non-reconnaissance de l'altérité ou encore la fascination de l'exotisme » (Moro, 2011, 119).

Un élément déterminant de la dynamique du transfert culturel sera ce que le patient voit dans le regard du thérapeute sur lui. Reproduira-t-il les catégorisations discriminantes ? En retour le patient va-t-il assigner le thérapeute à ses appartenances, au groupe dominant le plus souvent ? Ce qui passe par le positionnement du thérapeute vis-à-vis de ses propres groupes d'appartenance, comme le faisait Devereux vis-à-vis des euro-américains et des amérindiens. Rendre compte de ces processus et interactions amène à reconsidérer le concept de transfert et contre-transfert culturels plutôt comme *culturel, social et historique*, pour inclure les multiples rapports sociaux à l'œuvre.

Daniel Delanoë

Psychiatre, anthropologue. Laboratoire de Pédagogie de la Santé UPRES EA 3412. Université Paris 13.
<daniel.delanoë@wanadoo.fr>

Notes

- 1- Clinique de la mondialité. Intervention au séminaire *Le Contre-transfert culturel*, Maison des adolescents, Cochin-Paris, 7 janvier 2013.
- 2- Laura Premat, vignette présentée au Groupe de recherche sur le transfert culturel de l'Association Internationale d'Ethnopsychanalyse.
- 3- L'assertion « L'homme africain n'est pas entré dans l'histoire » du discours de Dakar du président de la

République française du 26 juillet 2007 est un exemple de discours essentialiste « dans la droite ligne des préjugés racistes de l'époque coloniale » (Gille Manceron 2009, *Le discours de Dakar mis à nu*, LDH de Toulon, <http://ldh-toulon.net/le-discours-de-Dakar-mis-a-nu.html>, consulté le 27 décembre 2014). C'est aussi un discours essentialiste quand un ministre dit en 2013 « que les Roms ont vocation à retourner en Roumanie » puis évoque l'impossibilité d'intégrer ces populations (Le Monde, 25 septembre 2013) 4- « Du marxisme au libéralisme, jusqu'au libertinisme ; du collectivisme à l'individualisme radical ; de l'athéisme à un vague mysticisme religieux ; de l'agnosticisme au syncrétisme et ainsi de suite (...) L'on est en train de mettre sur pied une dictature du relativisme qui ne reconnaît rien comme définitif et qui donne comme mesure ultime uniquement son propre ego et ses désirs. Nous possédons, en revanche, une autre mesure : le Fils de Dieu, l'homme véritable. » (Cardinal Joseph Ratzinger, Homélie du 18 avril 2005, http://eucharistiemisericord.free.fr/index.php?page=1811052_avril, consulté le 27 décembre 2014).

Références bibliographiques

- Bortolotto Ch. (2009). « La sirène Mami Watta, un cas de réemploi transculturel ». *L'Autre*, 10, 1, 37-45.
- Bourdieu P. (1980). *L'identité et la représentation. Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 35, pp. 63-72.
- Cuche D. (2010). *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris, La Découverte.
- Delanoë D., Moro M.-R. (à paraître). *Les relations sociales dans le transfert culturel*.
- Delanoë D. (à paraître). *Les châtiments corporels de l'enfant, une forme élémentaire de la domination*.
- Devereux G. 2012 (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion.
- Devereux G. 1977 (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris ; Gallimard.
- Devereux G. 1998 (1951). *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*. Paris ; Fayard.
- Fanon F. 2001 (1952). *Peau noire, masques blancs*. Paris ; Gallimard.
- Fassin D. (2009). « Du déni à la dénégation. Psychologie politique de la représentation des discriminations ». In Didier Fassin et Eric Fassin eds. *De la question sociale à la question raciale ? La Découverte*, p 141-165.
- Fassin D. (2010). *La raison humanitaire*, Gallimard, Seuil, EHESS.
- Goffman E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux du handicap*. Paris ; Minuit.
- Godelier M. (2007). *Au fondement des sociétés humaines*. Paris ; Flammarion.
- Lachal C. (2006). *Le partage du traumatisme. Contre transfert avec les patients traumatisés*, La Pensée Sauvage.
- Lévi-Strauss C. 1993 (1955). *Tristes tropiques*. Paris ; Plon.
- Mansouri M. 2013. *Révoltes postcoloniales au cœur de l'Hexagone. Voix d'adolescents*. Paris ; PUF.
- Moro M.-R. (2011). *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris ; Dunod.
- Nathan T. 2001 (1986) *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie générale*. Paris ; Dunod.
- Ndiaye P. (2008). *La condition noire*. Paris ; Gallimard.
- Rouchon J.-F. (2007). *La notion de contre-transfert culturel. Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*. Thèse de médecine. Université de Nantes.
- Rouchon J.-F., Reyre A, Taieb O., Moro MR. (2009). « L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique ». *L'Autre* 1/ (10), p. 80-89