

Université de Montréal

**« LE MONDE EST PLUS QUE CELA ... »  
L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE AUPRÈS DES IMMIGRANTS : À  
LA RENCONTRE DE L'ALTÉRITÉ**

Par  
Annie Veillette

École de service social  
Faculté des études supérieures

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
En vue de l'obtention du grade M. Sc.

Avril, 2004

© Annie Veillette, 2004



HV

13

U54

2004

V.009

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

**« LE MONDE EST PLUS QUE CELA ... »  
L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE AUPRÈS DES IMMIGRANTS : À  
LA RENCONTRE DE L'ALTÉRITÉ**

Présenté par :

Annie Veillette

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Guylaine Racine  
Président-rapporteur

Madame Lourdes Rodriguez del Barrio  
Directrice de recherche

Madame Ellen Corin  
Membre du jury

## SOMMAIRE

Cette recherche en service social porte sur les pratiques et les positions adoptées par les intervenants dans un Centre Local de Services Communautaires (CLSC) de Montréal face à l'altérité des immigrants aux prises avec des problèmes de santé mentale. La perturbation psychique et la différence culturelle constituent deux formes d'expérience de l'étrangeté. En fait, dans l'intervention en santé mentale des migrants précisément, on se retrouve à la jonction de deux frontières, celle du « normal » et du « pathologique » et celle du « même » et du « différent » dans les manières de concevoir le monde, la relation à soi et aux autres. Cette jonction peut être considérée comme le carrefour de toutes les incertitudes et de tous les possibles. Ce mémoire vise à dégager les pratiques des intervenants et à saisir les défis spécifiques que la confrontation à cette « double étrangeté » comporte. L'analyse de récits de pratiques en santé mentale de vingt-deux professionnels de ce CLSC de Montréal identifie les conceptions de la santé mentale que les praticiens véhiculent dans leurs actions et les difficultés qu'ils expriment face à des clients qui articulent sur d'autres référents culturels leur expérience psychique. L'ethnopsychiatrie s'est particulièrement intéressée aux défis de l'intervention interculturelle en santé mentale et aux conditions de la rencontre avec l'autre. A partir de cette perspective, des pratiques d'altérité se sont dégagées dans les interventions où les repères pour l'évaluation et l'action vacillent. Elles illustrent comment la rencontre d'intervention peut devenir un espace où l'intersubjectivité est réintroduite grâce à la position singulière qu'adoptent des intervenants face à la « double étrangeté » des personnes immigrantes vivant des problèmes en santé mentale, au-delà des contraintes institutionnelles et culturelles actuelles dans les services de santé et les services sociaux au Québec.

Mots-clé : santé mentale immigration ethnopsychiatrie étrangeté altérité  
diversité culturelle Québec

## SUMMARY

This study in social services looks at the practices and positions adopted by professionals in a *Centre Local de Services Communautaires* (CLSC) in Montréal when they are dealing with the alterity of immigrants battling mental health problems. Psychiatric disturbance and cultural difference are two forms of experience of estrangement. In mental health interventions with immigrants in particular, we encounter two different boundaries, between normal and pathological, and between similar and different ways of looking at the world, the relation with self, and the relation with others. This encounter may be considered the crossroads of all uncertainties and all possibilities. The aim of this thesis is to identify the practices of the CLSC professionals and to understand the specific challenges involved in confronting this “dual estrangement.” Analysis of the narrative accounts of the mental health practices of twenty-two professionals at a Montréal CLSC identifies the mental health concepts that practitioners convey in their actions and the difficulties they mention regarding clients whose psychiatric experience is keyed to other cultural referents. Ethnopsychiatry has been particularly concerned with the challenges of intercultural mental health intervention and the conditions when encountering others. Using this perspective, practices of alterity have emerged in the interventions in which guidelines for assessments and practices vacillate. Beyond current institutional and cultural constraints in Quebec’s health and social services, these practices of alterity illustrate how an intervention process may become a space in which intersubjectivity is reintroduced through the particular position adopted by CLSC professionals dealing with the « dual estrangement » of immigrants experiencing mental health problems.

Key words: mental health immigration ethnopsychiatry cultural diversity  
Estrangement alterity Quebec

« *Le monde est plus que cela...* »

*Explication sémantique en situation de médiation inter-culturelle*

*ou comment un petit mot peut finalement vous faire dire peu et beaucoup à la fois...*

Le mot *monde* au Québec réfère à plusieurs sens, riche d'une extraordinaire ambiguïté. Il peut être utilisé pour dire les gens : « *Le monde* est d'accord avec telle chose. ». Il peut inclure ou exclure la personne qui parle : « *Le monde* pense ça ... », laissant floue sa propre position. S'il inclut la personne qui parle, souvent l'expression sera « *Tout le monde* pense ça », appuyant le propos. Le monde désigne évidemment la planète et les populations du globe. Dans ce cas, il sera accompagné, pour préciser, du terme *entier* : « Il y avait des journalistes du *monde entier*. » Ce mot peut également servir à désigner une foule : « Il y avait beaucoup de *monde* dans les rues ». Accompagné du qualificatif ordinaire, le mot *monde* désigne les gens simples, proches des vraies choses elles-mêmes ordinaires, de tous les jours : « *Le monde ordinaire*, ils voudraient bien que... ». Il peut aussi être utilisé de façon péjorative pour se distinguer d'une autre classe sociale : « On sait ben, *ce monde là*, ça ne parle pas au monde ordinaire... ». Le *vrai monde* est aussi dit en opposition au monde organisé par les penseurs, les planificateurs, les gouvernements. L'expression souligne la réalité, en indique la simplicité ou au contraire la complexité : « Voyons donc, *le vrai monde* pense pas d'même ! Ce n'est pas ça qui s'passe dans la vraie vie ! » Ce mot désigne aussi dans la culture québécoise le genre humain, *l'humanité* : « Pour l'amour du monde... », expression interchangeable au Québec par l'exclamation : « Pour l'amour du ciel ! ».

L'expression « *Le monde est plus que cela...* » est utilisée pour dénoncer et exprimer une indignation face à une injustice, un manque de respect de la dignité des personnes ou de groupes. Elle est souvent suivie de « *Ben voyons donc...* » pour marquer l'évidence.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>I</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>I</b>
<b>« LE MONDE EST PLUS QUE CELA... » .....</b>	<b>II</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>VI</b>
<b>LISTE DES SIGLES .....</b>	<b>VII</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>IX</b>
<b>AVANT-PROPOS.....</b>	<b>X</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>XII</b>

## **PARTIE I**

### **PROBLÉMATIQUE, CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE**

#### **CHAPITRE 1 – L’INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE EN CONTEXTE PLURICULTUREL.....**

1.1	Les problèmes de santé mentale et les immigrants.....	1
1.2	L’accès et l’utilisation des services en santé mentale.....	5
1.3	L’adaptation des pratiques d’intervention aux réalités pluriculturelles.....	7
1.4	Des pratiques novatrices en émergence auprès des immigrants .....	8
1.5	Les effets de la pathologisation des conduites.....	11
1.6	Les difficultés des intervenants en contexte pluriculturel.....	16

#### **CHAPITRE 2 – L’ALTÉRITÉ DANS LA RENCONTRE D’INTERVENTION.....**

2.1	La spécificité de l’intervention en santé mentale auprès des immigrants : la double étrangeté .....	21
2.2	Les effets psychiques et sociaux de la double étrangeté.....	25
2.3	Le vacillement des repères culturels d’évaluation et d’action.....	29
2.4	Du choc des idées.....	30
2.5	Des manières de soigner en temps et lieux : maladies, problèmes et soins comme produits culturels et construits sociaux .....	31

2.6	La multiplicité des repères d'évaluation et d'action .....	37
2.7	Les pratiques en recomposition en situation migratoire .....	40
2.8	Les pratiques québécoises en santé mentale : un champ conflictuel .....	43
2.9	Les enjeux éthiques dans l'intervention en santé mentale auprès des immigrants .....	51
2.10	La rencontre comme espace d'intersubjectivation : hypothèses de la recherche .....	55
 <b>CHAPITRE 3 – LA CONTRIBUTION DE L'ETHNOPSCHIATRIE À LA COMPRÉHENSION DE LA RENCONTRE.....</b>		<b>59</b>
3.1	Le contexte d'émergence de l'ethnopsychiatrie au Québec .....	59
3.2	Épistémologie, concepts et application de l'ethnopsychiatrie .....	62
3.2.1	La proposition épistémologie et méthodologique de de l'ethnopsychiatrie .....	62
3.2.2	Les contre-transferts comme concept de référence.....	64
3.2.3	La culture en tant qu'expérience vécue .....	67
3.2.4	L'inscription culturelle des êtres.....	69
3.2.5	La migration comme rupture traumatique .....	73
3.2.6	L'espace thérapeutique et l'attachement à ses références culturelles .....	77
3.2.7	La souffrance comme « solitude de sens » .....	80
3.2.8	Les critères du normal et du pathologique pour l'ethnopsychiatrie.....	84
 <b>CHAPITRE 4 – CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....</b>		<b>86</b>
4.1	Le cadre de la démarche de recherche .....	86
4.2	Une méthode qualitative .....	86
4.3	Position éthique face au matériel de recherche.....	87
4.4	La valeur heuristique des récits des intervenants sur leurs pratiques .....	88
4.5	Le type de données et les stratégies d'analyse.....	90
4.6	Les limites de la recherche.....	92
4.7	Les résultats attendus .....	93

**PARTIE II**  
**ANALYSE DE DISCOURS D'INTERVENANTS EN SANTÉ MENTALE**  
**AUPRÈS D'IMMIGRANTS EN CLSC**

<b>CHAPITRE 5 – CONCEPTIONS ET PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE .....</b>	<b>95</b>
5.1 La délicate question de l'origine ethnoculturelle des clients .....	95
5.2 Les conceptions des problèmes de santé mentale .....	98
5.2.1 La place prépondérante du discours psychiatrique biomédical .....	99
5.2.2 Au-delà du discours médical, une conception sociale : la prise en compte des conditions de vie.....	105
5.2.3 La confrontation à des points de vue radicalement différents : la conception culturelle .....	108
5.3 Des pratiques multidimensionnelles .....	120
5.3.1 Des pratiques diversifiées et à l'écoute des gens .....	120
5.3.2 Un rôle de complémentarité dans le réseau de services.....	123
5.3.3 La référence ethnopsychiatrique : un travail qui exige une complémentarité de pensées .....	130
5.4 Des interventions en mouvement : ruptures et discontinuités .....	132
5.5 L'évolution des cas .....	137
<b>CHAPITRE 6 – LA RENCONTRE INTERVENANTS-IMMIGRANTS EST-ELLE POSSIBLE ? .....</b>	<b>143</b>
6.1 Le sentiment d'étrangeté dans l'intervention.....	143
6.2 Des positions différenciées face à l'altérité .....	146
6.2.1 Une rencontre intersubjective, pratique d'altérité.....	146
6.2.2 L'incertaine rencontre : un rendez-vous avec le même .....	150
6.2.3 Un départ prématuré de la rencontre.....	154
6.2.4 Un affrontement duel .....	159
6.2.5 Une possible rencontre, chargée d'ambiguïtés .....	161
6.3 L'intervenant comme acteur culturel de la rencontre .....	164
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>174</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>181</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

- Tableau 1 : Identification de l'origine ethnoculturelle des clients dans le discours des intervenants
- Tableau 2 : Éléments culturels présents dans le discours des intervenants
- Tableau 3 : Diversité des éléments culturels présents dans le discours des intervenants
- Tableau 4 : Conceptions de la santé mentale présentes dans le discours des intervenants
- Tableau 5 : Nombre de problèmes évoqués dans les situations en santé mentale auprès des immigrants
- Tableau 6 : Évolution selon la conception des problèmes de santé mentale

## **LISTE DES SIGLES**

CLSC :	Centre local de services communautaires
CSSMM :	Centre de Services Sociaux du Montréal Métropolitain
DPJ :	Direction de la Protection de la Jeunesse
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSP-MC :	Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre
ISQ :	Institut de la Statistique du Québec
MRCI :	Ministère des relations avec les citoyens et de l'immigration (Québec)
MSSSS :	Ministère des Services de Santé et des Services Sociaux (Québec)
RISC :	Recherche sur l'Immigration et la Santé (Santé Canada)
RSSS-MC :	Régie de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre

*A Alain et nos enfants, Sarah et Félix*

*Pour le vrai monde...*

## REMERCIEMENTS...

...à ma directrice de recherche Lourdes Rodriguez del Barrio qui m'a accompagnée dans le processus d'écriture de ce mémoire. Je la remercie de son soutien, de ses précieux conseils et de la confiance qu'elle m'a fait de me permettre de travailler à partir de ses données de recherche. Cette confiance a été une réelle impulsion pour poursuivre cette démarche exigeante ;

...à Alain, Sarah et Félix pour leur amour, leur patience, et leur soutien indéfectible même quand le courage venait à manquer. Leur capacité à être heureux a été un réel réconfort pour les longues heures passées en solitaire ;

...à mes parents, mes sœurs et mes amis qui ont supporté mes longs silences et mes absences répétées. Leur accueil affectueux m'a permis de tenir le coup lorsque la vie se chargeait de me distraire de mon travail d'écriture ;

...à mes co-équipiers en ethnothérapie, tout particulièrement à Dr Frantz Raphaël qui m'a introduit et initié à la pratique de l'ethnopsychiatrie, et à mes collègues d'Enfance-Famille et Jeunesse qui m'ont offert leur soutien pour persister dans la conciliation travail-études-famille ;

...à tous les collaborateurs spontanés à qui j'ai demandé avis ou références et qui ont été tellement généreux, notamment Serge Arpin, Gisèle Legault, Kalpana Das, Robert Martineau, Micheline Milot, et tous les autres qui se reconnaîtront ;

...à Jocelyne Leclaire pour sa patience et son talent dans la mise en page de la ...des versions finales ;

...à Isabelle Paradis qui a corrigé la première version de ma recherche et à Sophie Jama qui a fait la correction linguistique finale. La pertinence de leurs commentaires et leur bonne connaissance du français ont permis d'améliorer grandement la lecture de cette recherche.

Enfin, je tiens à remercier les personnes, clients et intervenants, qui ont suscité, sans le savoir, le sujet de ce mémoire. Continuellement, leur visage et leur histoire se profilaient dans ce récit et me rappelaient toujours l'essentiel : rester fidèle à eux et aux mouvements de la vie.

## AVANT-PROPOS

Ce travail a été fait dans un va-et-vient constant, véritable valse-hésitation, entre la réflexion théorique, ma propre réflexion comme sujet culturel et l'analyse des récits des intervenants. J'ai bien conscience de prendre un risque dans ce mémoire : poser des interfaces entre différents champs disciplinaires pour tenter de comprendre la complexité qui se présente quotidiennement, l'intervention dans un contexte de diversité culturelle. Il m'apparaît nécessaire de penser cette complexité non plus dans l'interdisciplinarité mais dans un souci de transdisciplinarité<sup>1</sup>, d'où cet essai de mémoire hybride en congruence avec la perspective ethnopsychiatrique que j'adopte. En ces périodes bouillonnantes, effervescentes, parfois débordantes de démesure, avec ses confusions possibles et ses lucidités passagères, Sherry Simon me semble bien mesurer l'ère du temps et reconnaître les nouvelles audaces:

« l'hybridité n'est pas seulement un concept descriptif. C'est aussi l'expression d'une valeur morale : elle affirme la multiplicité des identités, s'oppose au monopole de la Vérité unique. La prégnance de l'hybride dépasse ainsi l'expression du mélange et du disparate. L'hybride implique l'ouverture de nouveaux espaces d'énonciation, espaces qui viennent déranger la géométrie des relations culturelles et questionner les hiérarchies de pouvoir qui les soutiennent. » (Simon, 1998 :234-235).

Je prends ma place dans ces espaces neufs comme québécoise, en recherche de sens, reflet de mon époque. Originnaire de la Mauricie, je suis porteuse d'une culture bien vivante que j'assume, en plus ou en mieux je ne sais pas encore trop, mais en grande partie grâce à mes collègues et amis, français, vietnamien, haïtien, tunisien et péruvien de même que d'autres Québécois et Québécoises avec qui je travaille en ethnopsychiatrie depuis quatre ans au CLSC St-Michel auprès de familles et d'individus en grande difficulté. C'est l'amitié et la motivation de bâtir ensemble qui ont permis cet espace de partage, de conflictualité et de création. Le portage assuré par les équipes et la direction du CLSC a permis sa continuité dans les périodes les plus difficiles. J'en suis à tous et à toutes très

---

<sup>1</sup> Au-delà des rapports interdisciplinaires où les disciplines se côtoient, une transdisciplinarité implique que la vision des problèmes se construit ensemble, une discipline se laissant influencer et féconder par les autres disciplines, mutuellement.

reconnaissante. La présente recherche a bien sûr profité de cette expérience d'intervention unique en CLSC, de nos questionnements et de nos pistes de réflexion. Puisse-t-elle être utile à son tour pour soutenir des pratiques adaptées aux défis qui continuent de se poser jour après jour en intervention interculturelle.

Étant moi-même travailleuse sociale auprès des personnes immigrantes en CLSC, dans les conditions actuelles de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux, c'est avec beaucoup de considération que j'ai pris connaissance du vécu de mes collègues et de celui des personnes requérant leur soutien, dans leur souffrance parfois réciproque. J'espère que cette analyse des pratiques<sup>2</sup> traduira cette estime et stimulera l'action sur le développement d'espaces et de temps pour le soutien des praticiens, dans leur présence aux personnes en souffrance dans l'exil, d'ici et d'ailleurs, dans les souffrances du dedans et dans celles du dehors.

Cette recherche a été faite dans la période historique des conflits américano-irakiens, dans l'atmosphère d'une guerre extrêmement controversée et du spectacle indécent des souffrances des uns et des autres. Toutes ces tensions ont ouvert au Québec des débats longtemps tenus fermés et maintenant adressés au monde : la méconnaissance des peuples dans un contexte d'interdépendance, la valeur de la vie humaine et de la liberté, notre responsabilité dans les conflits et la guerre, la démocratie occidentale et la justice, pour ne nommer que ceux-là. La question de l'altérité dans la rencontre n'est pas un luxe mais bien une obligation pressante à un autre devenir du monde.

---

<sup>2</sup> Les pratiques d'intervention, qu'elles soient cliniques ou psychosociales, constituent, à mon sens, un lieu thérapeutique où un processus de changement s'installe dans une relation d'accompagnement.

## INTRODUCTION

La mobilité croissante des personnes et les contraintes des déplacements engendrés par les déséquilibres économiques et par les conflits armés dans plusieurs régions du monde, constituent autant de facteurs qui, conjugués aux besoins démographiques et économiques de la société québécoise, contribuent au développement de la diversité culturelle au Québec. Les interventions en santé mentale auprès des immigrants comportent des défis majeurs qu'il importe de mieux saisir dans le contexte actuel québécois. Cette recherche vise à comprendre les dynamiques en action dans l'intervention auprès d'immigrants souffrant de troubles psychiques, à partir de la perspective de l'ethnopsychiatrie, et à dégager les pistes de changement qui s'y construisent, sur le terrain, au jour le jour.

La population québécoise change<sup>3</sup>. Encore plus rapidement, le visage de Montréal s'est définitivement modifié avec les changements migratoires des dernières décennies. On estime que 30% de la population de Montréal est d'origine immigrante alors que pour l'ensemble du Québec, seulement 10% de la population est d'une autre origine que française, anglaise ou autochtone. C'est dans la métropole montréalaise que s'installent près de 75% de tous les immigrants du Québec<sup>4</sup>. De plus, 84,5% des immigrants reçus entre 1991 et 2001 ont une langue maternelle autre que le français et depuis les cinq dernières années, les arrivants viennent principalement de la Chine, de la France, de l'Algérie, du Maroc et de la Roumanie. Les réfugiés représentent plus ou moins 20% des contingents d'immigrants (MRCI, 2003).

La société québécoise et ses institutions publiques sont conviées au pluralisme des valeurs et des manières de vivre et de faire. Des questions sont aujourd'hui brûlantes d'actualité. Elles bousculent les idées reçues et les prétentions scientifiques de tous ordres

---

<sup>3</sup> Bien qu'il compte maintenant 7 millions d'habitants dont 6 millions parlent français, entourés de 300 millions d'anglophones, au Canada et aux États-Unis, le Québec n'a jamais été homogène sur le plan culturel, ethnique et linguistique (Bibeau, 1992).

alors que s'accroissent les déplacements de populations et que s'accélère la mondialisation des échanges commerciaux, des idées et des connaissances. Les enjeux de la diversité culturelle touchent toutes les sphères de la vie publique et de la vie privée si l'on se fie à l'augmentation des unions mixtes, du quotidien partagé dans les quartiers, dans les écoles et dans les milieux de travail.

La pratique d'intervention en santé mentale n'en est pas exclue. Si la « folie » des humains n'a cessé à travers les âges d'être une interrogation continuelle sur les sociétés, tant sur ses normes que sur le sort de ceux et de celles qui s'en écartent, l'altérité culturelle vient en exacerber les questions. C'est au plus intime du lien social, au détour de confidences troublées, lorsqu'un enfant se comporte de manière incompréhensible pour ses parents, lorsque la souffrance et l'isolement brisent le rythme d'une vie jusqu'à maintenant équilibrée, lorsque des décisions sont requises, que l'écoute et l'hospitalité sont mises à l'épreuve, au cœur de la subjectivité.

Les intervenants dans les services de santé et les services sociaux reçoivent des personnes et des familles de toutes origines ethnoculturelles<sup>5</sup> présentant à divers degrés des problèmes de santé mentale ou des difficultés psychosociales graves les rendant vulnérables. Incontestablement, la diversité est au rendez-vous, dans un enchevêtrement des problèmes personnels, familiaux et sociaux.

---

<sup>4</sup> Certains arrondissements de la ville comme Villeray-St-Michel-Parc-Extension et Côte-des-Neiges-Notre-Dame-de-Grâce sont composés quasi-majoritairement ou majoritairement (42-66%) d'individus nés à l'extérieur du pays et arrivés entre 1961 et 2001 (Ville de Montréal, 2003).

<sup>5</sup> Le concept d'origine ethnique, ethnoculturelle ou culturelle est souvent utilisé de manière indifférenciée. Dans le cadre de cette recherche, comme je m'intéresse à la manière dont les intervenants définissent leur rapport à l'autre, je suis partie de la parole des intervenants dans leur identification de leurs clients étrangers. Ils ont parfois identifié un client par son pays ou sa région de provenance (ex : l'Amérique du Sud), par son groupe linguistique (ex : la langue tamoul), ou par un groupe ethnoculturel (ex : les latino-américains). J'utilise le terme origine culturelle dans le sens des influences marquantes dans le développement psychique et social de la personne (voir chapitre 2).

Plusieurs questions se sont graduellement posées dans ma pratique en CLSC. Comment comprendre la souffrance de ces personnes et comment prendre soin<sup>6</sup> d'elles ? Comment soutenir les migrants dans les inévitables changements identitaires et les aider dans leur intégration au pays d'accueil ? Si les nouveaux arrivants peuvent bien aisément se référer à leurs ancrages culturels, comment en traiter avec leurs enfants nés ici lorsque le risque de dérive survient ? Comment, pour un intervenant québécois<sup>7</sup>, établir un lien significatif avec une personne d'une culture étrangère, quand tant de choses séparent ? N'est-il pas plus aisé de miser sur les ressemblances, ces invariants universels ?

Mûries dans ma pratique d'intervention auprès des personnes et de familles venues d'ailleurs s'installer à Montréal, ces questions ont stimulé mon intérêt pour une démarche de recherche. Les réponses que j'avais apprises n'allaient plus de soi. J'ai pensé que mes doutes pouvaient aussi préoccuper d'autres intervenants. C'est dans ces déséquilibres, dans ces interstices dans les semblants de certitudes que je désire m'introduire, pour comprendre ce qui s'y joue et ce qui s'y invente, dans cette époque troublante où l'étranger suscite curiosité, ouverture et accueil, parfois inquiétude, rejet ou indifférence.

De nombreuses recherches se sont intéressées aux questions de santé mentale et d'immigration. Nous en avons acquis des connaissances sur les caractéristiques des populations immigrantes, sur leurs conditions de vie et d'établissement au pays, sur les défis qui les attendent dans leur processus d'adaptation de même que les problèmes qu'ils rencontrent ou sont susceptibles de vivre et les ressources utilisées. Ces résultats sont à

---

<sup>6</sup> \*Prendre soin de quelqu'un a un sens au Québec plus large que soigner. L'expression renvoie aux dimensions physique et affective, pour éviter la maladie, les accidents, les chagrins ou les excès émotionnels. Elle est très souvent employée comme formule de salutation à la fin d'une soirée familiale et amicale: « Prends soin de toi ! » Elle exprime aussi souvent une inquiétude sur ce que vit la personne avec qui l'on s'entretient, une invitation à prendre conscience de ses besoins et y répondre.

<sup>7</sup> Quand j'utilise le terme *intervenant québécois*, je ne souhaite pas en faire une catégorie culturelle homogène. Le personnel du réseau de la santé et des services sociaux est de plus en plus composé de professionnels de diverses origines culturelles. S'y reconnaîtront ceux qui se définissent comme québécois dans sa dimension identitaire (« Je suis Québécois. »), dans sa dimension citoyenne (« Je vis au Québec. ») et/ou dans sa dimension institutionnelle (« Je travaille dans une institution québécoise. »). Voir au chapitre 4 sur la méthodologie.

considérer dans l'intervention en santé mentale auprès des immigrants. Le chapitre un en reprend les principaux constats.

Mon objet d'étude est autre. Dans le champ complexe de la santé mentale des immigrants, je m'interroge sur ce qui se passe dans l'intervention elle-même. Comment les intervenants prennent-ils en compte les différences culturelles et l'expérience migratoire des personnes requérant leur aide<sup>8</sup>? Expriment-ils des difficultés particulières dans le rapport d'intervention? A partir de la représentation qu'ils organisent de leurs interventions, peut-on identifier et expliquer des résistances qui se dressent pour tenir compte des différences?

En fait, dans l'intervention en santé mentale des migrants précisément, on se retrouve à la jonction de deux frontières, celle du « normal » et du « pathologique » et celle du « même » et du « différent » dans les manières de concevoir le monde, la relation à soi et aux autres. Cette jonction peut être considérée comme le carrefour de toutes les incertitudes et de tous les possibles. Le caractère pluriel dans l'intervention en santé mentale auprès des migrants pose encore plus radicalement la question de l'altérité. Le temps est là, le lieu est disponible, un intervenant est disposé à offrir son écoute, son empathie et ses outils usuels d'intervention. La personne immigrante en détresse et très souvent ses proches demandent et désirent cette aide, souhaitant diminuer les angoisses, trouver des solutions à ce qui les accablent ou consolation dans un rapport humain compréhensif. Objet donné, objet trouvé, pourrait-on dire. Or voilà que contre toute

---

<sup>8</sup> \*Historiquement, à Montréal du moins, l'appellation générique des personnes utilisant les services des CLSC s'est modifiée, selon les tendances politiques dominantes. Nous sommes passés de l'appellation *citoyens*, terme qui réfère à la première clinique médicale populaire militante La Clinique des citoyens de St-Jacques, sur le Plateau Mont-Royal, ancêtre de l'actuel CLSC Plateau Mont-Royal, à l'appellation de genre, autour du mouvement féministe avec Le Centre de santé des *femmes* du quartier Plateau Mont-Royal. Puis nous avons connu le terme *usagers*, qui évoquait le pouvoir des citoyens dans la gestion de leur clinique dont la Clinique communautaire de Pointe St-Charles demeure le symbole vivant d'une époque révolue. Le terme *clients* s'est imposé dans la foulée de la technocratisation des établissements de santé et de services sociaux. Actuellement, le terme *usagers* est réhabilité par les ressources alternatives en santé mentale dans leur volonté politique de re-donner du pouvoir à ceux ayant fait l'expérience de la maladie mentale, que l'on ne nomme plus ni fous, ni ex-psychiatisés, ni malades. Mais sa pertinence reste ambiguë entre l'histoire technocratique du terme *usagers* et les orientations des ressources alternatives. Pour le réseau public, le terme *requérant* ou *demandeur de services* est en usage croissant, individualisant techniquement la demande d'aide. La gestion des dossiers et des informations confidentielles a justifié cette mutation du vocabulaire. Les médecins ont conservé le terme *patients*.

attente, la rencontre entre les deux locuteurs ne va pas de soi. Il me semble que là réside une nécessité à mieux comprendre ce qui se passe dans l'intervention par l'exploration des pratiques de l'intérieur, si j'ose dire.

Si cette recherche s'intéresse au rapport d'intervention, ce n'est pas tant par opposition à une analyse du caractère éminemment social et politique des conditions qui sont réservées aux immigrants et aux réfugiés dans notre société. Je conçois le rapport d'intervention comme un lieu d'expression et d'échange entre la société d'accueil et les immigrants, chargé de tous les enjeux. Il peut être aussi un espace éthique de changement tant individuel que social.

En étudiant le processus interactif tel que représenté par les intervenants dans leurs récits d'histoires de cas, je souhaite identifier les pratiques concrètes qu'ils ont mises en place en CLSC, à partir de leur conception de la santé mentale et de leur compréhension des difficultés de leurs clients. Je désire également voir si la « double étrangeté »<sup>9</sup> de « l'étranger » qui parle et/ou se comporte de manière étrange semble avoir des effets sur le rapport intervenant-immigrant, et comment elle influence la position de l'intervenant face à l'altérité. Une rencontre est-elle possible?

Cette quête de la rencontre<sup>10</sup> est au cœur de ma démarche. Se rencontrer implique deux acteurs différents, avec des points communs et des divergences qui ne manquent jamais de se heurter. Ce que je définis comme *rencontre* représente en fait la création d'un lien social au cœur de l'intersubjectivité, une relation établie sur la reconnaissance mutuelle de soi et de l'autre comme sujet<sup>11</sup> dans son histoire singulière et dans sa présence au

---

<sup>9</sup> Cette expression est inspirée de celle de Tobie Nathan, « ces étrangers doublement étranges », pour signifier à la fois l'étrangeté psychiatrique et l'étrangeté de l'expression culturelle chez les patients d'une origine culturelle autre. Voir *La folie des autres, Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, [1986] 2001.

<sup>10</sup> Le mot *rencontre* signifie être en présence l'un de l'autre, avoir les mêmes idées sur le même sujet, se toucher, se heurter à des choses, exister au sens de se trouver. *Dictionnaire de langue française*. Encyclopédie et noms propres, Hachette, Paris, 1990, p. 1090.

<sup>11</sup> Le terme *sujet* réfère à l'acteur social en quête de liberté, d'identité, responsable d'agir dans le monde et qui cherche à donner sens à ses agirs, en opposition à l'assujetti aux systèmes et à la raison instrumentale (Renaud, 1997).

monde, un rapport d'intervention non-réducteur de l'altérité constitutive de chacun, créatif dans la demande d'aide.

L'expérience de la souffrance comme les tentatives de mieux-être prennent différentes formes. Dans ces moments où tout bascule dans une lente descente aux enfers, la présence d'un autre humain capable d'écouter dans toute son étrangeté ce qui envahit l'espace intérieur et ce qui risque de faire éclater les relations avec les proches, capable de penser cette souffrance tout autant que la guérison, cette présence à l'autre peut faire la différence. Cependant la prise en compte de l'expérience sensible de la personne, telle qu'elle l'articule progressivement avec les mots et les référents mis à sa disposition dans son univers culturel alors qu'elle est aux prises avec des émotions extrêmes ou des sensations inhabituelles, s'avère indispensable. C'est de la rencontre comme pratique d'altérité, comme espace d'intersubjectivité et de co-construction de sens dont il sera question dans cette recherche.

Des rigidités, des impasses voire des fossés se sont installés dans ces champs d'intervention auprès d'individus et de familles ayant vécu la migration et aux prises avec des problèmes concrets et des souffrances bien réelles. La rencontre intersubjective implique l'adoption par les intervenants de positions au-delà des contraintes institutionnelles et culturelles. Le contexte de pratiques traverse de part en part le rapport d'intervention, dans la logique des rapports sociaux actuellement à l'œuvre dans la société québécoise. Les intervenants sont soumis à différentes pressions et tendances uniformisantes. La question du pluralisme, dans ses dimensions politiques et éthiques, rejoint les enjeux de l'intervention en santé mentale auprès des immigrants.

Toutefois, l'espace d'intervention offre un espace de subjectivation. L'intervenant et la personne migrante en difficulté exercent ensemble dans cet espace leur liberté, leur responsabilité et leur pouvoir d'agir pour le changement. Ainsi, des ouvertures se dessinent inévitablement dans les pratiques convenues, en fonction de la sensibilité des acteurs. C'est un des éléments qui m'amène à croire que l'intervention auprès des immigrants constitue une occasion de renouvellement des pratiques d'aide dans le réseau

de la santé et des services sociaux au Québec. C'est ce que j'articule dans la problématique de cette recherche.

Dans le premier chapitre, je dresse l'état actuel des connaissances concernant les immigrants et la santé mentale et les tentatives d'adaptation des services aux réalités pluriculturelles. Les effets iatrogènes d'interventions de même que les difficultés rencontrées par les intervenants dans ce champ complexe d'intervention sont abordés. Dans le second chapitre, je présente la problématique proprement dite de ma recherche soit les défis de l'altérité dans le rapport d'intervention en santé mentale auprès des immigrants, dans le contexte actuel des pratiques.

J'expose, dans le troisième chapitre, la contribution de l'ethnopsychiatrie à la compréhension de la « rencontre » afin de dégager le cadre conceptuel de cette recherche exploratoire. Cette perspective fut développée pour les situations cliniques où thérapeute et client ne partagent pas la même culture. L'ethnopsychiatrie s'est particulièrement intéressée aux défis de l'intervention interculturelle en santé mentale et aux conditions de la rencontre avec l'autre. Si le dispositif d'intervention groupale multi-référencé, sur les plans culturel et linguistique, est le cadre clinique privilégié pour établir une relation thérapeutique en contexte pluriculturel (Nathan [1896] 2001), les concepts développés par l'ethnopsychiatrie me permettent d'explorer si, dans la dyade d'intervention, des pratiques d'altérité se construisent. Je peux ainsi appréhender la double dynamique interne/externe de l'expérience culturelle et migratoire, conceptualiser la « rencontre » et en comprendre les enjeux associés.

Le quatrième chapitre est réservé à la méthodologie de la recherche. J'y précise le cadre de ma recherche et le type d'approche choisie compte tenu des objectifs visés. La provenance des données et les stratégies d'analyse sont présentées et je situe brièvement la valeur heuristique des récits de pratiques. Enfin, les résultats attendus de même que les limites de cette recherche sont abordés.

La seconde partie de ce mémoire rend compte des résultats de l'analyse des discours des intervenants et les dynamiques qui animent leurs interventions. Au chapitre cinq, je décris les différentes conceptions de la santé mentale et les pratiques d'intervention en santé mentale, les lignes de continuité qui les caractérisent de même que les lignes de discontinuités qui sont repérables dans les récits des intervenants. Le sixième chapitre porte précisément sur la question de la rencontre où je tente de dégager comment s'exprime le « sentiment d'étrangeté » dans les interventions et comment il semble jouer chez les intervenants selon les situations vécues. Les positions qu'ils adoptent face à l'altérité sont mises en évidence et illustrées. Enfin, les thèmes dominants des entrevues sont ensuite discutés dans le contexte social québécois, pour compléter l'analyse de contenu.

Les éléments significatifs, les limites de cette recherche, les nouvelles questions en émergence de même que les pistes d'action pour les intervenants sont articulés, en guise de conclusion, dans la continuité des changements de la société québécoise en regard de ses citoyens en provenance des quatre coins du monde.

## **PARTIE I – PROBLÉMATIQUE, CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE**

### **CHAPITRE 1**

## **L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE EN CONTEXTE PLURICULTUREL**

Le champ d'intervention en santé mentale auprès des immigrants est vaste et complexe. Il couvre des réalités fort différentes comme la perturbation psychique et la souffrance d'une part et d'autre part, l'expérience migratoire et le vivre ensemble en contexte pluriculturel. Les termes qui tentent de cerner ces réalités varient selon les différentes cultures (Bibeau, 1997). Ainsi, l'intervention en santé mentale au Québec s'appuie sur certaines conceptions de la personne, de ses rapports aux autres et de l'intervention. Si le travail en contexte pluriculturel amène rapidement à saisir la relativité des concepts qui organisent les pensées et les actions, ces concepts permettent cependant de communiquer et de travailler ensemble. Dans ce premier chapitre, je dresse un état actuel des connaissances sur les questions d'immigration et santé mentale au Québec puis je présente les recherches sur l'intervention en contexte interculturel de même que les pratiques en émergence, ceci afin d'introduire à la problématique de ma recherche concernant les pratiques en santé mentale auprès des immigrants.

#### **1.1. Les problèmes de santé mentale et les immigrants**

Les données sur la santé mentale des immigrants sont relativement peu nombreuses. Les recherches se heurtent à des lacunes méthodologiques et leurs résultats sont souvent contradictoires ou limités à des populations très spécifiques selon la recension des recherches faite dans le cadre de la Recherche sur l'immigration et la santé (RIS) (Santé Canada, 1999). L'approche épidémiologique qui domine dans la recherche sur la santé tend à présenter les problèmes particuliers des immigrants sans tenir compte des rapports sociaux dans lesquels évoluent les immigrants et les non-immigrants. Ainsi, les comparaisons entre les populations immigrantes et les populations de la société d'accueil comportent des limites majeures notamment en ce qui concerne les critères de

classification distinguant les deux types de population et les risques de généralisations abusives des groupes eux-mêmes hétérogènes (Bibeau et al., 1992 ; Gravel et Battaglini, 2000).

Le concept de « santé mentale » a lui-même des frontières assez floues : il réfère, selon l'organisation actuelle des services de santé au Québec, aux troubles psychiques graves et persistants, aux troubles transitoires et aux situations de crise mettant les personnes ou les familles en déséquilibre (MSSS, 1998).

Malgré les limites conceptuelles et méthodologiques à considérer, les résultats des recherches recensées permettent de dégager un portrait général de la question de la santé mentale des immigrants de même que les facteurs s'y rapportant.

Ainsi, d'un point de vue général, environ 20% des Montréalais présentent un niveau de détresse psychologique élevé, toutes origines ethnoculturelles confondues. Les jeunes adultes et les personnes se percevant comme pauvres, sont particulièrement susceptibles de présenter des troubles mentaux transitoires. La souffrance psychique<sup>12</sup> touche également les individus qui ont un faible niveau de scolarité et les femmes (Fournier et al., 2002).

Selon l'étude menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) sur la santé mentale des communautés culturelles en 1998-1999, les immigrants ne présentent pas plus de problèmes de santé mentale que les populations non-migrantes (Rousseau et Drapeau, 2002 : 217). Ces résultats confirment les recherches précédentes sur le même sujet (Beiser et al., 1988 ; Bibeau et al., 1992 ; Tousignant, 1997 cités dans Santé Canada, 1999). Dans cette étude de l'ISQ, la présentation de symptômes anxiodépressifs (mesure de la santé mentale négative) et l'évaluation de la satisfaction par rapport à leur vie actuelle (mesure de la santé mentale positive) chez les répondants constituent les deux paramètres de l'état de santé mentale des populations ciblées. Si les résultats ne font pas état d'une prévalence

---

<sup>12</sup> La souffrance psychique est définie dans la recherche citée comme la présence de l'un des quatre indicateurs suivants : un trouble mental, des incapacités à être fonctionnel, des idées suicidaires et une perception négative de sa santé mentale (Fournier et al., 2002).

plus grande de problèmes de santé mentale chez les immigrants, ceux-ci présentent cependant des variations de leur profil de santé mentale selon certaines caractéristiques sociodémographiques et selon des indicateurs du vécu prémigratoire et postmigratoire (Rousseau et Drapeau, 2002 :217).

Parmi les faits saillants de l'étude, les femmes présentent un indice de symptômes anxiodépressifs plus élevé que celui des hommes (ibid. :217). L'âge et la maîtrise linguistique n'influent pas sur l'indice de symptômes anxiodépressifs. Cependant, la maîtrise d'une des deux langues officielles joue positivement sur l'indice de satisfaction de la vie (ibid. : 217). Quant au vécu prémigratoire, l'exposition à la violence organisée ressort de manière évidente : 47% des répondants ont été témoins de faits violents liés à la situation sociopolitique au pays d'origine et 28% ont souffert de persécutions en tant que victimes ou proches d'une victime (ibid. : 217). Ces deux groupes présentent des symptômes anxiodépressifs plus fréquemment que le groupe n'ayant pas ce vécu prémigratoire et ils ont tendance à se dire plus insatisfaits de leur vie. Au niveau du vécu postmigratoire, environ 30% des répondants disent avoir vécu de la discrimination, principalement dans la recherche d'un emploi, dans le recours aux services publics et de santé, et dans leurs contacts avec le milieu scolaire (ibid.: 220). Les personnes qui rapportent ce vécu de discrimination présentent un profil de santé mentale plus négatif.

D'autres recherches se sont intéressées à des groupes spécifiques. Par exemple, les enfants de première et deuxième génération ont une meilleure santé mentale que les enfants des générations suivantes ou les enfants non-immigrants (Noh et al., 1999, cité dans Santé Canada, 1999). Les réfugiés, pour leur part, apparaissent en moins bonne santé et particulièrement les enfants. Parmi eux, les mineurs non-accompagnés sont les plus vulnérables (Hyman et al., 1996, cité dans Santé Canada, 1999). Les recherches de Rousseau, Corin et Drapeau (1997) de même que celle de Berthot et Mekki-Berrada (1999) ont également souligné la vulnérabilité des réfugiés et leurs besoins spécifiques. La rupture souvent rapide des relations familiales, avec le conjoint ou avec les enfants restés au pays, met les réfugiés à risque élevé de détresse psychologique (Rousseau et Drapeau, 2002). Les femmes immigrantes enceintes présentent également des conditions

de vulnérabilité spécifiques à leur expérience migratoire, en raison notamment de leur vécu prémigratoire, surtout celles qui ont subi de la violence au pays. Une fois arrivées ici, la précarité de leur statut d'immigration, la perte de leur réseau de support concourant à leur isolement en période périnatale et les difficultés socio-économiques sont autant de facteurs de risques pour ces femmes enceintes (Battaglini et al., 2000). Ces données ne sauraient cependant nier les capacités adaptatives et de résilience de ces populations exposées à des situations de vie exceptionnelles (Rousseau et Drapeau, 2002).

Parmi les déterminants sociaux pouvant affecter la santé mentale, le revenu et le travail ont été étudiés chez les immigrants. Il a été constaté que les immigrants d'arrivée récente (cinq ans et moins) sont deux fois plus susceptibles d'être pauvres que l'ensemble des Canadiens (Beiser et coll., 1997, cité dans Santé Canada, 1999) et 51% de ceux qui sont arrivés entre 1991 et 1996 vivaient sous le seuil de pauvreté par rapport à 11% des familles canadiennes. Ce sont également ceux-ci qui vivent le plus en situation de chômage. Les femmes sont encore plus sévèrement touchées que les hommes (Spigelman, 1998, cité dans Santé Canada, 1999).

La famille demeure la principale ressource de support lorsqu'une personne vit des problèmes de santé mentale ou des problèmes familiaux (Bibeau et al., 1992 ; Clarkson et Eustache, 1997 ; Clarkson et The Nghi, 1997 ; Clarkson et Dahan, 1997 ; Guberman et al., 1997 ; Aumont et al., 2000). Les immigrants qui peuvent compter sur des ressources de soutien social voient s'atténuer les facteurs de stress et leurs conséquences (Noh et Avison, 1996, cité dans Santé Canada, 1999), constat réitéré dans *l'Etude auprès des communautés culturelles* où la présence d'un confident influe significativement sur les sentiments anxiodépressifs (Rousseau et Drapeau, 2002).

En 1992, le Comité de la Santé mentale du Québec attirait déjà l'attention sur sept conditions largement documentées pouvant avoir un impact négatif sur la santé mentale des migrants :

- «1. une mauvaise situation socio-économique personnelle suite à la migration (déqualification, travail intermittent, etc.) ;
2. l'incapacité de parler la langue du pays hôte ;

3. la séparation d'avec la famille ;
4. des attitudes négatives de la part de la population d'accueil ;
5. le fait d'avoir peu ou pas de possibilité de repli sur la communauté d'origine ;
6. un stress prémigratoire causé par la situation sociale ou politique prévalant dans le pays d'origine ;
7. le fait d'avoir migré durant l'adolescence ou durant le troisième âge. »  
(Bibeau et al., 1992 : 22).

L'ensemble de ces recherches permet de dégager ce qui peut influencer sur l'établissement et l'expérience des immigrants dans la société d'accueil. D'une part, elles mettent en évidence les conditions externes de l'adaptation et soulignent l'importance de considérer l'environnement socio-politique, la dynamique des rapports sociaux et l'accès à des ressources pour assurer les conditions de vie des individus et des familles. On constate que les immigrants ne présentent pas plus de problèmes de santé mentale que la population de la société d'accueil. Ils sont toutefois soumis à des conditions de vie plus difficiles du fait de la pauvreté et de la discrimination dans l'emploi. Ils sont davantage isolés, notamment les femmes réfugiées. Cela se reflète, pour ces dernières, dans leur expérience de la maternité où elles risquent de présenter une plus grande détresse psychologique. Enfin, d'autres recherches démontrent que la famille et la communauté d'origine peuvent participer dans la migration comme facteurs de protection de la santé mentale. Le rapport des immigrants avec les institutions de services en santé mentale et la réponse que celles-ci sont à même de fournir pourront jouer un rôle important auprès des individus perturbés et leur entourage.

### 1.2. L'accès et l'utilisation des services en santé mentale

Il est de plus en plus reconnu que l'intervention auprès de migrants ne partageant pas la même culture que l'intervenant comporte des défis particuliers en matière de santé et de services psychosociaux. Les barrières linguistiques, culturelles et sociales viennent compliquer des histoires migratoires chargées d'espoirs mais aussi de ruptures et de pertes. Les impasses, sinon les échecs en intervention auprès de migrants issus de cultures non-occidentales, ont fait émerger de nouvelles questions pour la psychiatrie et l'intervention psychosociale auprès de ces populations depuis plus de quarante ans au

Québec<sup>13</sup>. Les questions sur les variations culturelles dans la conception de la maladie et des interventions de même celles concernant l'accessibilité du réseau de la santé et des services sociaux ont été approfondies (Bibeau, 1987; Corin et al. 1987; Kirmayer, 1989; Bibeau et al., 1992; Legault, 2000). Ces questions se sont posées également ailleurs dans le monde (Devereux, 1967; Kleinman, 1988; Nathan, 1994).

L'utilisation des services de santé mentale a été étudiée par différents chercheurs. La recherche de Kirmayer et al. (1996, cité dans Santé Canada, 2004) sur les comportements de recherche d'aide menée auprès de Montréalais anglophones, francophones, du Vietnam, des Caraïbes et des Philippines démontrait que le taux d'utilisation des services de santé pour les problèmes de santé mentale est significativement plus faible chez les immigrants. Ceux-ci étaient moins nombreux à être orientés vers les soins de santé mentale spécialisés ou à y recourir. Les besoins moindres et le recours à des ressources de médecine parallèle ne pouvaient expliquer ces différences. Divers obstacles à l'utilisation des soins en santé mentale étaient identifiés : en plus de la tendance à minimiser les problèmes, à vouloir y faire face seul ou à épuiser tous les recours familiaux avant de demander de l'aide, le « ethnic mismatch » était évoqué par les immigrants. Celui-ci comprend les craintes d'un traitement empreint de préjugés, la non-disponibilité d'intervenant ayant les mêmes références culturelles et l'incompréhension pressentie de leur culture. Selon certains auteurs, ce problème reste encore mal réglé par le système de santé (Kirmayer et Minas, 2000). Cependant, plus la durée du séjour au Canada est longue, plus les immigrants utilisent les services de santé mentale (Hyman, 1997, cité dans Santé Canada, 1999).

Malgré les efforts d'adaptation faits à ce jour,

« ...la sous-utilisation des services par les personnes des groupes ethniques minoritaires permet de croire que ces efforts demeurent insuffisants, et laissent entrevoir un éventail de barrières toujours existantes qui limitent l'accès aux services. Ces barrières sont certes culturelles, mais également liées aux approches technocratiques, aux modèles d'intervention, à l'absence

---

<sup>13</sup> L'anthropologue québécois Gilles Bibeau considérait, en 1987, que Montréal était pour ainsi dire la capitale nord-américaine de la psychiatrie transculturelle en raison des travaux de ses chercheurs et praticiens depuis 30 ans (Corin et al., 1987). Dès 1955, il y avait à Montréal un service social d'aide aux immigrants et aux réfugiés, le SAVI (Fiorino, 1996).

de perspective communautaire, à certaines formes de racisme et à la discrimination toujours présente.» (Jacob, 1996, cité dans Gravel et Battaglini, 2000).

### 1.3. L'adaptation des pratiques d'intervention aux réalités pluriculturelles

D'un point de vue historique, c'est au cours des années '80 que la préoccupation d'adapter pleinement les pratiques d'intervention en matière de santé et de services sociaux pour les immigrants a été mise en évidence par différents groupes de travail issus des communautés culturelles, des milieux universitaires et du gouvernement, notamment en raison des changements démographiques majeurs à Montréal.

Le Comité de la santé mentale au Québec publiait un important rapport *La santé mentale et ses visages, Un Québec pluriethnique au quotidien* (1992). On y dressait un portrait large des conditions de production et de gestion des problèmes de santé mentale dans les communautés culturelles vivant au Québec. La santé mentale y était considérée comme la résultante des conditions de vie et des difficultés dans le contexte de l'établissement au pays d'accueil :

« Bien que nous n'ignorions pas que certains problèmes individuels ou de groupe puissent avoir une base biologique ou psychologique, nous nous centrons, dans notre modèle, sur leur "sociogenèse" en accordant une place majeure au contexte quotidien de la vie des personnes, aux contradictions internes de ce contexte et à la détermination des éléments positifs et négatifs qu'il contient. » (Bibeau et al., 1992 : 12)

Aux termes de la recension des écrits et de ses propres recherches, le groupe de travail suggérait que l'intervention auprès des migrants devait tenir étroitement compte des conditions de vie de tous les jours, avec les ressources et les contradictions de la société d'accueil. L'objectif était de favoriser les facteurs de protection et de tenter de diminuer l'incidence des facteurs de risque. Les réseaux formels et informels d'aide étaient mis en valeur, en continuité avec les pratiques des personnes face à leurs problèmes de santé. De plus, le groupe de travail recommandait aux établissements du réseau de la santé, des services sociaux et de l'éducation marqués par l'ethnocentrisme des changements significatifs à tous les échelons des organisations. Il exhortait à plus d'ouverture aux

savoirs des communautés culturelles sur la santé et la maladie, y compris à leurs ressources traditionnelles et communautaires.

Plusieurs méthodes d'intervention ont été développées et adaptées pour travailler avec les immigrants et les minorités ethnoculturelles : l'approche interculturelle et ses multiples variantes (Cohen-Emerique, 2000 ; Roy, 2000), la psychiatrie sociale et culturelle (Corin, 1987 ; Kleinman, 1988 ; Kirmayer, 1989 ; Rousseau, 1997 ; GAP, 2002) et l'ethnopsychiatrie (Sterlin, 1987 ; Streit, 1997 ; Corin, 1997 ; Moreau, Raphaël et Rashed, 1998 ; Rousseau, 2000).

La prédominance de certaines façons de faire au Québec, devenues presque des dogmes en intervention comme la non-directivité, l'usage de la langue de l'intervenant, les codes non-verbaux comme l'utilisation des silences, le contact (ou plutôt l'absence de contact physique), l'expression libre des émotions, l'égalitarisme promu dans la relation d'aide, mérite d'être ré-examinée dans nos modèles d'intervention. Même si les réalités pluriculturelles ne sont plus tout à fait nouvelles, la formation continue des intervenants, tant au niveau du savoir, que du savoir-être et du savoir-faire constitue un enjeu toujours actuel dans l'intervention interculturelle (Legault, 2000).

Les pratiques en émergence dans l'intervention auprès des immigrants risquent la marginalisation tout comme les personnes et les groupes auxquelles elles s'adressent (Moro, 2002). Mais de plus en plus à Montréal, des pratiques plus soucieuses des réalités pluriculturelles se développent dans les services publics et dans les services communautaires.

#### 1.4. Des pratiques novatrices en émergence auprès des immigrants

Du côté de la société civile, les communautés d'appartenance italienne, juive, grecque ou chinoise par exemple, de même que divers organismes communautaires n'ont pas attendu une quelconque politique pour développer des ressources visant à améliorer les conditions de vie des personnes et des familles immigrantes. Les organismes communautaires offrent des services aux nouveaux arrivants et à leurs compatriotes

établis ici de longue date de façon à répondre aux besoins matériels, économiques, juridiques et de soutien social. De plus, ils contribuent à la promotion des besoins, à la revendication de droits, à l'accès ou à la création de ressources et de politiques sociales, comme la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes. Ce faisant, ils favorisent la santé mentale de la population québécoise. Plusieurs ont développé une expertise qui commence à être reconnue en matière de services psychosociaux et de crise, notamment auprès des femmes et des familles<sup>14</sup>.

Dans le réseau public des services sociaux, c'est depuis plus de quarante ans que des services sont offerts aux voyageurs, aux gens en transition, aux immigrants et aux réfugiés (Fiorino, 1996). Le Centre Jeunesse de Montréal tente par différents moyens d'ajuster l'intervention, notamment pour l'application de la *Loi de la Protection de la Jeunesse*, en contexte pluriethnique (Chiasson-Lavoie, 2000). Depuis la réforme des services de santé et des services sociaux de 1992, le CLSC Côte-des-Neiges assure un mandat régional de services sociaux et de santé aux immigrants et réfugiés, le SARIM, dans la continuité du Service migrants/immigrants de l'ex-CSSMM. Le CLSC s'est doté d'un Centre de recherche et de formation (CRF CDN) pour soutenir les praticiens dans ce quartier fortement pluriculturel de Montréal.

Par ailleurs, des pratiques novatrices ont été mises en place pour mieux tenir compte des interactions complexes entre les problématiques de santé mentale vécues par les personnes et les familles de différentes appartenances culturelles. Les milieux psychiatriques ont développé les premières consultations transculturelles au début des années '90 : la Clinique Transculturelle du département de psychiatrie de l'Hôpital Jean-Talon en 1994, le Département de psychiatrie de l'Hôpital Sacré-Cœur de 1995 à 1998. Vers la fin des années '90, d'autres services de consultations se sont mis en place : la consultation en pédopsychiatrie à l'Hôpital de Montréal pour enfants, la consultation de psychiatrie externe au Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Pavillon Hôtel-

---

<sup>14</sup> La publication du *Guide d'intervention avec les familles immigrantes* (1998), conjointement du Ministère de la Santé et des Services sociaux, du Ministère de la Famille et de l'Enfance et du Centre des femmes de Montréal, en est un bon exemple.

Dieu, et le Service de Consultation Culturelle de l'Hôpital général juif, associé à l'Université Mc Gill. L'Institut Philippe Pinel de même que l'hôpital Ste-Justine ont une équipe de recherche qui se penchent sur les questions interculturelles depuis quelques années. Les milieux d'intervention peuvent également compter sur l'expertise développée par l'Institut Interculturel de Montréal pour porter leurs préoccupations.

D'autres milieux ont tenté d'adapter leurs services à la réalité multiethnique. En première ligne, la clinique de pédiatrie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont a mis sur pied en 2001 une consultation d'ethnopsychiatrie, dans le cadre de ses services de pédiatrie internationale. Le CLSC Saint-Michel a organisé une consultation en santé mentale et en ethnothérapie, le CESAME. On y retrouve le premier dispositif d'intervention en ethnopsychiatrie en CLSC (Raphaël et al., 2002). Dans ce quartier très défavorisé du centre-Nord de Montréal à forte concentration pluriethnique, cette consultation offre des services de soutien à l'évaluation des situations complexes. S'il y a lieu, un service de co-intervention est disponible auprès des familles migrantes. D'autres CLSC de Montréal commencent des activités de consultation interculturelle pour les intervenants.

Les différentes pratiques mises en place sont d'autres propositions à la réponse unique et standardisée des systèmes de dispensation de services. Dans les services psychosociaux et cliniques, provoquer un changement efficace et durable dans une situation problématique est une opération difficile et qui peut être lourde de conséquences pour ceux qui la risquent, c'est-à-dire les personnes souffrantes qui demandent de l'aide à une étape de leur vie où ils sont particulièrement vulnérables. C'est aussi un risque et un défi qui confrontent tous les thérapeutes du monde, qu'ils soient guérisseur au Bénin, psychiatre au Québec, chaman au Pérou, imam ou travailleuse sociale à Montréal. Si l'on peut très bien s'accommoder de la diversité culturelle dans bien des situations impliquant les services de santé et les services sociaux, certaines sont beaucoup plus engageantes. Leur complexité doit être maniée avec soin dans les interventions. Le champ de la santé mentale se révèle être un de ces lieux où les frontières sont particulièrement chargées. En intervention, que ce soit auprès d'un patient malade ou d'une personne vivant des problèmes personnels et sociaux graves, les conflits ne manquent pas de survenir à la

croisée des chemins de nos mondes respectifs. La confrontation à différentes manières de voir et d'agir oblige à penser la relativité des théories dominantes, produits culturels et construits sociaux reflétant notre époque actuelle. Cependant, le risque de pathologiser les conduites est réel (De Plaen, 2000), et les effets pour les personnes en difficultés peuvent avoir des conséquences majeures dans leur vie, tant personnelle que sociale.

### 1.5. Les effets de la pathologisation des conduites

Les effets de la pathologisation des conduites sont multiformes et peuvent s'installer tout au long des différentes trajectoires d'aide que connaîtront les personnes aux prises avec des troubles psychiques. Les enjeux pour elles sont majeurs en raison de la disqualification et de la réduction de leurs expériences par leur entourage et parfois dans les différents milieux de soin. En fait, comprendre en profondeur l'expérience de la perturbation psychique ou de la détresse sociale, du point de vue des personnes qui la vivent, patients et proches, comporte des implications majeures pour la clinique comme pour la société.

On s'intéresse au Québec depuis de nombreuses années aux conséquences de la pathologisation des troubles psychiques et à la prise en charge des personnes affectées dans le système de soin: silence, stigmatisation, culpabilité, honte, exclusion sociale, abus de pouvoir, effets secondaires des hospitalisations ou des médications, détresse des enfants de personnes psychiatisées et problèmes transgénérationnels, méfiance et isolement social, perte de sa liberté physique et de sa libre représentation de soi, sont quelques-uns des effets identifiés (Boily, 1999; Clément, 2001; Cohen, 2001; Corin, Rodriguez del Barrio et Guay, 1996; Corin, 2000; Dorvil, 2001; Gagné, 1996; Rodriguez del Barrio, 1999; Rodriguez del Barrio, Corin et Poirel, 2001; Van Thuyne, 2002).

La psychiatrie est une des formes de soin privilégiée dans notre société pour les troubles mentaux. Un diagnostic et un traitement pharmacologique approprié de même qu'un soutien (psychologique et social) peuvent ouvrir sur un nouvel espoir de « bien vivre »

pour qui souffre depuis des mois, voire des années. Ce vécu de souffrance peut se réinsérer dans la trame d'une histoire personnelle qui se retisse et se redéploie dans un autre élan.

Toutefois, si les catégories diagnostiques de la psychiatrie apportent leur impression de sécurité dans un domaine où l'incertitude est toujours présente, elles portent aussi la tentation de bloquer l'écoute de la singularité des personnes, de même que la reconnaissance et la valorisation de leurs mécanismes d'ajustement à leur réalité interne et externe (Rousseau, 2000). L'ensemble de la vie des personnes psychiatisées – les périodes précédant l'épisode psychiatrique comme les suivantes – est réorganisée autour de la pathologie diagnostiquée et du pronostic d'évolution. Les impacts sur l'image de soi de même que ses chances de réinsertion sociale peuvent en être affectée de façon majeure (Robichaud et al., 1994).

Les effets de la psychiatisation touchent aussi les enfants des patients et s'étendent parfois sur plus d'une génération. Les enfants sont encore peu soutenus dans ces situations où l'intensité de leur détresse a été maintes fois confirmée par les recherches lorsque qu'un parent est hospitalisé en psychiatrie. Plusieurs en sont aujourd'hui affectés sévèrement dans leur vie adulte (Boily, 1999). On ne peut en imputer exclusivement la responsabilité aux parents :

« L'absence de considération du rôle de parent des personnes atteintes de maladie mentale, le manque d'information sur la maladie, l'absence de lien avec l'équipe, l'absence d'enseignement de moyens et d'ententes intra-familiales en cas de décompensation, sont des phénomènes contribuant à la fragilisation de l'équilibre familial (...). La conspiration du silence (...) semble cependant, parmi ces phénomènes, un des plus déterminants car tous les enfants interrogés ont parlé de cette absence d'information et de support. La littérature sur les conditions de réussite de la réadaptation en psychiatrie soulève pourtant l'importance de recevoir du support et de l'information sur la maladie pour tous les membres de la famille afin de maintenir l'équilibre familial. Ils se sont particulièrement sentis seuls et abandonnés par les services psychiatriques quant à leur sort et sans moyens. Cette attitude fait partie des différents types de négligence appelée la négligence communautaire attribuable à un certain désintérêt des ressources professionnelles concernant la situation des enfants à qui ils offrent ou

devraient offrir des services.» (Ménard et al. 1987, cité dans Boily, 1999 :60).

Le milieu psychiatrique est un des lieux où se joue le rapport que la société entretient face à la différence. N'eut été son rôle dans le soulagement et la protection des personnes, celui que la psychiatrie accepte d'endosser dans le traitement de la différence et des troubles mentaux est à questionner :

« (...) on est toujours le fou des autres, de la société ou de son mandataire, le psychiatre. La psychiatrie a le rôle de définir la folie, mais on peut se demander *si dans une certaine mesure la psychiatrie ne serait pas un instrument qui entrave la liberté d'expression*. En effet, les pressions sociales affectent la pratique du psychiatre, et celui-ci n'a d'autre choix que de traiter l'individu qui est amené à son bureau pour avoir, de quelque façon que ce soit, perturbé l'ordre social. » (Dorvil, 2001 : 625).

On ne saurait essentiellement attribuer de manière simpliste et accusatrice des effets iatrogènes aux interventions psychiatriques proprement dites. Certaines interventions dans d'autres ressources d'aide, bienveillantes ou standardisées, apparaissent bien mal adaptées au vécu intime des personnes, vécu exprimé de différentes façons, parfois bien maladroitement et confusément, dans une parole qui cherche à être reçue et entendue. Pourtant, au cœur de la subjectivité humaine où l'absurde, le drôle, le tragique et souvent l'inattendu co-existent, « il s'agit de ne pas "coloniser" un espace déjà fragilisé par la souffrance psychique et, souvent, une longue histoire d'aliénation à soi. » (Corin, 2000 : 27).

Dans l'intervention auprès d'immigrants, les difficultés de compréhension et des malentendus sémantiques qui ne manquent jamais d'arriver (De Pury, 1998) viennent accentuer les risques d'effets potentiellement néfastes d'une intervention. « En clinique, l'obstacle de la compréhension, c'est justement l'impression qu'on comprend et lorsque, de plus, on est sensé être un spécialiste de l'empathie, il est rare que l'on admette ne pas comprendre. » (Nathan, 2001 :82).

Pour un immigrant ayant connu et parfois expérimenté au pays d'autres manières de concevoir le désordre et d'autres manières de le soigner, le type de réponse donnée peut

l'aider, n'avoir aucun sens ou même contribuer encore davantage à son désarroi et à sa confusion mentale. Il peut accentuer le problème initial :

« Beaucoup de réfugiés qui s'établissent dans les pays occidentaux ont vécu des expériences traumatiques en lien avec la situation de violence organisée qui prévaut dans leur pays d'origine. La souffrance qui résulte de ces expériences est souvent interprétée dans le pays d'asile à partir du modèle médical qui se centre sur les manifestations psychopathologiques chez les individus et en particulier sur la présence du syndrome de stress post-traumatique. Une telle approche peut avoir pour effet de normaliser la pathologie sociale en en faisant porter le poids à l'individu et de pathologiser les réponses psychologiques et physiologiques normales à la terreur.» (Rousseau, 2000 : 185).

Même dans des situations morbides, des pistes de résilience et de métamorphose de l'être soumis à des traumatismes majeurs sont présentes:

« Vécus individuellement ou collectivement, les traumatismes extrêmes provoquent chez l'être humain le pire, la destruction, la mort, mais aussi le meilleur. On a malheureusement tendance à oublier cela à notre époque où l'on use abondamment de la psychiatrie, de la médecine et de la psychologie.» (Rousseau, 2001 :21).

La méconnaissance par les immigrants du réseau de la santé et du fonctionnement du système, de ses méthodes et procédures, peut susciter chez eux un sentiment d'incompréhension et de méfiance qui poussera parfois à délaissé les soins proposés par le réseau officiel des services et à choisir d'autres alternatives (Moreau, Raphaël et Rashed, 1998). Ces alternatives seront au mieux tolérées ou perçues comme amusantes ou exotiques. Mais il y a aussi perturbation de la relation de confiance (Roy et Legault, 2000), de l'anxiété voire de l'hostilité face au système de soin, puis retrait du suivi médical ou social qui aurait été nécessaire, les intervenants s'étant aliénés la famille (Chiasson-Lavoie et Roc, 2000). Dans certaines situations, les craintes provoquées par les choix des parents conduiront à des conduites professionnelles plus rigides pouvant aller jusqu'à l'intervention d'autorité.

A cet égard, les interventions en vertu de la *Loi de la Protection de la Jeunesse* couvrent des situations où la sécurité et/ou le développement d'un enfant est compromis. Le

maintien ou la restauration de conditions favorables à la santé mentale des enfants en constituent souvent un des enjeux. Des recherches menées auprès de populations immigrantes démontrent la méfiance des parents envers les intervenants et leur méconnaissance de la loi lorsqu'il s'agit d'une intervention socio-juridique en vertu de la *Loi de la Protection de la Jeunesse* (Harvey, 1991 cité dans Davilmar, 1998). Dénoncés pour incapacités parentales, les parents se sentent avilis, trahis par leur enfant, menacés par l'intrusion de la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) dans leur vie familiale. Ils sont atteints dans leur dignité : résistances, malentendus, colère, méfiance, angoisse, sont présents face aux interventions de la DPJ dans les communautés culturelles (Chiasson-Lavoie et Roc, 2000). Les parents se sentent la risée de leur communauté, celle d'ici et celle du pays (Salmi, 2003). Ces perceptions sont amplifiées par le fait que souvent les parents ne partagent pas avec cet organisme de protection des enfants la perception du problème ni parfois les solutions préconisées (Davilmar, 1998). Les relations parent-enfant peuvent en être affectées. Des parents, pour divers motifs, se retirent de leurs responsabilités parentales à l'égard de l'enfant placé dans des ressources institutionnelles (Bernard, 2001 ; Davilmar, 1998). Dans son étude sur la perception de femmes immigrantes du système de protection de la jeunesse au Québec, l'anthropologue Sheriff identifie que les parents y perçoivent un abus de pouvoir, de l'ethnocentrisme ou du paternalisme, éléments pouvant nourrir des clivages personnels et sociaux. Elle constate que « pour ces immigrantes, les relations entre aidant et aidé se déroulent dans la crainte de la désapprobation par la société d'accueil, mécanisme assez puissant pour perturber leur processus de reconstruction identitaire. » (Sheriff, 2000 :106).

L'intervention en contexte pluriculturel ne va pas de soi. La pertinence et même l'urgence de prévenir des détériorations des situations familiales et sociales déjà difficiles est évidente dans ces constats. Prendre le risque de la polysémie de l'expression de la détresse humaine, c'est s'ouvrir à la pluralité des expériences et des façons d'être-au-monde. Différentes recherches ont permis de mieux connaître les difficultés des intervenants qui y oeuvrent au quotidien.

### 1.6. Les difficultés des intervenants en contexte pluriculturel

De plus en plus, on insiste sur les incompréhensions culturelles constantes en intervention dans un contexte pluriethnique et sur la nécessité de considérer la culture de la société d'accueil et ses modes d'intervention (Bibeau et al., 1992 ; Corbeil, 1997 ; Moreau, Raphaël et Rashed, 1998 ; Legault, 2000). On souligne les biais des instruments d'évaluation psychologique et psychiatrique qu'il faut manipuler avec grand soin (Gratton, 2000 ; Ordre des psychologues du Québec, 2002). Des recommandations y sont formulées pour mieux tenir compte des référents culturels des patients en situation clinique (Legendre et Dumont, 2000) et une méthodologie d'évaluation culturelle en psychiatrie clinique a été intégrée dans la dernière révision du DSM IV (GAP, 2002).

Cependant, seules quelques recherches se sont penchées précisément sur la question de l'intervention du point de vue des intervenants. Les recherches de Roy (1991) et de Legault et Lafrenière (1992), reprises dans une analyse récente (Roy et Legault, 2000), se sont appliquées à faire ressortir les différents chocs culturels vécus par les intervenants dans leur travail auprès de populations immigrantes de différentes origines ethniques. A partir de l'analyse des incidents-critiques, selon la méthode de Cohen-Emerique, l'interrelation entre les facteurs sociaux et culturels dans les problèmes des clients est mise en évidence, de même que les réactions des intervenants confrontés à des chocs culturels : colère, impuissance, frustration d'être mal utilisé, surprise, rébellion. On distingue en filigrane quelques manières de composer avec les différences culturelles dans l'intervention : rappel du mandat de l'intervenant social, acceptation de liens plus informels avec les clients, recherche sur la culture du client, assouplissement de certaines règles bureaucratiques. Les chercheurs rappelaient que les incompréhensions demandent à être clarifiées, les modèles et les valeurs sous-jacentes explicitées et élucidées. Ils soulignaient l'importance de connaître sa propre culture et de s'en distancier pour se mettre à l'écoute de l'autre. Les causes des problèmes d'intervention dans certaines zones sensibles où il y avait chocs dans les visions du monde, notamment sur l'éducation des enfants et la Protection de la Jeunesse, restaient à clarifier. On y précisait que les recherches ultérieures devaient se préoccuper de mieux connaître et orienter la pratique

sociale en contexte interculturel car les intervenants sociaux marchaient sur la corde raide et travaillaient souvent sans filet dans ce champ d'intervention.

La recherche qualitative menée par Jimenez sur la pratique médicale obstétricale met en lumière des situations cliniques où la « rencontre n'a pas lieu » entre le médecin, sa patiente, une mère ou future mère d'une autre origine culturelle et un bébé rêvé. Après avoir dégagé les enjeux de la période périnatale, en raison notamment de la disponibilité de la mère à des réaménagements psychiques, la chercheuse met l'accent sur la communication en situation interculturelle. La question, pourtant posée, est restée sans réponse, les praticiens renvoyés à eux-mêmes :

« La rencontre praticien/patient se situe à l'intersection de deux champs : le technique, qui comprend l'ensemble des gestes physiques posés par le praticien autour de la demande de services (dans ce cas, le suivi de la grossesse et l'accouchement) et le relationnel. (...) Dans les cas présentés, une myriade d'éléments peuvent avoir influencé la communication, le passage optimal du « courant ». A chacun de s'y retrouver, d'évoquer pour lui-même ses réussites techniques, ses échecs relationnels, ou l'inverse. » (1998 :113).

Par ailleurs, les résultats de la recherche de Mc All, Tremblay et Le Goff (1997) qui portait sur l'étude des barrières linguistiques et ethnoculturelles dans l'intervention telles qu'exprimées par les intervenants, indiquent que les différences culturelles se sont avérées absentes du discours explicatif des intervenants concernant leurs difficultés d'interactions quotidiennes en contexte pluriethnique. Plus encore, leur discours ne suggère pas de lien entre l'origine ethnique ou nationale du client qui est pourtant généralement mentionnée et le problème apporté en consultation, ni pour ce qui concerne l'échec ou la réussite de l'intervention. Cette absence de lien a été reprise dans les conclusions de la recherche comme significative car, selon les auteurs, il est incorrect d'insister sur les différences culturelles en raison du risque d'exclusion sociale ou d'occultation des conditions socio-économiques inégales des néo-québécois.

« Leur expérience [les intervenants] suggère que la vision multiculturelle et différentialiste de la société montréalaise est sur une mauvaise piste. Nous sommes moins différenciés par nos cultures d'origine qu'unis par les conditions dans lesquelles nous vivons : conditions de logement, inégalités de

revenus, problèmes de santé, vieillissement, isolement, violence conjugale, (...) Ici, la distance culturelle peut être utilisée (ou même produite) dans le cadre d'une certaine mise à distance qui s'effectue de la part de populations bien établies sur le territoire à l'endroit d'autres populations qui sont ainsi tenues en marge de la société. » (Mc All et al., 1997 : 102).

La proximité du milieu de vie des clientèles de diverses origines culturelles, par les visites à domicile notamment, la connaissance du contexte immédiat du client et l'établissement d'une relation de confiance constituent les repères pour une communication interculturelle efficace. Au-delà de cette conclusion qui met en évidence l'importance de saisir le contexte de vie des clients par l'accès à l'espace privé, les auteurs de cette recherche me semblent confondre culturalisme (c'est-à-dire l'explication par la culture de comportements ou d'attitudes, dans un style « C'est sa culture... », « Ils ont tendance à faire cela dans leur pays... »), qui peut conduire à la discrimination et au racisme (Bourque, 2000), et ouverture franche à la différence qui reconnaît l'altérité et inaugure le dialogue (Bibeau et al., 1992, Gravel et Battaglini, 2000 ; Bibeau, 2003). A cet égard, il est d'ailleurs intéressant de constater que peu d'intervenants travaillent avec cette tendance culturaliste. La confusion autour du culturalisme ne me permet cependant pas de tirer les mêmes conclusions que les chercheurs sur les erreurs d'une approche qui tiendrait compte des singularités culturelles.

Une recherche sur les conditions de vulnérabilité des mères immigrantes identifie les différences de perceptions des problèmes entre les intervenantes et les mères interrogées, constat également fait dans la recherche sur l'empowerment et les femmes immigrantes (Côté et al., 2002). En effet, si les intervenantes se montrent généralement sensibles et capables d'identifier les zones de précarité des femmes enceintes immigrantes et la détresse que la situation leur fait vivre, un décalage entre la sensibilité observée et les critères de décision dans les évaluations en périnatalité est souligné. Cet écart reflète les limites des modèles actuels d'évaluation et d'attribution des ressources dans les établissements de santé et de services sociaux (Battaglini, Gravel et al., 2000).

Enfin, des effets de situations en interculturel étaient identifiés chez les professionnels de même que ce qui les suscitaient. Dans leur recherche portant sur l'analyse d'incidents

critiques vécus par des travailleuses sociales, agents d'accueil, puéricultrices, éducateurs et enseignants en France, au Québec et en Espagne, Hohl et Cohen-Emerique (1999) constataient que, loin d'être des événements mineurs dans le quotidien des professionnels, les chocs culturels constituaient des atteintes majeures à l'identité de ceux-ci :

« Une analyse des chocs culturels ressentis par des professionnels en contexte interculturel met en évidence la présence, au-delà des conflits de valeurs souvent invoqués, une « menace identitaire » (self shock) qui touche à l'identité que constituent les sentiments d'unité, de continuité, de cohérence et de valeur. (...) Il est possible de dégager trois grandes sources de menace portant respectivement sur des situations festives ritualisées, des situations de la vie quotidienne et les situations professionnelles proprement dites. » (Hohl et Cohen-Emerique, 1999 : 106)

Cette recherche éclaire cette expérience bouleversante vécue par les intervenants de ne plus se reconnaître, de vivre des émotions intenses, de ne plus pouvoir compter de façon aussi certaine sur ses points de repères habituels dans la réalité, d'être soi-même perdu ou du moins déstabilisé. Les repères de l'évidence ne fonctionnent plus. C'est donc dans ce jeu de frontières, psychiques et culturelles, où l'on ne peut tout voir à la fois, « soi et l'autre », que l'intervention se déroule. Bien que la méthode d'analyse des chocs culturels soit pertinente dans l'analyse du rapport d'intervention, elle ne parvient cependant pas, à mon avis, à percer le secret de la boîte noire : comment les intervenants composent-ils avec les menaces identitaires induites par la rencontre interculturelle ? Hormis le travail de formation et d'autocritique de l'intervenant, comment s'établit et se maintient la relation thérapeutique ? Pourquoi tant d'échecs ou d'impasses dans les prises en charge malgré les hauts standards d'ouverture, de tolérance et de collaboration proposés par l'approche interculturelle ? La question reste entière.

Les recherches menées sur les difficultés des intervenants à ce jour n'ont pas éclairé cet angle mort de la rencontre interculturelle, c'est-à-dire la double étrangeté réciproquement vécue dans l'intervention et ce qu'elle occasionne de particulier dans le déroulement des processus d'aide. Ma recherche vise à éclairer cette zone d'ombre dans le rapport entre les intervenants et les immigrants vivant des problèmes de santé mentale.

## CHAPITRE 2

### L'ALTÉRITÉ DANS LA RENCONTRE D'INTERVENTION

Evoquer des pratiques d'altérité dans l'intervention en santé mentale auprès de personnes venant de diverses cultures exige l'on s'arrête sur ce qu'engage l'altérité et la rencontre. Je m'attarderai par la suite à la notion de « double étrangeté ».

L'altérité ne peut se réduire au respect des différences ou à la représentation de l'autre que l'on veut rendre présent : le dominé, le colonisé, l'exclu. Bien au-delà de celles-ci, la prise en compte de l'altérité implique une rupture de la pensée, un abandon des idées reçues sur « comment est, pense et agit » celui à qui on dit donner la parole. Elle pose les questions du rapport entre le connu et l'inconnu, entre la liberté et la contrainte, entre la place du savoir expert et celle de l'expérience intime de la personne dans son milieu (Corin, 2000). L'altérité est marquée par l'ouverture, une ouverture en profondeur et toujours incertaine. Se laisser surprendre par ce que l'autre apporte de singulier et d'inédit conduit à l'autre, l'étranger en soi, cette part d'inconnu et d'ombre qui constitue tout être humain. Ainsi, si elle est incertitude, l'altérité est d'abord relation : le soi et l'autre (Laplantine et Nouss, 2001). La rencontre ne peut se produire que dans l'altérité, au cœur de l'intersubjectivité. Bien que souvent l'on associe au migrant la différence culturelle et le statut *d'autre*, l'intervenant est également un étranger pour le client. Cette double posture devrait plus exactement amener à penser la rencontre interculturelle comme un espace où se déroule « le jeu des différences » (Laplantine et Nouss, 2001 : 57), où le lien social est mis à l'épreuve.

C'est la complexité de cette dynamique et les défis qui y sont associés que j'ai tenté de saisir par la notion de « double étrangeté ». Alors que l'on se croit bien installé dans les institutions de services, avec leurs règles et leurs procédures, maîtrisant les outils et les méthodologies d'intervention développés au fil des ans, le travail auprès des immigrants aux prises avec des problèmes de santé mentale se présente comme expérience d'une « double étrangeté ». Si les troubles mentaux sont souvent associés à cette expérience d'étrangeté, l'association avec la différence culturelle est moins familière.

## 2.1 La spécificité de l'intervention en santé mentale auprès des immigrants : la double étrangeté

La double étrangeté renvoie aux deux réalités de l'intervention interculturelle en santé mentale : une expérience et des manifestations de cette expérience hors de l'ordinaire, la perturbation psychique d'une part et, d'autre part, la présence d'une différence culturelle, un élément chez l'autre qui ne peut être assimilable à soi, malgré l'inévitable mouvement ethnocentrique de se poser en élément de référence. Ces réalités demandent à être revisitées de même que le sentiment d'inquiétante étrangeté ressenti par ceux qui y font face.

Les personnes qui vivent des épisodes dépressifs, anxieux, ou qui ressentent de façon chronique des perturbations marquées dans leur équilibre affectif, font l'expérience de réalités émotionnelles, cognitives ou relationnelles beaucoup plus complexes et variées que ne le donnent à penser les classifications nosographiques habituelles, pour peu que l'on soit attentif aux dires et aux langages du monde. C'est à partir de l'analyse du discours de la personne malade que l'on peut tenter de comprendre, de l'intérieur, les troubles psychiques si douloureusement vécus, comme dans le cas extrême de la psychose:

« Aux conditions de vie difficiles et à la violence qui ont parfois marquées l'histoire de vie des personnes qui se retrouvent un jour ou l'autre à demander l'aide en psychiatrie, s'ajoutent des contraintes provenant d'un univers intérieur troublé par l'expérience de la psychose et qui affectent directement l'expérience de soi : le sentiment personnel d'intégration émotionnelle et cognitive, le rapport aux autres, la relation au corps et la perception de la réalité. Les paramètres fondamentaux impliqués dans la constitution du sujet sont ainsi compromis. Les repères corporels, identitaires, sociaux et culturels qui dans la vie ordinaire se présentent comme des évidences, se trouvent bouleversés. » (Rodriguez del Barrio, 1999 : iv).

La psychose se présente comme le signe de l'impossibilité de la personne de rester sujet de cette expérience et de ses actes, en raison de son épuisement psychique ou de sa construction « hors-du-monde-partagé » d'un délire<sup>15</sup>. Celle-ci devient objet de suspicion de l'entourage par l'étrangeté, la non-familiarité des comportements ou du discours : « (...) pensée et délire sont ainsi considérés comme des réactions à la perte d'évidence naturelle, mais ils viennent à leur tour consolider l'expérience d'extranéation » (Rodriguez del Barrio, 1999 : v), bousculant les repères essentiels pouvant donner sens au vécu de la personne en difficulté. La personne souffrante doit, non seulement composer avec ses tumultes intérieurs, mais également avec ses proches qui questionnent et s'inquiètent. Les liens internes autant qu'externes, le rapport à soi et le rapport aux autres, « ces fils ténus du sens » (Rodriguez del Barrio, 1999), sont atteints. Souffrance de l'étrangeté en soi et de l'étrangeté pour les autres.

« La folie est un terme qui est toujours défini par l'autre et jamais par soi-même, et c'est ce qui lie indiscutablement la folie et le social. (...) On peut dire que ce qui caractérise la folie, c'est la singularité qu'elle occasionne chez l'individu qui doit, pour faire partie intégrante de la société, éviter les dangers de la différence. » (Dorvil, 2001 : 625-626).

C'est du fait même de cette étrangeté qu'une personne est identifiée comme perturbée puis comme folle dans une société donnée : différence de la norme, déviance de son discours, bizarrerie de son comportement ou de son mode de vie.

« Ces troubles ont fait l'objet de recherches cliniques et fondamentales, qui en proposent une explication en termes de jeu interactif des neurotransmetteurs dans le cerveau, de stratification complexe des sables bitumineux de l'appareil psychique ou encore d'épaisseur des rapports de classes et de pouvoir impliquant les facteurs d'intégration sociale. Mais la maladie mentale est aussi une forme de perturbation discursive et comportementale qui se définit par l'écart à la norme et se trouve en contravention avec les règles de l'ordre social établi. De fait, le processus de catalogage et de diagnostic psychiatriques ne commence pas dans le bureau du psychiatre, mais au sein de la communauté d'appartenance, affirme une anthropologue (Scheper-

---

<sup>15</sup> Le délire du psychotique est défini par certains auteurs comme la construction d'un récit conférant sens à son expérience subjective. Voir Corin (1990) *Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. Culture, Medicine and Psychiatry* 14 : p.153-188; Kirmayer et Corin, (1997) *Inside Knowledge. Cultural constructions of insight in psychosis, Insight and Psychosis*, New York : Oxford University Press, p.193-220.

Hughes, 1987). (...) Autrement dit, en acceptant d'intervenir sur tous ceux que la communauté excluait, soit par intolérance, soit par nécessité, les médecins épousaient implicitement une définition non médicale de l'aliénation mentale. Les codes culturels utilisés pour évaluer l'anormalité d'une conduite constituent en fait la bible d'une collectivité donnée. (...) C'est pourquoi aussi le vocable maladie mentale ne constitue pas un fait brut, pur, objectif, mais un fait institutionnel daté historiquement (Foucault, 1971), une étiquette, une catégorie culturelle, une construction sociale, d'où l'expression personnes classées malades mentales.» (Dorvil, 2001 : 585-586).

Ces réalités ne sont pas exclusives des expériences psychotiques car ce qui caractérise précisément notre définition moderne des troubles mentaux, c'est l'incapacité du sujet à accéder par lui-même à l'intelligibilité de ce qui lui arrive et par conséquent à participer à ce qu'il en advient (Van Thuyne, 2002). Les silences autour de la dépression<sup>16</sup>, la honte entourant les problèmes d'anxiété ou de phobies, la déchéance ressentie d'un passage par la psychiatrie sont autant d'exemples de ces expériences personnelles et socio-culturelles douloureuses. Le poids de la souffrance psychique, l'isolement qu'elle entraîne s'ajoutent à la marginalisation sociale (Corin, Rodriguez del Barrio et Guay, 1996).

L'historien Foucault constatait la prégnance du fantasme de l'animalité dans la conception de la folie depuis l'Antiquité jusqu'aux Modernes, menace intime de l'humanité et élément de contre-nature mis en opposition à la sagesse et à la rationalité de l'homme alors que de nos jours, les théories psychologiques occidentales associent la folie à une régression, un arrêt du développement, une a-normalité dans le processus du développement (Cyrułnik, 1995). Les théories biomédicales en font des maladies d'origine génétique ou reliées à un dysfonctionnement bio-chimique neuronal. L'anthropologie associe également des éléments macroscopiques dans le développement des troubles mentaux :

« Mental health disorders now loom as a worldwide problem of enormous proportions tant cannot be dissociated from the highly complex macroscopic context of globalization that frames our life at the end of this millenium. » (Bibeau, 1997 : 11).

---

<sup>16</sup> Voir à ce sujet *Le journal d'un fou*. Réalisé par Mark Blandford, ce reportage traite de la dépression et l'expérience que l'auteur en a fait. Zone Libre, Radio-Canada, décembre 2002.

Ainsi historiquement et socialement, la manière dont on prend la parole sur la maladie ou la santé mentale, comme personne atteinte ou comme praticien, est influencée par le contexte relationnel et culturel de cette énonciation, que l'on soit dans son milieu de vie, dans une ressource alternative ou à l'hôpital même, autant de lieux où circulent des représentations sociales variées de la « folie » (Barrett, 1998; Van Thuyne, 2002).

Les problèmes de santé mentale sont donc indissociables du contexte dans lequel la personne qui les vit évolue :

« On ne peut comprendre ce qui arrive à des personnes qui ont vécu des crises et des expériences marquées par un sentiment d'étrangeté (comme le fait d'entendre des voix ou de se sentir envahi par la colère, la tristesse, un manque de désir de vivre, une excitation extrême...) sans tenir compte du contexte social, culturel et politique. » (Rodriguez del Barrio, Corin et Poirel, 2001 :203).

Avec cette première forme d'étrangeté associée au trouble psychique, une autre forme d'étrangeté est au rendez-vous dans l'intervention interculturelle en santé mentale. La langue, l'histoire, les appartenances ou l'univers de référence ne sont pas partagés par les deux personnes en présence. Les limites linguistiques sont parfois telles que l'on ne se comprend tout simplement pas. Les mots peuvent ne pas avoir le même sens, la pensée s'articule autrement et sur d'autres référents, les implicites ne fonctionnent plus, les valeurs et les priorités d'action peuvent différer (Gravel et Battaglini, 2000 ; Nathan, 2001). Les liens familiaux et sociaux ne sont pas les mêmes, les rituels non-partagés, les loyautés inconnues. Les affects et les émotions n'ont pas le même statut ni n'empruntent les mêmes voies de manifestation (Kirmayer, 1989, 1996 ; Dumouchel, 1998).

Les anthropologues ont longuement documenté les difficultés de compréhension de cultures étrangères en raison des risques colonialistes, impérialistes (Copans, 2002) ou ethnocentriques (Cohen-Emerique, 2000).

Au contact de quelqu'un d'une autre culture faisant l'expérience de la perturbation psychique, nous vivons l'expérience de double étrangeté. Non seulement nous ne partageons pas son expérience subjective quand son récit prend forme malgré les affects

douloureux ou les contraintes de son histoire (traumatisme, victimisations multiples, etc.), mais de plus, nous ne pouvons objectivement trouver, dans le dehors, les éléments familiaux, sociaux et culturels qui en étayeraient les fondements matériels, l'historicité de même que l'aspect vraisemblable. Les éléments idiosyncrasiques de l'expérience et les éléments collectifs du contexte dans lequel cette expérience subjective puise et trouve son sens ne sont plus accessibles d'emblée comme si l'on participait à cette communauté culturelle. Subsiste cependant cette impression également étrange que quelque chose en l'autre nous rejoint mais nous demeure insaisissable.

Être en contact avec cette double étrangeté chez l'autre et chez soi n'est pas sans créer des effets psychiques et sociaux.

## 2.2 Les effets psychiques et sociaux de la double étrangeté

Comme l'expérience des troubles mentaux se situe à l'intersection de l'expérience subjective et de la société dans laquelle elle se vit, celui qui s'en approche, parent ou aidant, ne manque jamais de se sentir profondément questionné, parfois interpellé dans ses propres fragilités personnelles.

« Tout homme « normal » porte en lui le germe de la folie, tout homme, sans exception, peut, à la seconde, basculer dans un autre monde. Mais une telle idée est tellement insupportable, tellement peu compatible avec la dignité des notables, que des étiquettes existent pour que l'on sache tout de même à qui l'on a affaire. » (Zarifan, 1998, cité dans Dorvil, 2001 : 626).

En situation d'étrangeté, les repères de compréhension et d'attribution de sens sont ébranlés et l'individu mis plus ou moins en déséquilibre par ce qui fait irruption dans le champ de sa conscience, dépassant l'intentionnalité du sujet :

« Le psychisme, pour fonctionner, établit des frontières, des lignes de partage, des catégories. (...) Le sentiment d'inquiétante étrangeté survient quand l'une ou plusieurs de ces frontières vacille, du fait qu'une représentation semble appartenir simultanément à deux catégories opposées faisant disparaître, du même coup, le locus de la frontière. » (Nathan [1986] 2001 :54)

Au-delà de l'impression fugace que quelque chose de bizarre s'est (se) produit, on arrive souvent difficilement à saisir ce qui a généré la perte de points de repères et ce qui, dans le discours ou le comportement de l'autre, nous fait plongé, l'espace d'un instant, dans un état inconfortable et parfois angoissant.

La psychanalyse s'est intéressée à cette question de l'étrangeté. Freud a décrit ce qui déclenche chez l'humain cette expérience de l'étrangeté, *l'inquiétante étrangeté*, nomme-t-il. Il a identifié ce qui est susceptible d'éveiller ce sentiment mêlé de doutes, d'incertitude et de flottement :

- l'impression de rencontrer son double (le bouleversement de la frontière passé/présent) ;
- l'impression de déjà vu (le bouleversement de la frontière conscient/inconscient) ;
- la confirmation de la toute-puissance de la pensée (le bouleversement de la frontière séparant le dedans (la psyché-le désir), du dehors (la réalité externe) ;
- la réapparition du refoulé (le bouleversement de la frontière séparant le moi de la représentation refoulée, qui en fait est une chose familière depuis toujours);
- la réapparition des morts (le bouleversement de la frontière séparant la représentation de l'objet vivant de la représentation de l'objet dont on a fait le deuil) (Nathan [1986] 2001).

Bien que l'on conçoive que l'étrange, le différent, provoque sur le plan de la gestion mentale la mise en place de mécanismes de résolution de problèmes pour sélectionner et organiser les connaissances (Martineau, 1999), l'étrangeté suscite des réactions émotionnelles et affectives chez qui en fait l'expérience :

« Mais l'étrangeté fait peur, elle déstabilise. Freud a évoqué la manière dont le sentiment d'inquiétante étrangeté qui s'impose parfois à nous face à des personnes, lieux, objets, paroles, tient son pouvoir de ce qu'il entre en résonance avec quelque chose en nous, en nous à notre insu, quelque chose que nous ne savions pas receler, quelque chose que nous tenons soigneusement à l'écart de notre représentation consciente de nous-même et du monde.» (Corin, 1998 :197).

Peur, déstabilisation, menace identitaire sont couramment évoquées comme des effets du contact avec l'étranger. Les travaux de Kaës en psychanalyse de groupe interculturelle ont permis de cerner la « souffrance de l'identité » générée par la situation d'interculturalité :

« Ainsi, dans une situation de groupe interculturel, la mise en présence simultanée de nombreux autres, dont l'étrangeté s'accroît du fait de la difficulté de l'accès à la signification en raison de la diversité des langages, provoque des mouvements régressifs plus ou moins profonds et des tentatives de retour aux états narcissiques primaires. Les effets qui en dérivent sont schématiquement de deux sortes :

- d'une part, une mobilisation des aspects les plus indifférenciés du psychisme de chaque sujet, avec pour conséquence l'établissement de liens synchrétiques ou fusionnels (par exemple d'urgence identificatoire, de reconstitution de l'unité duelle, etc.) ;
- d'autre part, un appui sur les formations psychiques plus différenciées et plus organisées, ce qui rend possible l'établissement de liens oppositifs et conflictuels.

(...) Tout ce qui en soi-même est et demeure étranger, inquiétant, menaçant et persécuteur et qui surgit au contact de l'autre, d'un ensemble d'autres, va se trouver projeté en partie sur l'autre ou sur cet ensemble, alors que l'idéalisation va élire ailleurs un objet protecteur, indestructible, inconditionnellement fiable et restaurateur de l'intégrité narcissique. » (Kaës, 1998 :50).

La rencontre interculturelle, selon Kaës, suscite chez les deux sujets soumis simultanément à l'étranger en soi et en dehors de soi des mouvements psychiques qui installent rapidement des mécanismes de défense contre l'angoisse menaçant l'identité même du sujet. La différence culturelle n'est pas limitée aux différences ethnoculturelles mais elle surgit dans tout lien. Elle est inhérente aux rapports humains différenciés fondamentalement selon le genre, la génération et les appartenances sociales et culturelles (Kaës, 1998). La souffrance qui résulte de cette expérience de l'étrangeté ne devrait pas pour autant occulter le plaisir de la découverte de l'autre en soi et le potentiel créateur de la rencontre de l'autre.

Les constatations de Kaës peuvent s'étendre à l'intervention duale si l'on considère que plus de deux personnes se trouvent réunies dans la dyade d'intervention du fait de leur

appartenance respective à un groupe social. La relation d'intervention s'inscrit ainsi comme rapport social et non comme rapport interpersonnel :

« S'il est vrai que les relations sociales sont vécues comme des échanges, on vit aussi dans un monde dans lequel d'autres se sont déjà parlés et dans lequel leurs interactions ont laissé des traces qui marqueront les interactions à venir. On peut se parler parce que d'autres se sont déjà parlés. Le langage, les modalités d'interaction et même les contenus de la communication relient chaque nouvelle interaction à celles qui l'ont précédée. (...) Les rapports sociaux expriment la matérialité, la réalité concrète du tissu social à partir duquel des individus peuvent établir des liens avec d'autres. » (Zuniga, 2001 : 30).

Différentes stratégies peuvent prendre place pour composer avec ce caractère étrange de la personne dont nous ne partageons pas les implicites culturels :

« Sur la scène sociale, deux positions apparemment opposées s'affrontent et convergent paradoxalement dans un même refus de l'étrangeté de l'autre dans son caractère questionnant et dérangent. La première tend à caractériser l'autre par sa position d'étranger, à l'y emprisonner sans tenir compte de ses mouvements d'affiliation et de distance, d'adhésion et de résistance, de la façon dont se transforment les représentations et les symboles, leurs rapports de contiguïté et de distance, leur poids relatif le long d'un parcours d'immigrant. (...) la seconde position consiste à dénier l'étrangeté de l'autre culturel en la qualifiant de non essentielle, d'accessoire par rapport à une mêmeté universelle qui transcenderait les différences apparentes. (...) En fait, cette dernière position revient généralement à donner à nos propres valeurs et façons d'être une portée universelle, à se les représenter comme essentiellement justes, bonnes et désirables (...). » (Corin, 1998 : 198-199).

L'angoisse plus ou moins consciente que peuvent ressentir les intervenants face à l'expérience de la double étrangeté, ne peut être assimilée essentiellement à un manque de connaissance, à des erreurs de jugement et encore moins à de la mauvaise foi. Au-delà de la peur, l'étrangeté suscite des affects intenses et souvent insoupçonnés, peu conformes à nos idéaux et nos modèles surmoïques, comme personne et comme intervenant. Elle fait partie du tableau complexe des situations interculturelles et ne s'y résume évidemment pas. Toutefois, il en va de la capacité des intervenants de composer avec cette angoisse et ainsi éviter de « confier » à l'arbitraire des mécanismes de défense la suite de l'intervention. Si l'inquiétante étrangeté est de l'ordre du ressenti, du vécu

intrapyschique, le vacillement des repères d'évaluation relève bien de l'ordre normatif tel que conçu dans notre société. Elle en est une matérialisation concrète.

### 2.3 Le vacillement des repères culturels d'évaluation et d'action

C'est dans une double perspective que se pose le problème de l'intervention en santé mentale des migrants puisqu'il s'agit de normes socio-culturelles, d'écarts de la norme et de rappels du groupe social dominant, au niveau de la maladie et au niveau de la manière d'être. L'étranger se conduit de façon étrange. Est-ce parce qu'il m'est « étranger » qu'il m'apparaît « étrange » ou parce qu'il est « étrange » qu'il m'est « étranger » ?

Confondre l'étranger et l'étrange est certainement un des malentendus les plus courants en situation interculturelle. La différence culturelle peut être assimilée à un trouble psychique et un trouble psychique confondu à une différence culturelle.

« ...en face du patient étranger, le risque consiste tant à interpréter le matériel culturel comme s'il était idiosyncrasique (...) que de l'interpréter en terme culturalistes : « C'est sa coutume, c'est sa tradition, etc. » Si la première position conduit à une incompréhension du malade, la position culturaliste mène à son rejet : de *l'autre* au *barbare*, il n'y a qu'un pas. » (Nathan, 1986, 2001 :45).

En fait, la personne présentant des perturbations psychiques graves, dans ses capacités relationnelles et dans son bien-être subjectif, pousse les intervenants à distinguer le lieu du conflit, le nœud du problème ainsi qu'à trouver un terrain d'entente avec elle sur ce problème et les actions à poser. Devant des souffrances psychiques ou même physiques, avant même de soigner, la manière de penser la personne devant nous dans sa souffrance singulière, avec son identité, son histoire, son réseau relationnel et la place qu'elle y occupe de même que le sens qu'elle donne aux choses et à ses difficultés, influencera notre contact avec elle (Corin, 1998).

Dans toute situation clinique, l'intervenant fait appel à un cadre pour penser cette souffrance vécue par l'autre, en raison de sa responsabilité à l'égard des personnes, de l'institution et également de lui-même : se rassurer de ne pas faire n'importe quoi. Ce

recours à des modèles-savoir peut avoir plusieurs fonctions, comme le formule Ellen Corin:

« ...un tel recours répond sans doute à la nécessité de se donner des repères dans un champ complexe et ambigu et de retrouver un sentiment de contrôle et de compétence pour résister aux risques de dérive toujours présent quand on travaille dans le domaine de la santé mentale, particulièrement quand on se veut proche des personnes et de leur souffrance. » (2000 :20).

On se référera aux valeurs, règles et normes faisant largement consensus dans notre société, y compris les valeurs de tolérance et d'ouverture.

Beaucoup de « mondes » sont conviés dans l'intervention avec les migrants. C'est là où le pluralisme des valeurs, la variabilité des normes de conduites, les expressions culturellement admises de la détresse et celles proscrites (Kirmayer et al., 1998) de même que l'étrangeté viennent démultiplier les repères. Les deux séries de paramètres habituels sont ébranlées. On peut se retrouver dans une posture similaire à celle du client : démuni, confus, ayant perdu ses repères et ses évidences. Les repères habituels de compréhension et d'action ne fonctionnent plus tout à fait, ceci pouvant mettre en péril les conditions mêmes de la rencontre et l'évolution de l'intervention.

Ces questions ne se posent évidemment pas qu'en psychiatrie puisque, quotidiennement, les intervenants en santé et dans les services psychosociaux font face à des variations culturelles à l'intérieur de ce qui est parfois perçu comme homogène dans la culture dominante.

#### 2.4 Du choc des idées ...

Cependant, et c'est ce qui m'intéresse dans cette recherche, le vacillement des repères occasionné par la double étrangeté peut inaugurer de nouvelles manières de comprendre et de faire dans les pratiques sociales. Du neuf, de l'inédit peut surgir de ces ébranlements, de ces espaces d'incertitudes. Le contexte social et organisationnel de la pratique constitue la matrice dans laquelle se maintiennent des pratiques faisant souvent

peu de place à l'altérité ; il est également le nid de changement. C'est cette subjectivité des acteurs et la possibilité qu'elle porte d'une rencontre intersubjective dans l'espace d'intervention qui apparaît le facteur le plus intéressant de changement des pratiques dans le contexte bureaucratique et technocratique actuel (Renaud, 1997). Ce mouvement de subjectivation me semble essentiel pour arriver à comprendre les difficultés marquées par la souffrance, mais aussi empreintes par toutes les autres choses que les clients communiquent dans l'espace de leurs entretiens avec les intervenants. De cette écoute peuvent émerger des nouvelles façons de voir et de faire, mieux adaptées aux exigences de la pluralité culturelle contemporaine.

Toutefois, la position même de l'intervenant face à ce qui constitue sa culture d'intervention me semble conditionner la possibilité de pratiques d'altérité et ainsi potentialiser l'espace créateur de la double étrangeté. Reconnaître le caractère construit de nos outils théoriques et méthodologiques ouvre sur la reconnaissance de la valeur des autres productions culturelles dans le champ thérapeutique.

## 2.5 Des manières de soigner en temps et lieux : maladies, problèmes et soins comme produits culturels et construits sociaux

Chaque culture élabore sa vision des choses, de soi, des autres et du monde, et la présente comme des évidences, des « allant de soi » permettant de faire une lecture rapide de la réalité. Ces évidences constituent des théories qui ordonnent les choses et structurent l'organisation mentale.

« L'observation la plus naïve exige un savoir ordonné dans une théorie. (...) Une perception sans théorie ne peut induire de représentations. C'est la théorie qui ordonne dans tous les sens du terme : elle donne forme parce qu'elle met de l'ordre en même temps qu'elle y contraint. » (Cyrulnik, 1993).

En donnant sens à la réalité, elles évitent perplexité, confusion et frayeur (Nathan, 1994). Ainsi en est-il de ce qui est vu comme une conduite bonne ou mauvaise, du désordre, de la maladie, de la déviance, de l'anormal. En définissant ses modèles de conduite et d'inconduite, les cultures en indiquent les formes d'expression et le traitement

(Devereux, 1967 ; Nathan, 1986 ; Kleinman, 1988; Gauchet, 1998 ; Habimana, Rousseau, Saucier et Streit, 2001).

« Il existe une continuité (...) entre les systèmes de signes et de sens et les systèmes d'action. (...) Lorsqu'un problème est reconnu en tant que problème, la manière dont on l'interprète influence la mesure dans laquelle on considère qu'il est souhaitable ou non de la traiter, et quelle personne est perçue comme la plus apte à le faire. (...) Si les facteurs socio-culturels influencent le recours aux services, on peut penser qu'ils influencent encore plus les réactions aux services reçus et qu'ils contribuent au succès ou à l'échec des diverses interventions. » (Corin, Bibeau et al., 1990 :49-50).

Si l'on est enclin à reconnaître promptement les manières de comprendre et de faire des immigrants comme des construits culturels parce qu'elles se présentent d'emblée sous l'angle de la différence, cette reconnaissance n'est pas aussi spontanée et claire pour les conceptions occidentales des choses. Ces conceptions sont présentées comme des énoncés théoriques et méthodologiques scientifiques à caractère naturel et universel. Ce biais ethnocentrique n'est pas réservé à la culture occidentale puisque chaque culture se conçoit comme possédant la vérité (Devereux, 1970). S'extraire de son cadre culturel demande un effort particulier pour lequel le contact avec d'autres cultures s'avère indispensable.

La première contrainte culturelle avec laquelle les intervenants nord-américains ont à composer est la conception dominante de la science, le positivisme scientifique. Celui-ci sert d'appui au paradigme biomédical. Cette conception moderne de la science postule l'objectivité de la science et du chercheur, écarte l'historicité, les rapports sociaux et la subjectivité des faits et des perceptions. Devant le pluralisme des valeurs, la multiplicité des représentations du réel et ses interprétations, il me semble pertinent de tenter d'envisager les savoirs thérapeutiques occidentaux comme les autres savoirs, c'est-à-dire comme une production émanant de la culture : « la culture étant un produit historique, toujours situé, daté et en transformation, qui fournit à un ensemble humain plus ou moins bien circonscrit des références communes relativement à la vision du monde, à la structuration du temps et de l'espace, et à la construction de l'identité des personnes. » (Bibeau, 1992).

Le modèle médical qui domine dans nos organisations est un des construits culturels dont les composantes sont caractéristiques de la culture occidentale contemporaine :

« la culture médicale nord-américaine se caractérise par cinq points : 1) le principe de rationalité scientifique, 2) les mesures objectives et les données physico-chimiques, 3) le postulat de la dichotomie corps/esprit, 4) l'existence de la maladie en tant qu'entité, 5) l'intervention axée sur la personne malade plutôt que sur la famille. » (Gravel et Battaglini, 2000 :59).

Si l'on peut envisager le savoir scientifique comme une production culturelle, il convient aussi d'en comprendre la construction sociale. La pathologie mentale n'y fait pas exception. En fait, comme je l'ai situé précédemment, la population joue un rôle actif dans l'identification des signes du comportement et du discours chez la personne perturbée, dans l'interprétation qui en est faite et dans l'orientation de l'individu déviant vers le système de soins. Elle contribue à la construction de la maladie mentale et à sa prise en charge. C'est dans ce processus d'identification sociale du malade et d'orientation vers le traitement perçu comme souhaitable qu'une personne qui s'écarte de la norme du groupe social devient graduellement un dérangé, un fou, un cas de santé mentale. La population et l'institution soignante définissent, légitiment et autorisent les conduites de « soins » qu'ils privilégient. Ainsi en est-il du rapport à l'institution psychiatrique :

« Dans l'imaginaire social, l'institution psychiatrique appartient à ces grandes institutions sociales qui, comme la police, l'armée, le système judiciaire, l'éducation, expriment à des degrés divers les valeurs d'une société, entretiennent les loyautés individuelles à l'égard de la norme collective, stigmatisent et rejettent l'individu opposé aux intérêts et aux normes du groupe légitime. Ce code collectif intériorisé revient également au niveau de la conversation, de l'humour, comme pour refléter sans cesse l'ordre des choses, les barrières à ne pas franchir. (...) L'hôpital joue clairement dans le milieu le rôle d'un panneau indicateur d'ordre moral. Il y a toujours une place qui attend celui qui s'écarte trop de la norme. » (Dorvil, 2001: 596-597).

Il ne faudrait cependant pas nier la directionnalité du rapport social dans cette construction collective puisque c'est bien l'institution médicale qui a éduquée progressivement la population à ses termes scientifiques, à ses maladies officielles, à ses codes, à ses procédures et à ses manières de faire, à ses prescriptions médicamenteuses,

thérapeutiques ou comportementales, et ce, avec la contribution des professionnels du champ, médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, éducateurs, auxiliaires, chercheurs, etc..

Cette lecture biomédicale par laquelle passe notre compréhension de la réalité complexe et multiforme des expériences personnelles touchant la santé mentale est en train d'occuper tout le terrain (Rodriguez del Barrio, 2000, cité dans Van Thuyne, 2002). Cela a contribué à vider graduellement les communautés des sens populaires de la maladie et des perturbations de tout un chacun, de leurs pratiques sociales et de soins face au corps étranger dans la communauté. Ces transformations culturelles sur les effets de la modernité et du développement de la science médicale sont largement documentées (Laplantine, 1986; Dorvil et Mayer, 2001). Si la domination du modèle médical apparaît contradictoire avec la dynamique même des communautés dans la construction de la maladie mentale, elle n'en est pas moins la manifestation la plus tangible de la pénétration de cette lecture dans les mentalités.

La perspective historique permet de mieux saisir les limites naturalistes et universelles dont se drapent les approches dominantes, dans toutes les cultures. Plusieurs changements socio-culturels sont survenus depuis une quarantaine d'années dans l'intervention en santé mentale en Occident. L'élargissement du champ de la santé mentale constitue un des changements majeurs : on est passé de la maladie mentale, dont la schizophrénie et la psychose constituaient les principales pathologies, pour maintenant inclure les différentes manifestations de la souffrance psychique que chacun peut éprouver au courant de sa vie.

« ...le domaine de ce qui peut être l'objet d'une intervention thérapeutique, médicamenteuse autant que psychothérapeutique, s'est démesurément étendu jusqu'à l'amélioration des performances de chacun. La notion parfaitement indéfinie de « mal-être » est aujourd'hui un champ majeur de préoccupation et d'action. (...) Ces transformations du paysage des pathologies mentales conduisent à penser qu'une véritable culture du malheur intime s'est instituée dans nos sociétés. Elle prend appui sur un langage à la fois savant et populaire permettant à chacun d'exprimer une souffrance, quelle qu'elle soit, et de formuler une demande de soin à des professionnels forts hétérogènes. » (Ehrenberg et Lovell, 2001 :16-17).

Si elle peut sembler se « démocratiser », la pathologie mentale n'a rien perdu cependant de ses effets d'incompréhension, d'exclusion et de honte. En fait, le développement des médicaments psychotropes peut certainement plus expliquer cette extension du champ d'intervention (Cohen, 1996). Par ailleurs, on assiste à des reconfigurations du social et des problèmes sociaux comme la pauvreté, l'itinérance, la violence ou l'isolement à l'intérieur du champ de la santé mentale (Ehrenberg et Lovell, 2001). Ces changements de configuration ne sont pas sans répercussions sur les pratiques des intervenants et sur les usagers, créant un enchevêtrement entre les domaines d'intervention psychiatrique et sociale. La confusion entre ces champs est d'autant plus grande que le traitement de ces troubles est passé sous le registre médical en raison de la conception biomédicale dominante des troubles de santé mentale.

Parmi les autres construits culturels qui se posent de plus en plus comme des évidences incontournables se trouve le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). D'abord conçu comme outil d'évaluation diagnostic permettant de développer un langage commun dans la communauté psychiatrique, le DSM et ses versions subséquentes ont suscité de vives critiques. En effet, le DSM offre certes la possibilité d'identifier rapidement la pathologie et d'orienter le traitement. Cependant, cette manière de faire réduit la complexité de l'expérience du patient et élimine les éléments de son contexte de vie et de son histoire qui dépassent les critères diagnostics convenus (Ehrenberg et Lovell, 2001 ; Van Thuyne, 2002). L'expérience même de la personne s'en trouve modifiée puisque la narrativité de celle-ci se transforme au cours du processus de psychiatrisation (Barrett, 1998). Cela restreint également les éléments sur lesquels se construit le jugement clinique. Cet outil diagnostic a également comme effet de diminuer l'importance de la clinique au profit d'un système-expert (Ehrenberg et Lovell, 2001). Enfin, le DSM est organisé à partir de la liste des symptômes ayant fait l'objet de consensus entre les différentes orientations théoriques et cliniques conflictuelles<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Il faut savoir que le DSM est réécrit à partir des travaux de comités au sein duquel les différentes orientations théoriques et politiques s'affrontent. Le retrait de l'homosexualité ou de l'hystérie féminine comme maladies mentales sont des exemples des luttes qui se déroulent au sein de ces comités. De même, l'ajout d'une partie portant sur l'évaluation culturelle en psychiatrie est un résultat du Committee on Cultural Psychiatry, Group for the Advancement of Psychiatry (Gap, 2002).

(Ehrenberg et Lovell, 2001). Mais ces dynamiques sont occultées sous l'apparence des consensus médicaux. De plus, le DSM n'en reflète pas moins les conceptions occidento-centrées du normal et du pathologique bien qu'il soit présenté sous une facture universelle et neutre :

«...the classification of psychiatric disorders also reflects largely American and European concepts of psychopathology based on implicit cultural conceptions of normality and deviance. The study of the cultural construction of psychiatric diagnosis thus provides an essential corrective to the unwarranted generalization of ethnocentric theory and practice. » (Kirmayer, 1989:327).

Par ailleurs, les théories du développement de l'enfant sur lesquelles se basent nombre de jugements cliniques ont connu également depuis plus de cinquante ans des changements importants. Elles demeurent très influencées par les conceptions occidentales dominantes et ne sont pas exemptes d'idéologie (Kagan, 2000 ; Nathan, 2000). Pourtant, des recherches en pédopsychiatrie sont venues élargir le paysage clinique :

« Les cliniciens ont tendance à considérer que l'interaction mère-enfant est un objet absolu que l'on observe et que l'on modifie de manière neutre voire universelle. (...) L'interaction parents-enfants n'existe pas hors d'un système interactif généralisé, le système culturel d'appartenance des parents. » (Moro, 1994 :200).

La lecture des interactions parents-enfants se complexifie en contexte migratoire et fait intervenir, en plus du système d'origine d'appartenance des parents, le processus d'acculturation des membres de la famille (Sterlin, 1990 cité dans Gravel et Battaglini, 2000 ; Moro, 1994). Le contexte pluriculturel demande donc des modifications des paramètres d'analyse, incluant dans le dialogue avec les patients, la diversité des théories explicatives des troubles présentés par un individu ou une famille dans les différentes aires linguistiques du monde.

« Les théories auxquelles nous ont habitué les psychothérapies dynamiques partent du postulat que tous les enfants sont semblables, psychologiquement du moins, qu'ils traversent les mêmes stades de développement, doivent surmonter le même type de difficultés, subir le même type d'angoisse même si c'est à des degrés divers, puisque leur nature est identique. Les théories africaines, au contraire, construisent des natures d'enfants spécifiques et

tentent de saisir les ressorts des modalités d'action susceptibles d'agir sur eux. De ce fait, les thérapeutes formés à l'une ou l'autre théories ne portent pas attention aux mêmes faits. » (Nathan, 2000 : 7).

L'histoire critique des théories occidentales ne saurait pour autant justifier que l'on s'en départît, que l'on tombe dans le relativisme culturel, ou encore que l'on s'installât dans une vision dichotomique mettant les théories occidentales contre les théories non-occidentales. Cependant, en reconnaissant leur caractère construit, la compréhension des situations prend le risque de s'élargir, de s'approfondir et l'on peut alors tenter un dialogue dans une médiation tenant compte de tous les acteurs en présence.

S'il existe une universalité, c'est que chaque culture se donne des manières de comprendre et d'appréhender le réel.

## 2.6 La multiplicité des repères d'évaluation et d'action

Les différentes civilisations n'ont pas attendu ni la médecine occidentale ni la psychiatrie, fût-elle transculturelle, pour soigner leurs malades, tant dans les pays de l'Ancien monde que dans les pays du Nouveau monde. Les maladies mentales, bien qu'on les connaisse d'abord à travers la lecture nord-américaine que l'on en fait, ne sont pas exclusives aux pays occidentaux. Ainsi, face aux difficultés comme la maladie, l'inconnu, les conflits, le malheur ou la mort, toutes les cultures se sont données des systèmes de sens permettant de concevoir, d'exprimer et de répondre aux aléas de l'existence et, ainsi, d'alléger la souffrance humaine.

Des méthodes de soins cohérentes à ces cosmogonies ont été mises au point afin de rétablir l'équilibre perdu, d'enrayer le mal, bref de guérir. De façon très pragmatique et le plus souvent efficace, différentes méthodes de soins ont été inventées par les groupes humains : pharmacopée, rituels de réparation, de médiation ou de protection, pratiques autour de la possession, fabrication d'objets thérapeutiques, rassemblements de prières, etc. Dans les communautés, des personnes sont désignées puis initiées aux savoirs accumulés par les générations précédentes, pour soigner. Ces savoirs thérapeutiques, objets de soins

et manières de les administrer, ont largement fait usage des éléments naturels (plantes, animaux, sels, terre, astres, phénomènes météorologiques, etc.) disponibles dans l'environnement ainsi que d'éléments surnaturels, organisés sous formes de récits mythiques où des êtres héroïques et divins réalisent des actions destructrices ou salvatrices, etc. Ces récits, et leurs théories sous-jacentes sur l'origine du mal et de la guérison, ont servi, si j'ose dire, « à lier la sauce », expliquant les comportements humains et les vicissitudes de l'existence. Le plus souvent, des personnages d'un ordre transcendant à qui l'on reconnaissait des pouvoirs à même de mobiliser le potentiel de changement, d'espoir et de continuité des humains prenaient place dans ces interprétations du désordre.

« Les hommes ont toujours aimé raconter des histoires. (...) Les mythes expliquent et justifient le monde et définissent la place des humains dans la création. (...) [les] mythes sont parfois relégués au rang de superstitions ou d'histoires pour la veillée, mais, même dans ce cas, jamais ils ne perdent leur puissance spécifique, car les mythologies renferment toute la poésie et la passion dont est capable l'esprit humain. (...) L'une des fonctions du mythe consiste à glorifier l'ambiguïté et la contradiction. » (Philip, 1999 :6).

Ces systèmes vivants évoluent et se transforment eux-mêmes tout comme ils contribuent à façonner les êtres. Ils ont leurs logiques, leurs modalités d'intervention, leurs techniques et leurs représentants, dans les sociétés occidentales comme orientales, du nord comme du sud (Dufresne, Dumont et Martin, 1985 ; Laplantine, 1986; Bibeau et al., 1992 ; Nathan, 1994 ; 2001).

Ce serait une erreur bien moderne de croire que ces récits mythiques appartiennent à un autre âge et ne sont plus du tout conservés et transmis. Cette erreur s'enracine davantage dans le traitement que la rationalité et l'individualisation ont fait subir à nos mythes et consensus collectifs en Occident (Gauchet, 1998; Freitag, 1999 ; Hentsch, 2002). Dans les sociétés modernes contemporaines, les personnes sont soumises individuellement à trouver réponse aux difficultés quotidiennes comme aux grandes questions existentielles ou aux drames qui les déchirent. On commence à voir les conséquences en clinique des manques de repères culturels intériorisés sur lesquels prennent appui les activités de transformation psychique et les tentatives d'élaboration de la souffrance des personnes en

déséquilibre. L'utilisation des mythes et contes peut être utile pour rétablir la fonction d'étayage dans la thérapie:

« Une des sources de la souffrance psychique contemporaine réside précisément dans la difficulté de mobiliser l'activité et les formations du préconscient. C'est pourquoi dans le travail thérapeutique les récits de contes ou de mythes accomplissent cette fonction de fournir aux sujets des matrices de représentations sur lesquelles peut prendre appui la représentation de leurs propres conflits inconscients. » (Kaës, 1998 :84).

L'individualisme caractéristique des sociétés occidentales influence les formes d'aide disponibles et peut heurter d'autres manières de faire. Ainsi, dans les consultations traditionnelles non-occidentales, il est rare que les consultations se fassent en dyade, le patient prenant bien soin de convoquer des témoins pour parler de ce qui lui arrive et assister à l'entreprise de guérison (Nathan et Stengers, 1995).

Le statut du soignant varie également. Alors que dans notre société, on tend à voir l'intervenant comme étant une personne vouée au bien d'autrui, comme le lui indique les valeurs de sa profession, les thérapeutes n'ont pas tous ce statut nimbé de bien :

« Dois-je rappeler que partout dans le monde, les systèmes culturels ont choisi d'attribuer au thérapeute un statut ambigu, mi-sauveur, mi-sorcier. J'y vois deux raisons essentielles. D'abord, la reconnaissance réelle de son activité, s'il est capable de sauver, il peut aussi détruire. (...) Ensuite, et surtout, l'obligation de penser l'activité thérapeutique à partir de l'intentionnalité du thérapeute. » (Nathan, 1994 :29).

La migration des personnes et des groupes culturels vient complexifier les questions qui se posent autour des conceptions de la maladie, des problèmes et des interventions à faire. L'accès à des ressources thérapeutiques – une fois que l'on a quitté le pays – est une réalité concrète des populations migrantes. La connaissance des représentations du désordre et du mal qui circulent habituellement au pays et qui continuent d'évoluer et de se transformer peut être entravée par des défauts de transmission. Un fossé se creuse entre les générations. Les représentations entre les membres des familles restés au pays et ceux qui ont émigré se différencient. Les communications plus faciles entre les différentes régions du monde transforment graduellement les questions de la transmission

et de l'efficacité de ces pratiques en évolution constante. Ce sont ces problèmes qui se posent pour les immigrants dans leur quête de mieux-être, dont celui fondamental de la légitimité et la légitimation dans la société d'accueil, tant pour l'immédiate que pour les générations suivantes, d'autres manières de penser et de faire.

## 2.7 Les pratiques en recomposition en situation migratoire

Les pratiques de soins et les références de sens issues des traditions culturelles sont en recomposition en contexte migratoire. Des groupes utilisent des références culturelles communes dans leur communauté d'appartenance. Cependant, les communautés font face aux défis de la transmission générationnelle et à leur utilisation dans la société d'accueil, tant en terme de légitimité que d'accès.

Il fut démontré que dans la communauté hindoue de Montréal, on a pu conserver davantage les rituels et les lieux de rencontre. Des personnes significatives continuent d'être désignées par les communautés. En situation familiale ou conjugale problématique, ou même lorsqu'il s'agit de maladie physique, la voie spirituelle reste la première référence (Das et Bibeau, 1998). Les Musulmans se sont donnés également des lieux de rencontre et de transmission aux enfants de leur culture (Daher, 1999 ; Bibeau, 2002). Par contre, les jeunes Haïtiens de Montréal ont très peu reçu des connaissances des autres générations au niveau thérapeutique comme l'usage des feuilles et autres pharmacopées et des pratiques spirituelles (Das et Perrault, 1997). Cela ne signifie pas que des pratiques de soins ne prennent pas d'autres formes<sup>18</sup> ni ne se métissent (Bibeau et Corin, 1999).

La spiritualité ou la croyance religieuse apparaît pour les personnes de diverses origines ethnoculturelles une dimension pouvant favoriser leur bien-être. Elle est une référence loin d'être marginale chez nombre d'immigrants. En effet, près de 75% des immigrants récents, notamment ceux d'origine haïtienne, hispanique et maghrébine, considèrent que

---

<sup>18</sup> Dans le quartier St-Michel, on peut dénombrer au moins 35 églises d'orientation baptiste, pentecôtiste, évangélistes ou protestantes, principalement fréquentées par les membres des communautés minoritaires.

la vie spirituelle est très ou assez importante, comparativement à 62% des Québécois (Lacombe, Pica et Clarkson, 2002 : 324). Environ 47% croient que leur vie spirituelle a un effet positif dans une large mesure (beaucoup) sur leur santé, comparativement à 33% pour l'ensemble du Québec. Ceux-ci se disent également plus satisfaits de leur vie que ceux qui n'accordent pas d'importance à la vie spirituelle (idem : 328). Des variations marquées apparaissent chez les répondants d'origine chinoise dont 57% se déclarent sans appartenance religieuse.

Actuellement à Montréal, des gens de diverses origines se donnent des espaces et des temps de rituels remplissant toutes les fonctions d'une religion :

« Les églises syncrétiques mélangeant les religions africaines et chrétiennes sont elles aussi très populaires auprès des populations originaires d'Afrique et des Antilles, ce que des recherches en cours auprès des Eglises noires de Montréal confirment chaque jour davantage. Les fonctions traditionnelles de la religion que les sociologues, psychologues et anthropologues ont traditionnellement mises en évidence semblent continuer à s'imposer : assigner un sens à la souffrance et à la mort ; assurer un fondement à la morale ; proposer une transcendance ; intégrer les personnes dans un groupe.» (Bibeau, 2003 :128).

Évidemment, on ne peut restreindre les ressources de soins aux pratiques religieuses. Il s'agit plutôt d'entrevoir ces dernières comme un lieu de sens et de liens sociaux qui peuvent être sollicités en situation de détresse. Ainsi, les pratiques « traditionnelles », recomposées en contexte pluraliste, pour peu qu'elles soient disponibles et légitimées par le groupe social, restent des références de soutien et d'appartenance communautaire pouvant contribuer au bien-être des individus et des familles (Rousseau, 2000). Des groupes homoethniques peuvent aussi avoir des effets négatifs s'ils restreignent les libertés de leurs membres, s'ils encouragent des pratiques nuisibles aux intérêts de certains sous-groupes comme les femmes et les enfants ou, s'ils tendent à isoler du reste de la société d'accueil. Ils peuvent valoriser le repli communautaire au détriment de la participation citoyenne des individus se reconnaissant de cette identité culturelle (Daher, 1999; Bibeau, 2002).

Les institutions sont aussi mises au défi de tenir compte des valeurs des professionnels issus d'autres cultures mais formés dans les écoles occidentales.

« Pour un psychologue béninois, par exemple, discuter des thérapies pratiquées au sein des rituels vaudous, c'est aussi parler d'une religion qu'il respecte et parfois continue à pratiquer; de même, pour un psychologue musulman, resté croyant- et ils sont nombreux, tant au Maghreb qu'au Moyen-Orient-, aborder les pratiques thérapeutiques islamiques, c'est aussi entrer dans l'analyse de ce que, simultanément, il respecte et honore. Cette position l'obligeant à combiner respect, pratique et analyse soumet le clinicien à des obligations riches de promesses; » (Nathan, 2001 :78).

Les pratiques culturelles s'inscrivent à l'intérieur des rapports sociaux dans la société québécoise actuelle, au-delà des discours intégrateurs et inclusifs :

« Étant donné que, sur le plan social, comme souligne Kalpana Das (1988), la société occidentale nord-américaine en général fonctionne dans le contexte de hiérarchie de cultures plutôt que d'égalité entre cultures, ce qui permettrait la reconnaissance des différences, il existe une relation de verticalité entre les communautés culturelles, relation qui se traduit par une stratification qui place au sommet la culture dominante normative. La population ethnoculturelle perçoit la culture dominante et les personnes qui la représentent comme dominatrices et oppressives plutôt que comme simplement différentes. » (Mvilongo, 2001 :391).

Ces rapports sociaux se matérialisent dans la position de domination de la culture professionnelle dans les services de santé et de services sociaux sur les pratiques « folk populaires » et communautaires des groupes de différentes cultures établies au Québec (Das, 1996). Ainsi, dans les faits, le recours à des pratiques culturelles spécifiques se heurte à des pratiques qui en limitent d'autant la circulation et la reconnaissance. Les savoirs traditionnels des groupes culturels (folk populaires, avec ses experts traditionnels, ses réseaux d'entraide et ses lieux communautaires) sont dominés par les savoirs professionnels et le modèle médical occidental a le haut du pavé. Les ressources intermédiaires et communautaires, contrôlées et organisées par la logique professionnelle, y sont également subordonnées. Enfin, tout en bas de la pyramide des soins et des pratiques d'aide, se trouvent les pratiques des cultures –folk – populaires, avec ses experts traditionnels, ses réseaux d'entraide et ses lieux communautaires. Il va sans dire

que ceux situés au sommet de la pyramide ont peu intérêt pour ces ressources culturelles dévalorisées dans le libre marché des services (Das, 1996).

Cette domination pose la question des possibilités d'un réel partenariat en contexte pluriethnique entre les savoirs et les pratiques reliées à la culture scientifique, d'une part et les savoirs et pratiques culturels alternatifs, d'autre part (Das, 1996).

Dans un rapport d'intervention où le porteur de culture semble seulement l'aidé, il apparaît paradoxal de le couper des savoirs traditionnels communautaires et des référents signifiants de son identité culturelle (Das, 1996, cité dans Gravel et Battaglini, 2000). Sans nier la complexification identitaire chez les personnes immigrantes en raison précisément du processus migratoire et des enjeux de leur établissement au pays, des éléments de la culture d'origine peuvent constituer des points de référence, des repères sur lesquels s'appuyer pour arriver à comprendre et composer avec les nouvelles réalités. Pour la personne malade, la référence à une ressource issue de sa tradition culturelle ou qui s'en inspire, doit tenir compte de ces mouvements dynamiques dans le parcours d'une vie.

On constate que des tensions et des incompréhensions teintent les requêtes de soins des immigrants dans la société québécoise. Tous les conflits ne se réduisent évidemment pas à des conflits interculturels. Mais la tentation est grande d'homogénéiser les pratiques occidentales en santé mentale afin de polariser les inconforts générés par la situation d'interculturalité et ainsi occulter les conflits de pouvoir déjà présents dans le champ de la santé mentale.

## 2.8 Les pratiques québécoises en santé mentale : un champ conflictuel

La société québécoise est traversée par des tendances diverses dans le champ de la santé mentale, tant dans les définitions et les explications des psychopathologies que dans les pratiques de soin. Bien que la médecine déploie son hégémonie, les manières de concevoir les problèmes de santé mentale et de soigner au Québec sont loin de faire

l'unanimité parmi les chercheurs et les praticiens médicaux et psychosociaux, en dépit d'un discours se présentant comme univoque. Ainsi, dans la réalité concrète, les choses sont quelque peu différentes et beaucoup plus complexes. Cette complexité peut être illustrée par l'importance des ressources alternatives et communautaires de même que par la diversité d'approches et de professionnels oeuvrant dans le champ de la santé mentale. Les dynamiques qui en résultent en font « un champ marqué par des rapports d'autorité et de pouvoir. » (Corin, 2000 :12).

La Politique québécoise de santé mentale insiste sur la primauté et la centralité des personnes vivant des problèmes de santé mentale dans les préoccupations de tous les acteurs concernés. Les actions des intervenants doivent s'organiser autour des besoins de ces personnes, de leur milieu de vie et de leurs proches. Corin, Rodriguez Del Barrio et Guay (1996) ont cependant clairement mis en évidence les rapports de conflictualité et de complémentarité qui se jouent entre les ressources psychiatriques et les ressources alternatives en santé mentale au Québec. Ces ressources apparaissent traversées par différentes positions quant à la place de la personne, sa prise de parole et l'exercice de son pouvoir (Van Thuyne, 2002). L'emploi massif en psychiatrie de médication dans le traitement des troubles psychiques fait l'objet de nombreuses critiques (Cohen, 1996 ; Rodriguez del Barrio et al., 2001) de même que la place qu'occupent les professionnels des différentes ressources dans la définition des besoins et services. L'évaluation de l'efficacité sert de lieu de cristallisation des arguments, efficacité dont on occulte très souvent les règles normatives et prescriptives.

Il peut y avoir tendance, par l'un ou l'autre acteur du champ, à catégoriser et qualifier rigidement les expériences, les expertises ou les modèles, appauvrissant du coup la richesse, la réflexion et le potentiel de dépassement dans des espaces déjà marqués par la souffrance psychique et les tentatives toujours mouvantes des personnes perturbées de rester sujet de leur expérience subjective (Corin, 2000). Par exemple, dans le cadre de l'évaluation d'un protocole d'intervention auprès des enfants dont un parent est hospitalisé en psychiatrie, lorsque l'hôpital réfère à d'autres organismes en raison d'une psychopathologie particulière (alcoolisme, déviance, etc.), « les références émanant de la

psychiatrie sont souvent refusées car le réseau des services considère le milieu psychiatrique avec un certain dédain ou parfois comme autosuffisant. » (Boily, 1999 : 20).

Ceci étant, le champ des pratiques en santé mentale au Québec n'en demeure pas moins dominé par le paradigme biomédical.

« ...en Amérique du Nord, le traitement pharmacologique s'est inscrit de plus en plus dans une approche essentiellement biomédicale des problèmes de santé mentale. Il tend à s'imposer comme la seule hypothèse valide concernant la genèse des symptômes et la façon de les traiter ; les autres perspectives se trouvent dès lors réduites à un rôle de soutien. Sur le plan des connaissances, ce mouvement représente une rupture avec les conceptions psychosociales et anthropologiques de la santé mentale. » (Rodriguez del Barrio, Corin et Poirel, 2001 : 202).

S'il existe un ordre hiérarchique entre les institutions et les divers organismes oeuvrant en santé mentale (Gagné, 1996), il en existe également un à l'intérieur de la pratique hospitalo-psychiatrique, domaine habituellement réservé aux initiés, soit à titre de praticien, soit à titre de malade (Barrett, 1998).

Selon Barrett, psychiatre et anthropologue qui a mené sa recherche sur le milieu psychiatrique dans un hôpital occidental, dans les dynamiques de pouvoir, d'alliance et de conflit qui circulent entre les professionnels dans les équipes psychiatriques, chacun des acteurs se garde un morceau de la personne à éclairer en propre pour ainsi construire le malade et sa maladie. Ces regards disciplinaires se présentent complémentaires les uns des autres dans la reconstruction de la personne globale et sont organisés autour du discours psychiatrique. « L'hégémonie de la psychiatrie s'opère en englobant l'équipe pluridisciplinaire et en la marquant du sceau de son identité particulière. » (Barrett, 1998 : 102). L'interdisciplinarité organise la vision multidimensionnelle de la construction des cas.

« ...la métaphore de la « construction » (...) ne réfère pas à la fabrication ou la falsification, parce que ce qui est construit est irrémédiablement réel (Berger et Luckman, 1967). Elle porte l'idée que l'hôpital prend une personne et construit des couches d'évaluations cliniques et de définitions

professionnelles sur elle et autour d'elle, jusqu'à ce que cette personne soit devenue un cas. Elle rappelle aussi son antonyme, la « déconstruction », et (...) dans le processus de fabrication d'un cas, les cliniciens morcellent la personne en plusieurs composantes ou segments et désarticulent ces segments l'un de l'autre pour les examiner de plus près. » (Barrett, 1998 :56).

Ainsi, les infirmières réclament la vérité sur ce que sont réellement les patients, du fait de leur proximité et du temps passé auprès d'eux, sur la base de leurs observations quotidiennes de leurs allées et venues. Les travailleurs sociaux, en position intermédiaire entre le psychiatre et le personnel infirmier, intermédiaires entre l'Etat et les patients, sont associés au contexte. Leur connaissance de la dynamique des familles, de l'environnement du patient et des ressources, valorise les travailleurs sociaux dans l'équipe en raison de leur capacité à faciliter la sortie des patients de l'hôpital. Les psychologues et les psychiatres sont en lutte pour la définition du cas et le traitement, lutte marquée par le style dominant de la psychiatrie que les psychologues contestent. Ce qui caractérise le psychiatre est précisément le pouvoir de nommer la maladie, de distinguer ce qui appartient à la personnalité et ce qui relève des manifestations d'une pathologie proprement dite. Le psychiatre s'occupe de chercher le secret des choses par la connaissance en profondeur du cas, de coordonner le traitement à partir des points de vue de l'équipe multidisciplinaire, tout en maintenant une certaine distance envers le cas et envers le quotidien de l'institution psychiatrique.

La maladie et son évolution sont nommées en terme de progrès (ou de non progrès), celui-ci étant défini par l'absence de symptômes, l'acceptation de la maladie et la participation du patient à son traitement, le tout défini dans le cadre normatif de la psychiatrie. L'étude de Clément sur les décisions de la Commission des Affaires sociales dans les révisions de cure fermée allait dans le même sens (2001). La sortie de l'hôpital en représente un indicateur majeur. Cette sortie est possible uniquement après que la personne a été « reconstruite » comme sujet malade et consentant.

« Un cas est plus qu'un simple exemple de maladie, c'est une façon de construire un individu. Quand celui-ci est réduit à un dossier, c'est qu'un certain cadre de travail temporel est invoqué. L'individu est modelé sous forme d'« histoire d'un cas ». Il devient une histoire en évolution qui commence par une configuration génétique et se poursuit à chaque stade de la

vie - gestation, période néonatale, enfance, adolescence, âge adulte - culminant dans l'apparition de la maladie mentale.» (Barrett, 1998 :29).

Dans une institution où le cœur de l'activité est de conférer un sens à des manifestations hors du sens commun et d'en contrôler l'expansion ou les effets négatifs, la division de la personne en champs d'expertise et la dynamique conflictuelle qui en résulte tend à évacuer la possibilité de construire le sujet au-delà de la question de la discipline. Elle influence le rapport des intervenants aux patients qui à leur tour sont touchés. Ceux-ci participent à ces échanges de savoirs, mais graduellement, leur discours sur ce qu'ils vivent se profile sur le contexte de leur prise de parole et la relation qu'ils ont avec les professionnels en psychiatrie (Barrett, 1998 ; Van Thuyne, 2002). Les patients ainsi reconstruits sont en décalage avec la lecture de la réalité qu'ils ont d'eux-mêmes. « Quand les patients apprennent, au cours de leur traitement qu'ils souffrent de la schizophrénie, leur expérience de la maladie et d'eux-mêmes s'en trouve transformée.» (Barrett, 1998 :19). Alors qu'à une certaine étape de ce processus, on s'était employé à distinguer la personne et sa maladie, une fois l'évaluation complétée « les patients apprennent qu'ils ont une maladie devenue synonyme d'eux-mêmes. » (Barrett, 1998 :156). La représentation de soi qui est maintenant « autorisée » doit intégrer le diagnostic psychiatrique et le traitement.

Si l'on peut comprendre comment se jouent certaines facettes des pratiques en santé mentale et leurs effets sur les personnes atteintes de troubles mentaux, on ne peut ignorer certaines tendances sociétales qui déterminent, jusqu'à un certain point, l'ensemble des pratiques dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois.

En effet, le quotidien des intervenants s'est trouvé progressivement mais profondément marqué par l'instrumentalisation progressive du rapport d'intervention défini à l'intérieur de programmes de gestion populationnelle, de procédures et fortement techniciste. D'une manière globale, l'organisation technocratique croissante des services de santé et des services sociaux au Québec influence les rapports d'aide avec les personnes en difficulté dans le sens d'une standardisation accrue des interventions, le développement de pratiques uniformisantes et d'une domination basée sur l'objectivisme technologique et la

raison instrumentale (Renaud, 1997). En se cantonnant ainsi dans une vision univoque des phénomènes, nécessairement réductrice de la complexité du monde, on en arrive à des décisions dites cliniques ou pour le « bien », mais fortement sinon essentiellement déterminées par des impératifs de l'ordre de la gestion : pragmatisme et efficacité<sup>19</sup> (Renaud, 1997: 143). Ces tendances lourdes, structurellement mises en place, contribuent à complexifier l'objectivation inhérente à l'intervention qu'elle soit médicale, sociale, psychologique ou dans les interventions en contexte d'autorité (Sheriff, 2000).

Grâce aux sciences sociales, à la psychologie, aux sciences économiques, à l'ingénierie et même à la médecine, les organisations ont été dirigées vers de plus en plus de rationalité, de structuration, de planification, avec des objectifs mesurables à atteindre, des calculs de résultats, avec tout le vocabulaire associé : efficience, priorisation, développement stratégique, gestion du rendement, économies d'échelle, souplesse et adaptabilité, plan de service individualisé, etc. jusqu'aux tendances bureaucratiques et technocratiques que l'on connaît actuellement. Ce qui fait qu'actuellement, « la primauté de la rationalité instrumentale a atteint une sorte de démesure » (Renaud, 1997 :140), marquant profondément les orientations des interventions que ce soit en CLSC ou dans l'intervention sociale en général. « (...) les vieilles frontières jadis élevées par la rationalité, la science et la raison d'Etat se sont en réalité largement affaissées dans nos sociétés qui sont, sans doute pour cette raison même, de plus en plus balisées par des lois, (sur)gérées et (sur)bureaucratisées. » (Bibeau, 2003 :126).

Les gouvernements, les entreprises privées de même que les grandes organisations syndicales ou les associations professionnelles sont atteints de « structurite aigue », passant d'un modèle organisationnel à un autre, toujours les uns plus prometteurs que les

---

<sup>19</sup> \*Le sens de *pragmatisme* et d'*efficacité*, dans ce contexte, réfère à la recherche de résultats à court terme, immédiats et pas nécessairement fondés sur les besoins ou les attentes de la personne en souffrance mais sur les besoins de l'organisation ou les impératifs de la gestion. Sur le plan thérapeutique, ces tendances s'opposent aux approches cliniques qui font une place à la subjectivité des personnes et à leur itinéraire d'aide. Pratiques de sens, pratiques d'accompagnement, soutien à des revendications sociales rentrent mal dans les critères comptables de l'efficience et du management organisationnel. Au Québec, les termes *pragmatisme* et *efficacité* se sont trouvés enfermés dans le vocabulaire de la gestion néolibérale, en appauvrissant le sens.

autres, au gré des dernières découvertes. Ces multiples changements affectent le climat des organisations et le vécu des travailleurs exposés à des situations problématiques majeures, par la nature même de leurs fonctions. La gauche n'est pas au-dessus de ces tendances de fond :

« A trop vouloir être efficace, en prise directe sur l'ordre des choses, la gauche risque de s'enliser dans un cadre étroitement gestionnaire. Il lui faut apprendre à être attentive à la poésie du monde afin de redonner un sens à son idéal de justice. Il lui faut être attentive à la beauté du monde. (...) L'idéalisme semble devenu un péché que même la gauche n'ose plus commettre. » (Pichette, 2001 : 18).

D'autre part, la pluralité culturelle a évolué et a entraîné des effets sur les choix d'immigration, les politiques sociales, etc. Cependant, les politiques québécoises ont évolué dans le sens d'une « gestion de la diversité » centrée sur l'intégration au noyau québécois, dans le sens de l'universalisme républicain.

« Au cours des années '90, le discours se déplace vers des principes de convergence civique au détriment de ceux de différences culturelles. (...) Ce sont maintenant les questions de participation et d'égalité qui retiennent l'attention plutôt que les questions relatives à la culture. » (Gravel et Battagliani, 2000 : 33).

La tendance républicaine, prenant la citoyenneté comme axe central, tout en tenant un discours officiel sur le respect des différences et la richesse culturelle des immigrants, implique la participation des nouveaux Québécois à un contrat social et à l'observance de ses lois. Le Québec ne cesse de se débattre dans ces questions. Toutefois, s'il en était un, le projet politique censé unifier le tissu social vers le devenir d'une société réellement pluraliste se trouve pris dans la pensée néo-libérale centrée sur la gestion de l'Etat, l'effacement des débats politiques au profit des questions administratives et juridiques propres à laisser place au libre-marché économique, caractéristiques du néo-libéralisme.

Enfin, l'anthropologue Gilles Bibeau pose le contexte international dans lequel interviennent les interactions sociales, même derrière les portes closes d'un bureau de consultation. Il met en évidence que l'économie du capital et des biens passe la main à l'économie du savoir, celle-ci réorganisant les rapports de pouvoir les uns sur les autres et

redéfinissant, peut-être en les superposant, les rapports de classe. Cette économie du savoir contribue donc à modeler, orienter, diriger ce qui peut se dire dans une société donnée et ce qui reste marginal ou carrément tu. Ainsi décrit-il le contexte global dans lequel se passe ces échanges pourtant pensés comme privés, intimes:

« What generate hierarchy and diversity in complex societies is more often knowledge than capital : the division of knowledge is therefore made more important than class divisions or more accurately, class divisions are filtered through the distribution of knowledge. (...) Restrictive rules of all sorts, insist Hannerz, are set up in all societies for controlling the flow of meanings, and these restrictions are attached to goods, services and media. (...) Technocrats, specialists (social workers, lawyers, financial advisers, career consultants, psychologists) and professionals have become the key characters in contemporary expertise-saturated societies in which individuals are largely deprived of their popular knowledge and submitted to experts who impose on them invasive rules that a society may invent. Complex contemporary societies appear, therefore, to be controlled by professionals and, in a large sense, by intellectuals who are trained persons of knowledge. » (Bibeau, 1997 : 21).

Ainsi, la circulation des savoirs est déterminée par des canaux spécifiques de communication définis et empruntés par des experts en tout genre aux dépens des savoirs non-homologués, empêchant même la prise de parole sur l'expérience singulière de ceux qui en sont exclus. Les « expertise-saturated societies » sont peut-être en train de créer elles-mêmes des résistances à de nouveaux apports théoriques pouvant éclairer les réalités complexes contemporaines. Cette hypothèse mérite d'être soulevée et éventuellement étudiée.

Un ensemble d'influences culturelles traverse donc les organisations de services dans lesquelles vivent et agissent les intervenants. Les changements nécessités par la diversité culturelle interviennent sur cette scène sociale marquée par les rapports de pouvoir. Les praticiens sont soumis à des pressions standardisantes et lénifiantes alors que les nouvelles réalités des problèmes psychiques et sociaux apportés par les immigrants créent des opportunités de garder les pratiques ouvertes, réflexives et créatrices.

Du fait de la complexité des situations, des actions à mettre en place et des choix qui se présentent, les intervenants se trouvent face à des décisions difficiles à prendre. Ils sont quotidiennement aux prises avec des dilemmes éthiques. Encore faut-il accepter de considérer leurs incertitudes ou même leurs audaces comme relevant de l'éthique plutôt que de l'ordre de la gestion ou pire encore, de la compétence des uns et des autres.

## 2.9 Les enjeux éthiques dans l'intervention en santé mentale auprès des immigrants

Le fait de considérer les manières de concevoir un problème et les traitements, y compris les psychothérapies, comme une production culturelle d'un groupe donné entraîne deux conséquences pour ces manières de voir et d'agir :

« (...) elles ont une histoire, s'inscrivent dans cette histoire et se doivent donc de connaître leurs antécédents. Ensuite, elles obligent ceux qui les pratiquent à un questionnement éthique : s'adressant à des individus, le psychothérapeute se trouve à l'articulation de l'intime et du collectif, du sujet et de la société, dont les intérêts et les projets ne concordent pas toujours. » (Moro et Lachal, 1996 : 7).

L'intervention auprès des familles immigrantes soulève pour les intervenants, quels que soient leurs milieux de pratique, des défis majeurs de compréhension qui font appel à différentes considérations éthiques. Ils doivent parfois prendre des décisions qui ont d'énormes conséquences immédiates autant qu'imprévisibles à long terme sur l'avenir des enfants et des familles. Les enjeux de l'espace thérapeutique les concernent à multiples égards et l'interprétation qu'ils feront des actes, paroles et comportements tout autant que des omissions des patients et leurs familles a toute la possibilité de soutenir une rencontre ou au contraire d'exacerber des tensions entre la majorité et les minorités.

Dans la mesure où les deux acteurs de l'intervention ne réfèrent pas aux mêmes systèmes explicatifs, relationnels et thérapeutiques, le potentiel de conflits est omniprésent. Poser ainsi les choses situe l'évaluation en santé mentale comme un geste politique où les rapports d'autorité et de domination ne sont pas exclus :

Qu'on ne se méprenne pas, le pouvoir qui existe dans la relation entre le patient et le guérisseur, traditionnel ou moderne, est sans nul doute un des éléments nécessaires au processus thérapeutique, à la capacité d'influence (Nathan, 1994). Le pouvoir représente alors l'autorité, un certain ordre moral, la sagesse des anciens, le savoir des érudits, l'expérience de celui qui a vécu. (...) Dans le cas du migrant qui s'adresse aux services de santé du pays hôte, le rapport de forces est facilement démultiplié : il fait face, d'une part, à la position dominante de sujets nord-américains, de race blanche et de classe moyenne qui fonde les valeurs et les croyances de l'institution médicale officielle et, d'autre part, au mandat de « normalisation » sociale, décrit par Foucault, dont est porteuse la psychiatrie, qui confère à ses représentants le droit/devoir de juger de la normalité d'une situation, d'une personne, d'une famille. (Rousseau, 1998 :22)

Les représentations de la société, les conceptions de la «vie bonne», des «bonnes manières de faire» et des problèmes sociaux sont véhiculées de façon implicite par l'intervenant dans son rapport d'aide avec la personne qui se présente à elle dans un moment de vie où, souvent, vulnérabilité, confusion et angoisse s'entremêlent, et pas seulement chez le patient chez qui on l'attribue d'emblée. Les questions interculturelles viennent interroger les acteurs du champ d'intervention en santé mentale et souligner une fois de plus le rapport à la différence dans notre société qui demeure central quand on s'interroge sur l'équilibre mental d'un individu. Elles interpellent non seulement le client dans le cabinet médical ou dans la salle de consultation mais aussi l'intervenant, sa position morale, sa responsabilité éthique et la société qui le mandate. L'intervention en santé mentale tient-elle essentiellement compte de l'éthique normative, consécutive d'une vision de la société définie par des normes d'un fonctionnement social pré-établi ? Ne doit-on pas rétablir des débats entre les systèmes éthiques découlant de d'autres visions de la société?

« Reconnaître les différences, se libérer de la peur qu'elles suscitent et les accepter comme source d'enrichissement et de dépassement sont des conditions fondamentales pour gérer de façon constructive les conflits qui traversent inévitablement une société en devenir. (...) Tout compte fait, il s'agit d'une question d'éthique et de politique. » (Jouthe et al., 1993 :70).

Dans des situations inédites et incertaines, des décisions doivent tout de même être prises et des actions posées. Elles nécessitent de mettre en commun les conflits suscités par la différence, d'interroger les finalités des actions à envisager et d'évaluer les stratégies à

mettre en place dans les interactions conflictuelles à venir. Alors que beaucoup de points de repères se trouvent ébranlés et multipliés par la complexité et la singularité des expériences vécues, le travail avec les personnes et les familles migrantes vient réactiver la réflexivité, j'oserai dire, obliger ce nécessaire rapport critique et subjectif à la réalité. Ré-ouvrir les catégories toutes faites pour permettre l'écoute réelle du singulier, de l'inattendu et la négociation, à partir de ce qui émerge, de solutions acceptables pour les acteurs concernés, en premier lieu les personnes en difficulté. Un réel dialogue éthique est requis :

« Le dialogue, comme compétence éthique, repose sur une ouverture à la différence, ce que Paul Ricoeur (1990) nomme le souci de soi, le souci de chacun et le souci d'autrui. Le dialogue entre pairs favorise l'actualisation de ce souci par la reconnaissance des limites de l'expertise professionnelle, la reconnaissance de l'expertise que possède chaque personne lorsqu'il s'agit de ses expériences, le partage de cette expertise, ainsi que la capacité de prendre en considération de multiples perspectives face à une situation conflictuelle donnée. L'implication de personnes de formations différentes, souvent issues d'équipes multidisciplinaires, aidera l'intervenant à se reconnaître comme porteur d'une vision du monde qui s'inscrit dans un contexte social, culturel et institutionnel particulier. » (Patenaude, 2002 :69).

La tendance à la spécialisation des savoirs et au contrôle de la circulation des savoirs et des significations se fait au détriment des savoirs populaires, des savoirs issus de l'expérience quotidienne de la maladie mentale et des savoirs traditionnels transmis de générations en générations, dans les différentes cultures. Cette spécialisation crée des « vides de sens » pour ceux qui ne reconnaissent pas leur expérience dans les formulations expertes, scientifiques, rationnelles et objectives. Elle entraîne l'exclusion des personnes ou des groupes qui valorisent une autre compréhension des troubles psychiques au profit d'un idéal normatif implicite :

« Vouloir à tout prix forcer les gens dans un idéal de la personne autonome, autocontenue, autopsédée, capable d'agir et d'interagir dans le monde en toute indépendance, relève davantage de la reproduction d'un stéréotype culturel européen que de la fourniture de soins. » (Barrett, 1998 :319).

Pourtant, chaque groupe culturel, dans sa quête pour subsister, crée et propose des points de vue particuliers.

« Each of the national traditions of cultural psychiatry and associated models of care has something to teach us; one nation's strength is another's limitation. Any response to cultural diversity will necessarily be partial of political, social and institutional constraints on the health care system. Ideally, culturally responsive care should include attention to language, racism and social inequalities, the meanings of cultural tradition and ethnic identity, and the role of other cultural systems of knowledge and healing in understanding and treating mental health problems. » (Kirmayer, Rousseau et Santhanam, 2002 : 8).

Autant de points de vue pourraient enrichir notre compréhension du monde et des rapports humains. Ils pourraient augmenter les savoirs-faire auprès des personnes et des familles ébranlées par la maladie mentale, par les rechutes et par les incertitudes face à l'avenir. L'hégémonie d'un savoir sur les autres, ce savoir s'inscrivant comme la vérité sur le réel, entraîne la perte de la diversité culturelle dans le champ thérapeutique et, ce faisant, appauvrit notre rapport au monde. L'échange, et l'enrichissement qui en advient inévitablement, est sacrifié et fragilise la possibilité même du vivre ensemble :

« Comment peut-on en effet demander à des individus d'accepter des valeurs, des attitudes, des comportements de membres d'une autre communauté, à partir de règles sociales élargies qu'on veut rendre communes, sans demander en même temps aux membres de l'autre communauté de faire la même chose? Sans réciprocité, pas de socialisation! » (Bibeau, 2001)<sup>20</sup>.

Le risque de perdre de vue l'essentiel est tout aussi réel : la souffrance des personnes, la détresse de leurs proches, leurs désirs, leurs besoins et leurs limites, leurs requêtes d'un contact humain compréhensif et supportant, leurs ressources et leur pouvoir de changement. Le sens premier du mot « clinique » qui est tiré du mot grec *klinein* qui signifie « se pencher », « s'incliner » et « tendre l'oreille pour mieux entendre », (...) évoque donc d'emblée l'idée de proximité, de présence et d'écoute » (Bibeau, 2003 : 138). Le terme « thérapie dérive originellement de *therapeuein* : « prendre soin de », « servir »...être le serviteur, l'écuyer : servir Dieu à l'origine, puis prendre soin d'un malade. »(...) ainsi, à l'origine la thérapie ne renverrait pas à une position de maîtrise ou de science mais à une attitude de service, à une allégeance à l'autre. » (Corin, 1996 : 13).

---

<sup>20</sup> Lettre ouverte parue dans *Le Devoir* par Gilles Bibeau. *On ne vient pas au monde raciste... Vraiment?* Montréal, 20 mars 2001.

Se rappeler les lointains fondements philosophiques des pratiques d'intervention contemporaines me semble ici bien pertinent.

#### 2.10 La rencontre comme espace d'intersubjectivation : hypothèses de la recherche

L'intervention auprès d'immigrants est faite de situations problématiques d'une grande complexité, à la jonction des mondes en tension entre modernité et post-modernité, entre tradition et modernité, dans le contexte global de la mondialisation et de la créolisation des cultures. Le monde du dedans est fait de blessures parfois difficiles à dire dans le monde incertain de la migration, blessures parfois inscrites depuis bien avant les voyages mais qui sont exacerbées par les déracinements et les exigences d'adaptation. La manière d'appréhender ces réalités multiples peut s'avérer déterminante de la suite de l'intervention pour la personne qui demande de l'aide.

Le champ d'intervention en santé mentale des migrants est traversé des mêmes rapports sociaux qui se jouent dans la société québécoise, avec ses différents acteurs et leurs positions respectives. Dans la perspective que j'adopte, le contexte des pratiques ne peut pas être considéré uniquement comme une toile de fond du discours des intervenants en CLSC auprès des personnes migrantes. Il participe de la définition du rapport des intervenants aux « clients ». Histoire autant qu'actualité, il constitue la matrice de sens dans laquelle se déploient les discours et les pratiques des intervenants et dans laquelle sont reçus les paroles et les actions des personnes et des familles qui consultent.

C'est dans ce véritable champ de bataille, scène sociale du mal et de sa guérison (Zempleni, 1987), que se passe l'intervention où deux ou plusieurs cultures sont en présence, incarnées par chacun des sujets de cet échange. Loin d'être neutre, elle comporte à la fois la demande de la personne ou de la famille requerrant l'aide, le mandat de l'institution, les lois du pays et les valeurs qui font consensus collectivement<sup>21</sup> de

---

<sup>21</sup> A cet égard, les professionnels sont encadrés au Québec par des Ordres professionnels dont l'Etat a charge de reconnaître légalement la définition des actes, les valeurs promues et les critères de reconnaissance de ses membres, et sanctionner ceux qui s'en écartent, dans un but de protection du public.

même que les théories et les idéologies plus ou moins voilées qui ont cours dans la société.

Cependant, dans l'ombre des grandes tendances que j'ai esquissé brièvement, un mouvement de subjectivation inhérent à l'idée même de la modernité est à se redéployer dans la pratique sociale, comme espace de re-définition du sujet.

Le mouvement de subjectivation implique une distanciation du système, position plus à la marge de la culture dominante. La distance face aux instrumentalisation et aux impératifs utilitaires des systèmes prend à la fois figure de quête de sens et de quête d'identité individuelle, souvent sous forme de crise identitaire chez l'individu (et donc chez l'intervenant), si caractéristique de notre époque (Le Breton, 1991 ; Bernier, 1994; Renaud, 1997; Gauchet, 1998). Alors que l'on peut chercher à se distancer et ainsi tenter une ressaisie de son expérience en fonction de valeurs significatives, individuellement et collectivement, et en fonction d'une histoire à même de redonner sens à son agir, l'on se heurte à la vision réductrice de la quête de sens comme quête narcissique d'autoréalisation de soi, ou de la consommation de biens et de services. Apparaît la double contrainte de sa quête de sens : être individué, retrouver sa liberté de penser et de s'interroger sur le réel qui l'entoure et le construit et, dans un même temps, travailler à déconstruire les représentations dominantes de la réalité et y aménager des alternatives, non sans risquer l'exclusion du système qui se présente le seul fournisseur de sens et d'identité dans nos sociétés contemporaines (Aubert, 1996).

L'intervention en matière de santé et de services sociaux, bien qu'elle constitue une condensation des rapports sociaux, apparaît tout de même comme un espace d'intersubjectivation entre deux personnes que l'on ne peut réduire à leurs rôles sociaux et aux prescriptions instrumentales des systèmes dans lesquels elles évoluent. Le désir de l'intervenant de donner sens à ses actions subsiste et semble même se redéfinir en cohérence avec sa réémergence comme sujet agissant. Renaud identifie dans les pratiques des intervenants des résistances à la rationalisation du social et à l'instrumentalisation des rapports d'aide :

« C'est ainsi que réapparaît aujourd'hui la question du sujet et que se redessine la tension constitutive de la modernité. En effet, s'il est aisément admis que la modernité inaugure un mouvement de rationalisation du monde (...), il est moins fréquent de la définir comme double en ce qu'elle inaugure également un mouvement de subjectivation (i.e. un appel à la liberté et à la responsabilité des individus dans la construction du monde). Ainsi, tandis que la rationalisation procède à la mise en place d'organisations dépersonnalisantes et objectivantes qui broient l'identité pour la refaçonner en fonction de leurs propres besoins de développement et déforment ainsi le sens de l'expérience pour la réduire aux critères de l'objectivité, la subjectivation se présente comme la tentative de l'acteur de construire le sens de ses pratiques. » (Renaud, 1997 :148-149).

La revalorisation du travail clinique illustre cette distanciation de la logique des systèmes, celui-ci devenant un espace de subjectivation, de co-construction du sens au cœur même du lien social:

« A l'encontre de l'objectivisme technologique dont l'efficacité attendue relève de la déconstruction du sujet soumis à un processus de dépersonnalisation par l'établissement d'une relation formelle standardisée (technique), le travail clinique puise son efficacité dans le mouvement de construction symbolique inauguré par la rencontre de deux sujets. Et tandis que la procédure technique occulte cette rencontre pour éviter toute subjectivité et se protéger de toute angoisse et de tout arbitraire, la perspective clinique assume, pour mieux s'en distancier, cette angoisse et cet arbitraire constitutifs de la condition humaine. » (Renaud, 1997 : 156).

Dans l'intervention en santé mentale auprès des immigrants, le défi est de taille : alors que l'on peut être ébranlé par la double étrangeté de la problématique psychiatrique et de la différence culturelle, il s'agit de permettre que la parole et les actes des personnes vivant des expériences hors du commun retrouvent une cohérence perdue parfois depuis l'exil, parfois sur plusieurs générations.

Une telle perspective permet de dépasser une compréhension de la situation problème centrée exclusivement sur le client. Elle resitue le sujet dans son historicité, lui autorise ses appartenances sociales et culturelles, reconnaît la généalogie de son vécu, de même que son individualité de s'y repositionner. Elle laisse entrevoir une rencontre comme espace où deux acteurs prennent le risque de la parole échangée, adressée, une parole porteuse de mille et une choses pour soi et pour le monde, une pratique d'altérité.

Les soins ou les manières de faire pour arriver à un mieux-être sont un lieu où s'exprime la diversité culturelle. Dans les pratiques de santé comme dans l'intervention psychosociale, à la fois, chacun est héritier de son histoire et observateur de nouveautés et d'inédits, libre de définir sa vision des choses. Le rapport d'intervention dont la visée et le processus apparaissent d'un mouvement de subjectivation constitue une réelle rencontre, à la fois inspirée de la sensibilité des acteurs, de leur subjectivité, et espace de médiation des réalités personnelles, sociales et anthropologiques des immigrants.

Ainsi en va-t-il des pratiques sociales contemporaines. Des intervenants sont à dégager des chemins de traverse<sup>22</sup> dans les procédures institutionnelles. Ils définissent dans le quotidien de nouvelles pratiques d'altérité. Ils osent dire les choses autrement parce qu'elles se vivent autrement. Ma réflexion et les différentes connaissances à ce jour m'amènent à formuler les hypothèses de recherche suivantes :

- 1) la pluriculturalité en intervention en santé mentale vient ébranler les certitudes des intervenants et constitue, par la double étrangeté qui la traverse, une opportunité de re-subjectivation de l'intervention dans le contexte socio-culturel québécois;
- 2) la position qu'adopte l'intervenant face aux contraintes culturelles et institutionnelles influence le rapport d'aide et détermine la possibilité d'une rencontre d'intervention comme pratique d'altérité.

La perspective ethnopsychiatrique dessine les enjeux d'un espace transitionnel traversé par la double étrangeté des personnes d'une autre culture atteintes de troubles mentaux.

J'explique dans le prochain chapitre la contribution de l'ethnopsychiatrie à la compréhension de la rencontre.

---

<sup>22</sup> \*On dit au Québec un chemin de traverse d'une petite route, peu fréquentée sinon par les habitués, qui est soit un raccourci, soit une route offrant un environnement plus agréable, comme par exemple dans la forêt, sur le bord d'une rivière ou à travers les champs. Habituellement, le chemin de traverse, comme le nom l'indique, traverse plusieurs terres appartenant à divers propriétaires. A moins de bon voisinage, les chemins de traverse deviennent des points de conflits entre voisins et sont empruntés à vos risques.

## **CHAPITRE 3**

### **LA CONTRIBUTION DE L'ETHNOPSCHIATRIE À LA COMPRÉHENSION DE LA RENCONTRE**

J'ai pour objectif de décrire et de comprendre le sens des pratiques en CLSC auprès d'individus et de familles de diverses origines culturelles qui ont vécu la migration et aux prises avec des problèmes de santé mentale. Aussi, je me suis inspirée dans mon cadre d'analyse de concepts offerts par l'ethnopsychiatrie. La perspective ethnopsychiatrice s'emploie à penser les complexités en situation interculturelle et les articuler aux exigences des sociétés pluralistes contemporaines. Elle permet notamment d'aborder les réactions des intervenants confrontés dans leur quotidien aux manifestations de troubles psychiques chez des personnes de diverses appartenances culturelles, ce que j'ai appelé « la double étrangeté » dans l'intervention. Après avoir brièvement situé le développement historique de l'ethnopsychiatrie au Québec, je présente cette perspective théorico-clinique : son épistémologie, ses principaux concepts et son utilité dans la présente recherche sur la rencontre d'intervention.

#### **3.1 Le contexte d'émergence de l'ethnopsychiatrie au Québec**

Il m'apparaît important de distinguer le contexte historique qui a prévalu à l'émergence de l'ethnopsychiatrie au Québec du contexte français où l'ethnopsychiatrie a d'abord pris racine. En fait, l'ethnopsychiatrie en France crée depuis vingt ans non seulement des remous, mais de réels affrontements dans les milieux de la prise en charge psychiatrique et psychologique. Une profonde remise en question a été provoquée par le paradigme de l'ethnopsychiatrie dans la conception des problèmes psychiques et leur traitement, en confrontation avec la psychanalyse qui marque fortement le paysage thérapeutique français. L'ethnopsychiatrie considère que l'histoire culturelle et collective des patients reste trop souvent inexplorée dans le processus thérapeutique, au profit des rapports intrafamiliaux précoces et de l'organisation intrapsychique qui en résulte :

« Du fait de l'hégémonie d'une conception exclusivement "intrapSYchique" de la psychologie humaine, les événements collectifs et les événements réels (leur nature ainsi que leur impact) étaient devenus de réels "laissés pour compte" de la psychologie clinique. Il restait toujours un "angle mort", une part de leur histoire qui n'était pas prise en compte dans leur parcours thérapeutique. Cet angle mort concernait leur histoire collective, concernait l'articulation de leur histoire singulière avec celle de leurs mondes, celle de leurs groupes, celle de leur culture. » (Sironi, 2002 : 4).

Les débats politiques et sociaux sur l'immigration et sur l'intégration des étrangers en France ne sont pas sans avoir contribué à l'exacerbation de tensions que les conflits souvent passionnés et idéologiques dans le champ thérapeutique ont cristallisé. Néanmoins, c'est au colonialisme d'une certaine pratique thérapeutique -qui prétend être capable de bien faire partout à sa manière – que Tobie Nathan, figure de proue de l'ethnopsychiatrie en France, a répondu :

« En d'autres mots, psychiatrie et psychanalyse tentent de s'inscrire dans le procès général de mondialisation en proposant des produits estampillés du label « certifié rationnel », « certifié universel » - avec la conviction que les usagers préféreront ces produits « modernes » à leurs vieilleries. Ma proposition théorique générale se situe à l'opposé. Devant le constat de la mondialisation, elle propose de nouvelles bases théoriques s'interdisant de disqualifier les psychopathologies locales, se proposant de mettre en valeur les implicites théoriques de ces pratiques et de montrer qu'elles peuvent fournir, elles aussi- et non pas elle seulement!- des solutions à des problèmes techniques rencontrés en tous lieux par les thérapeutes. Elle propose des dispositifs et des constructions théoriques qui permettent d'envisager un monde commun où cohabiteraient psychiatries, lieux de soin religieux et guérisseurs. En cela, l'ethnopsychiatrie (...) est une méthodologie de la modernité en train de se construire- une méthodologie en sympathie avec les pratiques des acteurs et notamment des usagers qui n'hésitent jamais à circuler entre les différents lieux de soins disponibles. » (Nathan, 2000 : 18).

Le contexte québécois est autre. Si la psychanalyse a pu être accusée de vouloir prendre tout l'espace de pensée chez les thérapeutes français, on doit cette domination à l'approche psychiatrique d'orientation biomédicale en Amérique comme j'en ai fait mention dans le chapitre précédent. Dans ce contexte, la psychanalyse, et d'autres approches psychothérapeutiques, sont considérées comme étant une alternative à la technocratisation des services d'aide aux personnes, aux familles et aux communautés

dans les organisations de services de santé et de services sociaux, ayant un potentiel pour le renouvellement des pratiques d'accompagnement au Québec. D'après Renaud,

« En effet, si le système pousse bien à la rationalisation et réduit, en conséquence, le travail de l'intervenant à l'objectivisme technologique et à la reproduction d'une intervention standardisée dans le cadre de programmes de gestion des populations et des ressources, cet intervenant peut également être animé par le mouvement de subjectivation qui conduit forcément à la recherche d'une autre manière de définir la personne, le problème et l'intervention à opérer. (...) A cet égard, la perspective clinique (...) m'apparaît comme une des voies à privilégier si l'on entend consolider le mouvement de subjectivation. » (Renaud, 1997 : 152).

L'ethnopsychiatrie québécoise prend appui sur la critique des réponses instrumentales, des tendances bureaucratiques et des modèles d'intervention standardisés faisant peu de cas de ce qui se présente « en excès, en trop » dans le discours des personnes aidées :

« La question à laquelle confronte une clinique de l'étranger est celle à laquelle se voit confrontée toute démarche clinique : comment entendre l'autre autrement qu'à travers ce que nous penserions déjà en savoir à partir de ce que nous sommes, des choix théoriques qui nous habitent, des passions qui nous hantent? (...) Il s'agirait alors de s'appuyer sur l'altérité de l'autre pour déstabiliser ce que nous croyons assuré et nous ouvrir à notre position nécessaire d'étranger dans la cure et à l'étrangeté en nous. Il s'agit aussi de permettre à l'autre de creuser son étrangeté face à sa culture, en même temps qu'il s'y resitue. » (Corin, 1998 : 203).

L'ethnopsychiatrie québécoise, si elle s'inspire de l'ethnopsychiatrie française, est également enrichie du fort courant de recherches et de pratiques cliniques de la psychiatrie sociale et culturelle (Corin, 1997) qui s'est surtout développée dans les milieux universitaires anglocanadiens et américains. L'ethnopsychiatrie québécoise est donc le produit spécifique de cette société francophone d'Amérique. Cependant, les fondements originaux de l'ethnopsychiatrie, théorique et clinique, demeurent. C'est ce que la prochaine partie présente.

### 3.2 Épistémologie, concepts et application de l'ethnopsychiatrie

L'intervention en contexte multiethnique impose des considérations épistémologiques en raison des questions d'ethnocentrisme, de relativisme, de pouvoir et de responsabilité du savoir scientifique face aux populations à qui elle s'adresse. La recherche doit inévitablement en tenir compte. En reconnaissant que toutes les personnes ne sont pas socialisées selon les mêmes logiques culturelles, face à de nouveaux faits cliniques ou à des impasses thérapeutiques avec les modèles occidentaux, des cliniciens ont été contraints d'envisager différemment la compréhension et le traitement des troubles psychiques. Pour cela, il a fallu repenser le processus de production de la connaissance. C'est ce que Georges Devereux a fait en proposant une autre épistémologie à partir de son expérience de cure avec des patients d'une autre culture que la sienne. L'ethnopsychiatrie fait du départage entre le normal et le pathologique dans les diverses cultures son objet d'étude (Devereux, 1970).

#### 3.2.1 La proposition épistémologique et méthodologique de l'ethnopsychiatrie

Deux *a priori* ont été formulés par Georges Devereux, ethnologue et psychanalyste d'origine hongro-américaine : l'universalité du psychisme humain et l'universalité de la culture (Devereux, 1970). En fait, tout être humain a un appareil à penser, à rêver, à imaginer et à se représenter le monde, soi et les autres. Cette structure mobilise ses agirs, conscients et inconscients. Il organise également ses défenses face aux pulsions et aux stimuli externes trop intenses. C'est ce que Freud a appelé la psyché. De plus, tout être humain naît dans une culture donnée, culture qui le façonne et qu'il façonnera à son tour. Dès les premières perceptions sensorielles que le bébé éprouve, immergé dans la langue qu'on lui parle, dans les gestes d'affection, de soins et d'éducation qu'on lui prodigue, l'enfant est appelé à devenir semblable aux représentations d'un enfant que le système d'appartenance de sa famille conçoit comme allant de soi. L'enfant apprend à voir le monde d'abord à travers les lunettes du groupe familial et social. On lui fournit des codes pour comprendre le monde extérieur, pour savoir comment y vivre et rencontrer les autres

humains de sa culture ou de d'autres cultures. Par la langue qu'il acquiert, il s'affilie à son groupe d'appartenance. L'individu universel n'existe pas. On ne peut pas dissocier la structuration psychique de la structuration culturelle. Tels sont les *a priori* de l'ethnopsychiatrie. J'y reviendrai un peu plus loin.

L'ethnopsychiatrie complémentariste a proposé une rupture épistémologique majeure dans les sciences du comportement : la réintroduction de l'observateur dans la production de la connaissance, l'obligation d'utiliser plusieurs disciplines pour rendre compte d'un même phénomène et la mise en relation du matériel individuel et collectif. Cette position épistémologique rompt radicalement avec la science positiviste qui considère l'observateur comme un obstacle à neutraliser dans l'intervention afin d'atteindre une plus grande objectivité et obtenir la crédibilité scientifique. Ainsi, on tient compte que l'observateur induit une perturbation dans la situation observée et que ce qui est observé passe par le prisme déformant de l'inconscient de l'observateur. Ainsi Devereux précise-t-il,

« Une science du comportement qui soit scientifique doit commencer par l'examen de la matrice complexe des significations dans lesquelles prennent racine toutes les données utiles (Devereux, 1957a) et par la spécification des moyens susceptibles de donner au chercheur l'accès à un aussi grand nombre possible de ces significations, ou de lui permettre de les tirer au clair. La seconde étape consiste en l'étude de l'engagement personnel du savant dans son matériau et des déformations de la réalité qui résultent de ses réactions de contre-transferts puisque le plus grand obstacle à la création d'une science du comportement qui soit scientifique est le fait, mal exploité, que le chercheur est émotionnellement impliqué dans son matériau, auquel il s'identifie ; ce qui, en dernière analyse, rend l'angoisse inévitable. La troisième étape consiste en l'analyse de la nature et du lieu de partition entre le sujet et l'observateur. La quatrième étape, (...) est d'accepter et d'exploiter la subjectivité de l'observateur, d'accepter le fait que sa présence influence le cours de l'événement observé (...) En termes très simples, il est toujours utile de chercher à savoir exactement ce qu'on est réellement en train de faire. » (Devereux, 1967 : 29-30).

La méthode du complémentarisme, soit l'utilisation obligatoire mais non simultanée de deux disciplines, la psychanalyse quant au contenu intrapsychique, et l'anthropologie quant au contenu collectif et culturel, permet de reconstituer ce que Devereux a appelé la

matrice complexe des significations. On peut ainsi, par cette méthode, replacer les énoncés du patient sur le désordre, leur étiologie et les comportements observés dans leur contexte. Ces deux disciplines ont été posées par le père du complémentarisme comme métathéories permettant de comprendre le fonctionnement humain. Sur le plan épistémologique, on peut situer, tel que le précise Nathan (2001a), la perspective de l'ethnopsychiatrie comme étant constructiviste<sup>23</sup>.

### 3.2.2 Les contre-transferts comme concept de référence

Il me faut préciser la notion de contre-transfert au cœur de la perspective de l'ethnopsychiatrie pour aller plus loin dans sa compréhension et saisir son application à la présente recherche.

En fait, la notion de contre-transfert origine du champ de la psychanalyse et réfère aux réactions inconscientes de l'analyste envers le patient (Giarni, 2001). Devereux s'intéressait aux attitudes inconscientes, à la subjectivité du chercheur face à l'objet et au champ de recherche. Comment cette subjectivité, construite de l'identité même du chercheur, a-t-elle une contribution significative dans la construction de la connaissance ? Aussi a-t-il importé du champ thérapeutique psychanalytique la notion de contre-transfert pour l'appliquer à la recherche dans les sciences du comportement. Sans écarter les autres données issues de l'observation, soit le comportement du sujet et les perturbations induites dans la situation d'observation, Devereux porte une attention particulière à l'observateur comme acteur/producteur de connaissance :

« (...) ce n'est pas l'étude du sujet, mais celle de l'observateur qui nous donne accès à l'essence de la situation d'observation (...) (soit) le comportement de l'observateur : ses angoisses, ses manœuvres de défenses, ses stratégies de recherche, ses décisions (= attribution d'un sens à ses observations). » (Devereux, 1967 : 19).

<sup>23</sup> Le constructivisme se décrit comme suit : « cette perspective théorique souligne que les activités présumément subjectives et individuelles d'une part, et celles qui sont supposées objectives et sociétales d'autre part, se construisent ensemble dans les divers environnements sociaux, qu'ils soient intimes, institutionnels ou collectifs. » (Mehan, 1982, cité dans Mayer, 2001 : 113). Dans cette perspective, ce n'est pas tant la personne qui est en difficulté qui est le sujet d'étude, bien qu'il ne faille pas l'oublier dans le débat, mais l'action engagée par l'acteur social face à cette personne en difficulté.

Appliqué à la clinique, cela implique la reconnaissance que les intervenants ne sont pas exempts de réactions à leur insu et que ces réactions contribuent à façonner leur conception de la réalité de l'autre, par l'attribution de sens à leurs observations, et conséquemment, elles orientent leurs actions.

Devereux reconnaît aux contre-transferts un caractère inéluctable et surtout les estime dignes d'intérêt majeur dans la compréhension du rapport aidant-aidé. Plutôt que de les juger inappropriés, bien qu'ils contribuent à des distorsions du matériel clinique ou provoquent des réactions négatives au vécu de l'aidé, les paroles, les actes tout autant que les retraits, les changements de sujet, les revirements sont matériaux signifiants de recherche. Ils constituent le contenu latent du discours du sujet. Alors que la psychanalyse considère ces contre-transferts comme la répétition dans l'ici et maintenant de représentations et de conflits infantiles, l'ethnopsychiatrie met à contribution l'histoire collective du sujet dans la compréhension de ces contre-transferts, sa culture en tant que matérialité historique des rapports à soi, aux autres et au monde (Giami, 2001). « Pour Devereux, la formation du thérapeute n'est pas complète s'il n'est pas conscient des conflits objectifs de sa société en plus de ses propres conflits subjectifs » (Kilborne, 1997 cité dans Corbeil, 1997).

Je tenterai de comprendre les positions singulières des intervenants face à l'altérité telles qu'elles ont émergées dans leurs récits d'intervention sur ce double versant : d'une part, celui des réactions manifestes face à l'autre qui se dégagent des discours sur les pratiques; d'autre part, sur le versant collectif de la biographie des intervenants porteurs d'une identité professionnelle et imprégnés d'une certaine culture québécoise.

Ainsi donc, l'expérience subjective des intervenants est réintroduite dans l'analyse scientifique des phénomènes étudiés. Exposés à des expériences de détresse humaine, témoins indirects par les récits de traumatismes ou engagés dans la résolution de problèmes chronicisés et aux conséquences graves pour les membres d'une famille, les intervenants agissent à partir de leur expérience de l'autre, selon un registre intime qui les relie au phénomène proprement dit : « Plus l'angoisse provoquée par un phénomène est

grande, moins l'homme semble capable de l'observer correctement, de le penser objectivement et d'élaborer les méthodes adéquates pour le décrire, le comprendre, le contrôler et le prévoir. » (Devereux, 1967:25).

Face à l'angoisse, notre psychisme fait appel à une série de mécanismes de défense comme par exemple le refoulement, la projection, l'idéalisation, la dénégation, la régression, l'identification à l'agresseur, la rationalisation, la sublimation (Laplanche et Pontalis,[1967]2002). Il est important aussi de tenir compte que la culture professionnelle et organisationnelle fournit un certain nombre d'outils pour composer avec l'angoisse de l'intervention elle-même: les théories scientifiques et les formulations diagnostiques, les procédures d'intervention, les mythes du « bon intervenant »<sup>24</sup>, les protocoles décisionnels (incluant la sectorisation, la territorialisation, le mandat professionnel et institutionnel, le cloisonnement disciplinaire), la supervision, etc. Ils sont autant de moyens visant précisément l'objectivation de la réalité et la distanciation des expériences d'intervention. « Pseudo-méthodologies<sup>25</sup> inspirées par le contre-transfert » (Devereux, 1967 :17), ces différents outils de gestion de la réalité ne neutralisent évidemment pas la subjectivité de l'intervenant bien qu'ils soient utiles, si consciemment utilisés, pour réguler l'angoisse et l'arbitraire qui en résulterait.

La nécessité de départager ce qui est induit par le rapport à l'autre s'en trouve réaffirmée. L'examen des réactions contre-transférentielles du chercheur et, dans ma recherche, de l'intervenant, fournit des éléments de compréhension majeurs pour le rapport d'intervention, la problématique du client et les possibilités d'ouverture concernant la suite du processus d'accompagnement.

Face à l'autre, les positions des intervenants ne sont pas univoques. Elles se modifient au cours du processus d'intervention et selon les problématiques dont ils sont témoins.

---

<sup>24</sup> \*Les mythes « du bon intervenant » et leurs effets sur le rapport à soi et au travail ont fait l'objet de recherches par Mario Poirier, psychologue. Présentation au CLSC St-Michel, printemps 2004.

<sup>25</sup> Le terme pseudo-méthodologies peut porter une connotation péjorative qu'effectivement je ne veux pas nier. Ce qui est important est néanmoins l'ébranlement des certitudes de la scientificité ou du naturel de nos méthodes que l'examen critique de ses moyens de gérer le réel veut créer.

Chaque situation est unique et fait réagir l'intervenant de façon spécifique. Cependant, des clivages marqués peuvent entraîner une répétition des contre-transferts et stéréotyper les interactions. Une position de défense face à l'étrangeté peut traduire une certaine rigidité des frontières psychiques autant que culturelles et peut aller jusqu'au rejet de l'autre, perçu comme une menace. Elle peut également susciter la négation de l'altérité, l'autre étant assimilé à un identique à soi. Une rupture complète de la relation thérapeutique est aussi possible par le retrait de sa position de clinicien ou par le retrait des services par la personne pourtant en difficulté. Cependant, l'étrangeté, identifiée dans son effet d'écho en soi, peut aussi être le point de départ d'une rencontre authentique entre l'intervenant et le migrant (Corin, 1998). Si l'on ne fait ce travail d'analyse des contre-transferts individuels et collectifs, ce matériel vient déformer l'information fournie par la personne (Devereux, 1967). S'instaure soit un dialogue de sourds, chacun restant isolé dans son monde intérieur, soit un affrontement pour la définition de la réalité, dans un rapport duel. Des éléments des histoires de cas viennent illustrer chacune de ses positions dans la clinique auprès de personnes issues de d'autres cultures, de même que des positions moins clivées et plus ouvertes à la médiation entre deux perceptions du monde.

### 3.2.3 La culture en tant qu'expérience vécue

On ne peut aller plus loin sans considérer le concept de « culture ». Ce concept a fait couler beaucoup d'encre et plusieurs auteurs soulignent son caractère obsolète (Bibeau, 1997; Cuche, 1998; Nathan 2001a; Laplantine, 2002). Un des arguments les plus souvent avancés montre le caractère fini, fermé et déterministe du concept incapable de rendre compte de la réalité composite, multiple et complexe de l'expérience humaine. Or, dès sa naissance, l'enfant vit dans un monde créolisé, immergé dans un réseau de significations diversifiées, à la faveur d'échanges et d'interpénétrations des cultures, de façon encore plus prononcée depuis les trente dernières années. Mais on ne saurait tout de même se passer de ce concept pour comprendre des réalités collectives objectives et subjectives, les nôtres et celles des autres (Bibeau, 2003).

Pour des raisons d'application clinique, la « culture » est entendue comme « expérience vécue c'est-à-dire en tant que manière dont un individu vit et appréhende le monde partagé » (Devereux, 1970 : 81) aussi bien quand il est en bonne santé mentale que aux prises avec des désordres psychiques. Cette perspective évite l'absolutisation des facteurs culturels ou psychiques, leur réification ou leur survalorisation comme réactions contre-transférentielles face à l'étrangeté du trouble mental. La rencontre clinique part de l'expérience de la personne, non-réductible ni à la culture ni à la psyché.

La culture joue un rôle primordial dans la structuration de l'individu et du lien social. A cet égard, elle doit être considérée comme homologue au psychisme :

« ...le rôle primordial de la culture est d'assurer l'existence du groupe en tant que tel, donc sa clôture- la frontière étant la langue- et de substituer partout l'organisation au hasard, l'appareil psychique assure la même fonction pour l'individu, la frontière en étant ce que Freud appelait le pare-excitation. En toute logique, nous devons conclure que culture et psyché sont homologues, fonctionnellement redondantes (maintenir l'identité du système qu'elles préservent, à la fois sa délimitation et ses échanges avec d'autres systèmes qu'elles entreprennent de définir comme semblables) et les seuls systèmes dynamiques susceptibles de gérer le lien avec l'autre. » (Nathan, 1994 :183).

L'ethnopsychiatrie pense la culture comme co-émergente à l'appareil psychique. Cette notion est fondamentale en ethnopsychiatrie. L'image des poupées russes qui s'emboîtent l'une dans l'autre conviendrait pour illustrer cette conception de la personne, en autant que la petite dernière, l'intime, soit double. Jumelles. « La culture vécue est un double du moi. » (Nathan [1986] 2001 : 212). Cette conception est en rupture avec une conception courante du psychisme qui confine le rôle de la culture à sa contribution dans le développement de l'identité comme un élément parmi tant d'autres, à l'image d'une série de boules, de valence égale et détachées l'une de l'autre, comme les boules d'un boulier : identité personnelle, familiale, culturelle, professionnelle, religieuse, etc. En en faisant un élément disjoint de la structuration de la personne, la culture peut plus ou moins être perçue comme un piège, un obstacle dans lequel on peut tomber et qu'il faut écarter dans l'intervention pour avoir accès à l'individu universel, un individu quelconque.

L'homologie de la psyché et de la culture introduit la nécessité de considérer non plus seulement le contenu de la parole mais aussi le contenant comme informateur des logiques de structuration psychique. Ainsi, le travail thérapeutique à partir d'éléments de la culture vécue est susceptible de déclencher des mécanismes psychiques de façon aussi certaine que si l'on travaille sur les productions psychiques induites par le transfert en intervention.

« ...c'est par la perpétuelle comparaison entre deux systèmes homologues, l'un de nature interne, l'autre d'origine externe, que le sujet peut à la fois assurer sa clôture et, dans un même mouvement, penser qu'il existe d'autres sujets, clos comme lui, et avec lesquels il est donc possible de communiquer.»  
(Stern, 1984, cité dans Nathan, 1994 :184).

Quatre systèmes contribuent particulièrement au façonnement du monde culturel de chacun : les conceptions de la personne et spécifiquement la « nature » des enfants, les conceptions des morts et des différents processus de vie/mort, les rituels de passage du temps (naissance, initiation à une étape ou l'autre de la vie), les conceptions du mal ou du désordre de même que les manières d'y remédier. Ils constituent le cœur des différentes cultures selon les aires linguistiques dans le monde (Nathan, 1994).

Considérer les personnes comme étant construites par leur culture implique donc d'envisager la question de la transmission des différentes conceptions des personnes, des enfants, des morts, du mal et de l'ordre du monde et sa pérennité dans le parcours d'une vie.

#### 3.2.4 L'inscription culturelle des êtres

Si l'on conçoit la culture comme un manteau que l'on endosse lorsqu'on naît dans tel ou tel pays, la migration amènerait les individus à se délester de ce manteau pour en revêtir un autre, plus adapté au nouveau pays. Au Québec, on comprend facilement pourquoi l'image du manteau prend tout son sens ! Cette vision parfois instrumentale, utilitaire de la culture et simpliste, considère la culture d'origine comme étant modifiable à souhait, au fil des parcours migratoires et personnels. Or, il y aurait persistance d'éléments

culturels qui résistent à la migration et aux changements de vie chez des migrants dont notamment les références spirituelles ou transcendantes, ces explications métaphysiques que les grandes civilisations ont articulé pour donner sens à ce qui survient, à ce que l'on espère ou imagine, et à tant d'autres choses (Milot, 1991 ; Kaës, 1998 ; Freitag, 1999 ; Nathan, 2001; Bibeau, 2003).

Les peuples du monde ont développé des procédures d'affiliation et des rites sociaux marquant les grands moments de l'existence des hommes et des femmes notamment la naissance, la nomination de l'enfant, la puberté et l'entrée dans la vie adulte, le mariage, la parentalité, la mort. Ces rites et procédures assurent l'intégration des sujets dans la collectivité. Dans le contexte des sociétés modernes où l'individualisme et l'autonomie de l'individu sont au cœur même du processus de socialisation (Gauchet, 1998), où l'on a progressivement expurgé les références transcendantes collectives, religieuses séculières, de notre rapport au monde (Lemieux, 1999), et où le risque de désaffiliation est toujours présent, la centralité de la culture est difficile à penser. Selon Nathan, la place centrale que la science occupe dans nos sociétés tend à occulter les mécanismes d'affiliation culturels fondamentaux :

« ...nos connaissances biologiques "objectives" nous voilent un fonctionnement psychique et culturel fondamental : tout enfant d'humain est fabriqué au confluent d'une union biologique et d'une alliance culturelle, renouvelée à chaque génération. Croisement d'humain et de divinités, tout enfant humain est donc nécessairement un métis. Si la biologie, et plus tard la psychanalyse nous ont appris à tenir compte de la filiation d'un sujet, l'ethnopsychanalyse nous enseigne que ce qui est – du moins pour la thérapeutique – le seul référent maniable, est son affiliation, c'est-à-dire le système par lequel il est "fabriqué" non en tant qu'hypothétique "humain universel", mais en tant qu'humain concret : "être de culture". » (Nathan, 2001b :12).

Le devenir d'un être culturel implique la transmission des mythes fondateurs, des rituels de passage et d'autres processus collectifs, autant d'éléments extérieurs qui construisent notre manière d'être au monde et notre capacité de composer avec ceux qui ne sont pas pareils.

« Aucune société (...) ne souhaite seulement "fabriquer" des enfants...Les sociétés désirent se reproduire. Les unes "fabriquent" des Grecs, d'autres des Juifs, d'autres encore des Mossis, des Mandings, des Inuits, des Hurons, des Tziganes...Le problème de toute société est de produire du semblable. (...) Les mythes de fondation sont des récits se déroulant en contrepoint de la donnée paradoxale de base- il faut un homme et une femme pour fabriquer un enfant- et les mythes de fondations racontent néanmoins la naissance de l'être humain. (...) C'est pourquoi les mythes de fondation ne sont pas des mythes (au sens d'histoires fausses, imaginaires, justificatrices d'ignorance, équivalents de fantasmes) mais des structures fonctionnelles. C'est aussi la raison pour laquelle ces mythes ne disparaissent pas ; leur persistance n'est en aucune manière une survivance folklorique ; ils fonctionnent; ils continuent à accomplir leur travail : celui de produire les êtres culturels que sont partout les humains, comme ils l'ont toujours été. (...) Les mythes sont biologiquement faux, non parce que, au moment de leur création, les connaissances étaient insuffisamment développées mais par une nécessité intrinsèque : développer, en contrepoint des observations empiriques, un récit permettant de dénouer le paradoxe originaire : pourquoi de l'hétérogène pour produire de l'homogène, pourquoi du différent pour produire du semblable.» (Nathan, 2001b : 3-5)

C'est ainsi la culture qui inscrit l'enfant dans le devenir parent, « l'enfant étant toujours un étranger pour ses parents » (De Plaen, 2003). La culture prévoit qu'on donnera un nom<sup>26</sup> à l'enfant, qu'on l'inscrira au registre civil de l'État, qu'on le présentera à la famille dans un ordre plus ou moins prescrit, qu'on le fera initier dans les rituels culturels en usage dans le groupe social auquel on appartient à cette étape-ci de son histoire ou qui ont été légué par les liens du sang, dans la tradition familiale (baptême, circoncision, présentation à la mosquée, etc.). Ainsi, la parole adressée à l'enfant l'introduit dans le lien social et dans le sens. De fait, « l'acquisition de la langue est probablement le premier processus par lequel une culture s'empare de l'un de ses membres et l'affilie. » (Nathan, 1994 :179).

Bien que l'ethnopsychiatrie postule l'influence déterminante de la culture dans le fonctionnement psychique, elle permet de penser la singularité de l'expérience de chacun.

---

<sup>26</sup> \*Le nom de l'enfant a été au cœur des transformations culturelles des dernières années au Québec. Avec l'autorisation de l'Etat, on peut maintenant donner le nom de la mère à l'enfant, droit qui appartenait antérieurement à la lignée paternelle. On peut aussi donner les noms des deux parents à l'enfant qui pourra choisir lequel il utilisera de manière usuelle, dès l'âge de 14 ans. Toutes les cultures investissent le nom symboliquement.

Chaque personne est conduite, un jour où l'autre, du fait de la maturation ou de circonstances particulières, à trier dans la culture reçue, ce qu'elle conserve et ce qu'elle met de côté, de façon plus ou moins permanente, permettant de tracer à partir de ses désirs actuels, dans les repères fournis par la culture, des trajets singuliers. Chaque culture offre des opportunités d'appropriation et de liberté qui dépassent les voies « socialement acceptables » :

« C'est l'existence d'espaces de dégagement qu'aménage la culture en son sein même, espaces dont les tracés permettent à ceux qui les empruntent d'assouplir ou de subvertir les contraintes de la loi et des règles sociales, dont les parcours dessinent des trajets possibles d'individuation même dans les sociétés où paraît dominer la rigueur des contraintes de la vie collective. »  
(Corin, 1998 : 195).

C'est ce qu'il est aussi convenu d'appeler la double participation culturelle des acteurs – participant au donné culturel et créateur de culture- (Milot, 1991) dont le mouvement détermine au bout du compte l'évolution culturelle des sociétés.

Plusieurs débats de ces dernières années ont posé le rapport entre la culture et la position singulière du sujet. En fait, l'ethnopsychiatrie organise non la possibilité mais la nécessité de tenir compte de la culture dans tout processus thérapeutique. En réalité, les références culturelles sont aménagées, organisées par les patients à partir de leur état psychique bien qu'elles ne s'y réduisent ni n'autorisent d'interprétation sauvage. Ces aménagements idiosyncrasiques de la culture permettent à la personne de formuler ses conflits interpersonnels ou intrapsychiques, ses enjeux, ses contradictions, ses désirs, dans un langage pouvant avoir du sens pour elle et pour son entourage bien que parfois ces « bricolages » soient parfois en concordance avec leur famille, parfois en conflit les uns par rapport aux autres. Sans l'accès au refoulé, que ce soit sur le plan psychique ou sur le plan culturel chacun offrant une porte d'entrée pour le récit (Devereux, 1970), le sujet reste en flottement, incapable de se fixer, de mobiliser ses pensées et ses affects dans le

sens de ses désirs actuels, se vit comme exclu du groupe social, de manière réelle<sup>27</sup> ou symbolique. Un re-positionnement face à ses origines permet que la singularité du sujet émerge. Ainsi l'espace thérapeutique permet à la personne de renouveler ses rapports à sa propre culture, avec les emphases et les retraits qu'elle souhaite, à cette période de son histoire :

« (...) il s'agit de permettre à la personne d'entrer et de sortir à sa guise, au rythme de ses rêves et de ses désirs, de ses fantasmes et de ses projets, de sa manière propre de tisser présent, passé et futur et de les articuler ou de les dissocier dans la trame de sa vie. » (Corin, 1998 : 203).

L'expérience migratoire s'inscrit dans ces rapports entre culture/psyché et groupe social et n'est surtout pas un événement banal dans la vie d'une personne bien que de nos jours, elle soit commune à beaucoup de monde.

### 3.2.5 La migration comme rupture traumatique

La migration peut être structurante pour les individus et les familles (Rousseau et Drapeau, 2002). Cependant, au-delà des divers motifs au départ, la migration est aussi un traumatisme. Cet aspect traumatique a été particulièrement pris en compte par l'ethnopsychiatrie. Dans la mesure où les conditions d'accueil sont favorables, tant sur le plan matériel qu'affectif, dans un climat social pluraliste et démocratique, la migration peut devenir une double opportunité, permettant de se développer de façon tout à fait créatrice, à la faveur de ce changement de vie. Cependant, l'on ne saurait négliger les processus psychiques en jeu dans ce déracinement.

---

<sup>27</sup> Dans une étude présentée à l'ONU sur le sort fait aux fillettes soldats dans trois pays africains, les auteurs font mention que la guérison passe le plus souvent par des rites de purification qui aident les fillettes à être mieux reçues dans leur communauté au retour. Le plus souvent, ces victimes de viols et de séquestration sont stigmatisées dans leur famille, dans leur village, dans leur pays et par le silence qui entoure ces violences, par la communauté internationale. (La Presse, Montréal, 5 mars 2004, p. A5).

Devereux a identifié un deuil spécifique chez tous les migrants, soit la perte des « contenants psychiques » offerts par la culture ambiante. En effet, la disparition de l'environnement, le « dehors », qui permet de garder et de renouveler les éléments signifiants de la culture, met en péril la préservation des contenus culturels, le « dedans ». Ainsi, de la conception de l'homologie culture-psyché, Nathan a élaboré le concept de « traumatisme migratoire » : « Toute migration est traumatique parce qu'elle rompt l'homologie entre le cadre culturel externe et le cadre culturel interne intériorisé » (Nathan, 1986 cité dans Moro, 1998 : 42). Il s'agit d'une rupture entre le dedans et le dehors, qui assure le sentiment de continuité de la personne et son identité. Migrer,

« C'est quitter ou perdre l'enveloppe des lieux, des sons notamment la langue maternelle, des odeurs, des goûts, bref des sensations de toutes sortes qui constituent les premières empreintes sur lesquelles s'est établi le codage du fonctionnement psychique et des enveloppes de sens. (...) C'est comme si chacun de nous était soumis, pour la cohésion de son fonctionnement psychique, à la nécessité d'avoir constamment autour de soi et en soi une continuité de sa culture. » (Ondong-Essalt, 1998 : 39).

On ne risque pas d'être traumatisé par la migration, on l'est. Il s'agit d'un temps fort d'inscription de soi dans la réalité, une épreuve de réalité. Ainsi l'écrit François Cheng, illustre écrivain chinois vivant en France :

« Tout exilé connaît les affres de l'abandon, du dénuement et de la solitude. Déchiré entre la nostalgie du passé et la dure condition du présent, il expérimente une souffrance plus « muette », plus humiliante, qui le tenaille : n'ayant qu'une connaissance rudimentaire de la langue de son pays d'adoption, il se voit réduit à un être primaire aux yeux de tous. Baragouinant des mots ou des phrases parfois approximatifs, incapable d'un récit clair et cohérent, il donne l'impression d'être dépourvu de pensées, voire de sentiments. » (Cheng, 2002 : 29).

Les repères culturels, tels que transmis par les milles et un petits gestes, paroles, attitudes et objets du quotidien ne fonctionnent plus aussi bien qu'au pays, sinon pas du tout. On ne retrouve plus cette épice que l'on aimait, les distances sont différentes, la foule est plus nombreuse et bruyante, etc. Les expressions locales, autant de raccourcis culturels dans la communication de tous les jours, ne sont plus comprises et ajoutent même à la confusion et aux malentendus. Souvent, les groupes sociaux de référence (famille, ville

ou village, adhérents à la même religion, association politique, etc.) ne sont plus disponibles, ou très partiellement, alors qu'ils contribuaient à garder vivante la culture vécue.

On peut étendre cette notion de traumatisme migratoire comprise ici comme perte de l'enveloppe culturelle, aux migrations internes ou aux changements parfois brutaux qui transforment les sociétés traditionnelles<sup>28</sup> rapidement vers la modernité ou l'occidentalisation, souvent sous l'impulsion du politique et de l'économique (Tsala Tsala, 1995)). Ces difficultés à retrouver une harmonie entre la culture intériorisée et la culture vécue sont aussi occasionnées par l'absence du groupe d'appartenance voire sa disparition historique, comme ce fut le cas pour nombre de peuples autochtones colonisés par les Européens (Moro, 1994 ; Essalt, 1998 ; Kirmayer, Brass et Tait, 2000) ou soumis à des régimes niant leur histoire culturelle (Noël et Tassé, 2001 ; Morency et Kistabish, 2001a, 2001b).

Cependant, Nathan s'oppose vigoureusement à une psychopathologie particulière aux migrants de même qu'il refuse de voir dans la migration un facteur pathogène (Moro, 1998). Les chercheurs québécois et canadiens partagent cette position, les immigrants ne présentant pas plus de problèmes de santé mentale que les populations de la société d'accueil (voir chapitre 1). L'immigration pose cependant des défis tant à l'individu, à la famille, au groupe social qu'à la société d'accueil dans les réaménagements physiques, économiques, politiques, culturels et identitaires. Les individus et les familles, soumis aux divers tracasseries du voyage (enjeux économiques et relationnels, espoirs et attentes, formalités, etc.), doivent arriver à reconstruire, intégrer des éléments du nouveau milieu de vie, revoir l'ancien système de référence, redéfinir leurs représentations et leurs conceptions, fabriquer du neuf dans un processus de métissage alors que les autochtones (au sens large du terme) font ce lent travail d'élaboration dans le creuset des amours métissés et des générations.

---

<sup>28</sup> La rupture religieuse opérée en moins d'une génération au Québec peut ainsi être comprise comme une rupture culturelle brutale. « La terre a tremblé », dit le philosophe Marc Renault pour illustrer l'ampleur de ce changement socioculturel au Québec, propos tenus lors de la conférence *Comment la foi est-elle interrogée par le relativisme contemporain?* Olivier, 27 février 2003, Montréal.

En fait, nombre de problèmes psychiques chez les migrants proviennent du clivage qu'ils opèrent entre les deux univers référentiels. Si les clivages sont normaux du fait de l'intensité de la déstabilisation au début du processus migratoire (Fronteau, 2000), la défense initiale de clivage du moi peut devenir rigide. Ce clivage peut entraîner des blocages affectifs et cognitifs empêchant le va-et-vient nécessaire entre ce que l'on a été, ce que l'on a quitté et ce que l'on devient, limitant les médiations entre les deux mondes, et bloquant la résolution de conflits intrapsychiques latents (pré-migratoires ou post-migratoires). Des heurts trop fréquents mobilisent sans cesse les ressources psychiques des individus. Des enjeux vécus comme des inconciliables sont ressentis avec trop d'angoisse. La souffrance qui en résulte émerge à la faveur d'une nouvelle requête d'adaptation. Les difficultés scolaires majeures de certains enfants de migrants viennent illustrer ces clivages entre les mondes du dedans et les mondes du dehors (Moro, 2002).

Les effets de la migration peuvent s'étendre bien au-delà de la première génération au pays, par les traumatismes subis au pays ou par les conséquences de ces traumatismes sur les relations affectives intrafamiliales et sociales. Les enfants nés ici sont à risque dans la période périnatale si les mères ne reçoivent pas le portage culturel (holding, au sens de Winnicott) auquel elles auraient accès normalement<sup>29</sup> au pays d'origine, grâce à leur famille et à leur entourage (Moro, 1994, 1998). La mère immigrante isolée de son réseau et coupée de ses référents culturels, par souci d'accommodation ou par contrainte sociale, est également exposée et plus vulnérable dans cette étape importante de sa vie (Jimenez, 1998 ; Battaglini et Gravel, 2000; De Plaen, 2000, 2003).

En résumé, la migration constitue un traumatisme psychique du fait de la rupture entre la culture vécue et la culture intériorisée. Elle peut réactiver des conflits antérieurs non-résolus ou faire éclater l'équilibre fragile autour de traumatismes antérieurs enkystés. Les conditions d'établissement au pays, le soutien et l'accès aux défenses fournies par sa

culture peuvent faire la différence entre une souffrance tolérable et une souffrance qui brise, anéantit ou détruit à petit feu. Pour tous les individus qui la vivent, la migration constitue à la fois une réelle souffrance et une ouverture inouïe à des réaménagements identitaires, relationnels et sociaux.

### 3.2.6 L'espace thérapeutique et l'attachement à ses références culturelles

La rencontre interculturelle s'inscrit dans la « rencontre du double ». Que l'on soit migrant ou non, l'intensité de la souffrance vécue conduit le plus souvent à des décisions empreintes de pragmatisme et soucieuses d'efficacité. Mais est-ce au prix d'un renoncement à soi et à ce qui fut significatif en d'autres temps et d'autres lieux ? Si productions culturelles et productions psychiques sont des doubles, des jumeaux, comment arriver à créer un espace et un contenant permettant que la parole du sujet se déploie, dans une possible communication entre les deux locuteurs que peu de choses unissent ? En fait, pour établir une relation thérapeutique avec quelqu'un, il faut que je sois capable de le penser. Et en ethnopsychiatrie, penser l'autre, c'est le penser dans sa culture, attaché à des êtres, à des personnes, à des lieux qui orientent et donnent sens à ses paroles et ses agirs.

L'ethnopsychiatrie introduit deux choix méthodologiques structurant l'intervention auprès des migrants afin qu'ils retrouvent dans l'espace thérapeutique leur *alter ego*, leur « double », la culture à laquelle ils se réfèrent plus ou moins implicitement :

- 1) l'introduction de la traduction dans l'espace clinique. La prise de parole dans sa langue maternelle permet de se penser et de se dire dans sa culture. Elle facilite l'accès aux émotions (Corbeil, 1997) et favorise la fluidité et la richesse du récit;

---

<sup>29</sup> Cette nuance du « normalement » est très importante à tenir en compte dans l'évaluation de la période pré-migratoire car les rapports affectifs et les rapports sociaux peuvent ne pas jouer leur rôle de structuration, de portage et de transmission, fragilisant d'autant la personne, quelque soit l'endroit où elle vit. Les approches ne mettant l'emphase que sur la phase d'adaptation et d'acculturation des migrants dans la société d'accueil occultent ces faits psychiques majeurs dans le développement de la personne.

- 2) la lecture des situations cliniques à partir des attachements des personnes, de la reconnaissance des collectifs d'appartenance, du respect d'un ordre transcendant dans les sociétés à univers multiples<sup>30</sup> et des médiations nécessaires (Nathan, 2001a).

Ayant fait l'objet de multiples critiques publiques sur la question du retour contraint de ses patients à leur culture d'origine et sur la réification d'éléments culturels jugés plus ou moins exotiques en Occident, Nathan tente d'éviter, dans son travail clinique, les concepts globalisants de « culture », de « représentations », de « groupes ethniques », pour se concentrer sur ce que les personnes retiennent, leurs attachements réels, vécus, ce à quoi elles sont restées fidèles dans leurs trajectoires de vie, y compris dans la migration :

« L'ethnopsychiatrie, telle que je la pratique, du moins, est une pensée psychologique qui a délibérément pris le parti d'envisager les personnes, leur fonctionnement psychologique individuel, les modalités de leurs interactions à partir de leurs attachements- attachements multiples à des langues, à des lieux, à des divinités, à des ancêtres, à des manières de faire. » (Nathan, 2001a : 51).

Laisser une place pour le monde de l'autre est fondamental. La possibilité dans l'espace thérapeutique de la société d'accueil de laisser libre cours à sa parole et aux énoncés explicatifs propres à sa culture, introduit la reconnaissance pour l'immigrant de ce qui a été et peut continuer d'être dans l'exil. « Avec la méthode clinique qu'a développée l'ethnopsychiatrie, l'important n'est pas de distinguer le vrai du faux d'une pensée mais ce que cette pensée mobilise. » (Nathan, 2001a : 109). La personne peut alors élaborer sa singularité ayant retrouvé son « double », représenté par ses appartenances culturelles, avec ses filiations et ses affiliations groupales, son monde. Parce qu'elle retrouve une place dans une chaîne historique et sociale, « le même », elle peut se permettre de laisser libre cours à ses différences personnelles sans angoisse excessive. Dans ces conditions de la rencontre, « [l]a narration de soi permet au sujet d'émerger, d'imaginer des avenues

---

<sup>30</sup> La notion de sociétés à « univers multiples » réfère aux cultures qui admettent dans leur vision du monde l'existence d'un troisième ordre pouvant intervenir dans le destin des humains (êtres invisibles, Dieu, esprits, etc.). Voir à ce sujet *Médecins et Sorciers*, de Tobie Nathan et Isabelle Stengers, 1995.

possibles et de choisir à travers le tissage des éléments divers qui forment son expérience (désirs, événements, appartenances, etc). » (Rodriguez del Barrio, 1999 : ix).

Toutefois, « si le symptôme parle une certaine langue et le clinicien une autre, la relation thérapeutique sera annulée avant même d'avoir été instaurée » (Nathan, [1988]1999 : 83). L'ambiguïté entre le cadre occidental et le cadre traditionnel doit donc demeurer pour que le contenant du discours permette la parole et que cette parole adressée et reçue par le thérapeute occidental devienne autre chose qu'information sur la culture. De plus, « il s'agit d'une ambiguïté nécessaire car nul ne peut prévoir à l'avance le lieu d'où le patient opérera son entreprise identificatoire. » (Nathan, [1988]1999 : 87).

Si l'ethnopsychiatrie permet de recréer des liens entre des pensées, des émotions, des histoires, des personnes et des groupes d'appartenance et de se réinscrire dans ses affiliations fondatrices, c'est parce que ces affiliations fortes sont nécessaires dans le processus thérapeutique pour ouvrir un espace de choix aux personnes qui pourront les reconsidérer, en dehors des processus de clivage. « Celles-ci sont indispensables afin de pouvoir commencer le triage et remettre sérieusement en marche la machine à moude de l'intégration. » (Latour et Stengers, 1997 :1). Contrairement à l'objectif ultime de la psychanalyse qui est d'assumer sa solitude existentielle, l'ethnopsychiatrie propose plutôt d'assumer son interdépendance avec les autres humains et la prégnance des liens sociaux (Nathan et Stengers, 1995).

Nathan se défend de pratiquer une clinique qui soit symbolique. Il la veut pragmatique, soucieuse d'efficacité. Les patients recherchent la guérison de leurs malaises même si, pour y arriver, ils doivent utiliser diverses modalités de soins et enjamber des univers référentiels incompatibles. Cette conception des rapports entre la culture, la psyché et les soins mène ainsi à reconsidérer les pratiques cliniques d'ici et d'ailleurs. L'ethnopsychiatre français prend au sérieux les pratiques thérapeutiques développées par les divers groupes culturels et leurs soignants, que ceux-ci s'appellent thérapeute ou guérisseur. Il considère leurs objets, c'est-à-dire leurs théories, leurs appartenances, leurs actes et procédures, bref l'ensemble de leurs « pratiques d'influence », comme pratiques

thérapeutiques dignes d'intérêt scientifique (Nathan et al., 1998). Le concept de psychothérapie appliquée aux immigrants demande à être revu afin qu'il reflète les différentes contributions culturelles :

« Par souci de rigueur, mais aussi afin de s'approcher de la réalité concrète des pratiques, je propose d'englober dans le terme « psychothérapie » toute procédure d'influence destinée à modifier radicalement, profondément et durablement une personne, une famille ou simplement une situation, et cela à partir d'une intention 'thérapeutique'. » (ibid., 1998 :12).

Cette reconnaissance de l'attachement à d'autres référentiels culturels, chez les deux interlocuteurs de la rencontre, est la condition même du métissage. En conférant une expertise au patient sur sa langue et sa culture, le dispositif clinique<sup>31</sup> peut convertir l'espace thérapeutique du confessionnal à un « parlement » (Nathan, 2001a :101) en y introduisant, par une expertise partagée et par la réflexion multi-référencée, une démocratie jusqu'à maintenant bien absente de cet espace public mais clos. La médiation culturelle se présente comme idée-force de l'ethnopsychiatrie : médiation entre les univers clivés du patient, émotions, pensées, sensations; médiation des univers de référence apparemment inconciliables : médiation entre l'ici et l'ailleurs, médiation pour un mieux-vivre ensemble respectueux de ses racines, les siennes et celles de l'autre. Parler d'altérité dans un processus thérapeutique devient alors significatif : « L'ethnopsychanalyse est avant tout une pragmatique du lien et le thérapeute, dans cette situation, un tisserand. » (Moro, 1998 :45). La vision sociocentrée qu'implique l'ethnopsychiatrie trouve une cohérence dans la définition de la souffrance autant que dans les modalités de soins.

### 3.2.7 La souffrance comme « solitude de sens »

Dans la perspective de l'ethnopsychiatrie, Streit (1997) comprend la souffrance particulière des migrants comme « solitude de sens ». Elle met en évidence ce que

---

<sup>31</sup> L'ethnopsychiatrie impute au dispositif groupal clinique ces effets d'expertise partagée, de co-construction de sens et de re-création de lien social. Cette recherche s'intéresse à voir si, dans la dyade d'intervention, on peut identifier des effets semblables, selon la position de l'intervenant face à la double étrangeté de son client, ouvrant sur l'altérité.

peuvent éprouver, à un moment ou l'autre de leur vie, des individus souffrant de ne pas être compris ou entendus dans ce qu'ils vivent subjectivement et objectivement, dans leurs émotions, leurs pensées et leur corps, avec leur groupe social d'appartenance immédiat, famille ou entourage, ou dans la société qui les accueille. Le concept de « solitude de sens » n'exclut pas l'existence d'une souffrance spécifique associée à la pathologie mentale. Il tente plutôt d'intégrer la conception de la personne émise par l'ethnopsychiatrie complémentariste et la vision sociocentrique de cette perspective.

La perturbation associée aux problèmes de santé mentale, la perte de sens dans cette expérience déroutante, crée rupture avec le groupe social : soi comme autre.

En fait, le sens a une fonction double : il structure la pensée et inscrit l'enfant dès son enfance dans une humanité. Ce sont les multiples tentatives de réponse aux grandes questions existentielles dont le petit mot *pourquoi*<sup>32</sup> résume l'amplitude. On ne peut parler de sens sans parler de lien social puisque celui-ci en est la condition et le résultat. Les groupes de filiation (la famille immédiate et la parenté) et les groupes d'affiliation (groupes d'appartenance professionnelle, associations, cercle d'amis, mouvement politique, etc.) sont des voies de transmission et de création de sens. Celui-ci est toujours organisé de façon singulière chez l'individu, en tant que culture vécue et référence expérientielle.

La culture est un puissant fournisseur collectif de sens<sup>33</sup>. Lorsqu'un choc survient, l'individu a normalement accès à des ressources psychiques (i.e. pare-excitation et mécanismes de défense), également à des ressources culturelles (i.e. manières de faire, sens commun, mythes, pratiques de guérison, lieux et objets d'expression de la transcendance, personnes de référence, etc.) qui permettent d'organiser les sensations,

---

<sup>32</sup> La médecine occidentale, si elle peut offrir des réponses aux causes de la maladie et du mal de vivre, reste muette sur le sens que les patients en souffrance ne manquent jamais d'adresser au praticien : « Pourquoi suis-je malade? Pourquoi moi? » (Nathan, 1994).

<sup>33</sup> C'est en raison de l'efficacité de ses structures que l'un des moyens génocidaires consiste à détruire les objets symboliques des groupes à anéantir, raser leurs lieux de culte et éliminer leurs guérisseurs ou représentants spirituels, comme lors de l'envahissement du Tibet par la Chine ou dans les conflits au Kosovo (Sironi, 1999).

pensées et émotions apparemment isolées qui font irruption dans le champ de sa conscience. Si intense soit ce choc, les ressources psychiques/culturelles chez l'individu s'emploient à conférer sens au réel, agissant comme protections et organisateurs psychiques. Si elles viennent à manquer, il y a traumatisme, perplexité et effroi.

La plainte somatique du patient s'inscrit dans sa tentative de retrouver son « double ». Le patient dépose dans une autre partie de lui, dans son corps, sa souffrance psychique, à défaut de l'élaborer dans son contenant culturel. S'il ne trouve pas de vis-à-vis à même de faire revivre son appartenance culturelle dont il semble avoir temporairement perdu traces, avec des mots pouvant traduire ce qu'il vit, le langage du corps sera investi plus ou moins massivement comme seul point de contact (la corporalité) avec son interlocuteur (Nathan [1986] 2001 ; Kaës, 1998).

Au cœur de la détresse vécue, les références culturelles font partie des ressorts de la conscience et de l'identité des personnes qui cherchent à retrouver des lignes de continuité dans leur vie qui apparaît fissurée par la douleur des ruptures, des pertes et du non-sens : « (...) *the foundations of identity are often situated in profound experiences, sometimes of a spiritual order, that provide benchmarks for the person. It is this cultural core that resurfaces when the person experience severe distress, above all in the case of mental health problems.* » (Corin, 1994 cité dans Bibeau, 1997 : 17). Dans la clinique des migrants, souvent,

« ...plus le problème d'une personne met en cause les bases profondes de son identité et de son intériorité, plus se pose, parfois de manière incontournable, la question des « dieux ». Il ne faut pas, c'est vrai, imposer des « dieux » à ceux et celles qui n'en veulent pas; mais face aux immigrants qui refusent d'accepter la mort des dieux, que nous faut-il faire? (...) Le premier défi qui se pose aux clinicien(ne)s consiste donc à savoir découvrir dans quel monde l'Autre se situe. (...) ignorer le lieu d'où l'Autre parle équivaudrait à refuser d'entrer en dialogue et à fournir à celui ou celle qui demande une réponse passe-partout sans portée de signification. » (Bibeau, 2003 :138).

Si l'on impose, sans aucune ouverture à ce qu'il pourrait en penser, des théories et des idiomes interprétatifs plus ou moins inconnus dans l'univers culturel du client, dénigrant plus ou moins ses références, ses convictions, ou les écartant d'emblée, ne lui fait-on pas

violence comme on fait violence à toute personne malade dont on invalide la parole subjective? Dans la mesure où les éléments culturels sont en avant-scène et où le discours où s'élabore sa souffrance n'est pas pris en considération par l'intervenant, l'imposition d'un autre cadre de pensée, reflété par nos modèles théoriques, fait irruption dans la pensée de l'autre : au mieux, il n'y trouve aucun écho, au pire, il crée un autre traumatisme psychique, ajoutant au désarroi (Nathan, 1994). Dans le même sens, imposer, à partir de notre position de thérapeute, des inférences culturelles dont la personne ne veut pas à cette étape-ci de son histoire n'est-il pas aussi acte de violence, d'intrusion « culturaliste » dans la psyché de l'autre?

Les multiples représentations de soi, des autres et du monde, y compris de la « folie », offrent une panoplie de variations discursives et comportementales permettant à la personne perturbée qui y a recours d'organiser son expérience psychique au fur et à mesure qu'elle la vit et de la restructurer. Le travail d'articulation et de ré-interprétation de son expérience qui s'y joue permet à l'individu, autant que faire se peut, d'exprimer ses désirs, de se dégager de contraintes trop lourdes et de re-définir son individualité dans le groupe social. Que ses représentations appartiennent à l'univers référentiel de ses origines culturelles ou qu'elles soient des apports plus récents de son histoire migratoire, elles donnent l'opportunité d'un va-et-vient entre les mondes, entre les marges et le centre : son intériorité, son entourage et le milieu social. Ainsi, la personne peut se retirer du groupe familial ou social à certains moments donnés et s'y ré-affilier à d'autres moments. A cet égard, la référence culturelle n'est pas tant un *discours-écran* mais se reconnaît, parce qu'élaborée par la personne elle-même, dans sa fonction d'étayage de l'expérience psychique et sociale, de manière tout à fait singulière. C'est pourquoi il est si important que la culture offre des sens pluriels, diversifiés, riches, de l'expérience humaine et que les personnes puissent y circuler librement dans leurs trajectoires de vie et lors de maladies.

Le patient peut contester les théories du thérapeute d'une autre culture et y opposer sa propre vision des choses comme il peut être « compliant », accepter d'entrer dans la solution thérapeutique qui lui est donnée et y trouver réconfort et apaisement :

« Il s'offre à nous dès lors une toute autre perception de ce fait singulier qui ne cesse d'étonner les cliniciens : ce paganisme- cette espèce de polythéisme thérapeutique spontané- de tous les patients du monde, qui n'hésitent jamais à enjamber les prétendues oppositions métaphysiques entre « naturel » et « surnaturel », entre « rationnel » et « irrationnel » et s'engagent successivement, parfois même concurremment dans une démarche auprès d'un psychiatre, d'un psychothérapeute, mais aussi d'une voyante, d'un guérisseur, d'une Eglise charismatique. » (Nathan, 2001a :88-89).

Une compréhension des choses, des êtres et de leur souffrance dans leur histoire singulière et dans les passages incertains de la migration peut permettre d'établir un contact avec l'autre, au cœur de sa subjectivité et de son identité en mouvement, sans pour autant faire le sacrifice de ses propres attachements, comme intervenants, à des choses, à des manières de faire et à des références porteuses de sens dans leur contexte culturel contemporain.

### 3.2.8 Les critères du normal et du pathologique pour l'ethnopsychiatrie

On ne peut pas penser les différentes sociétés du monde, et leurs différentes cultures comme neutres c'est-à-dire comme des contextes dans lesquels la pathologie psychique, sociale ou physique ne serait qu'un effet de l'incapacité des individus à s'y adapter. Certaines pratiques ethnoculturelles deviennent pathogènes<sup>34</sup> alors que d'autres contribuent habituellement au bien-être de leurs adhérents. La déviance d'un individu par rapport à la culture dominante n'est pas en soit problématique alors que l'isolement

---

<sup>34</sup> Jacques Pohier (1985) fait une analyse théologique, psychanalytique et culturelle de la sexualité et des représentations historiques que l'Eglise catholique en a faites dans sa représentation de Dieu. Pour celle-ci, le rapport au plaisir est toujours central et problématique. Ayant vécu au Québec, l'auteur en écrit : « *J'eus la chance de passer ces trois années d'études à Montréal (...) et de me faire connaître de près une des formes les plus ahurissantes qu'ait jamais prise la morale sexuelle catholique, à savoir celle qui présidait à la formation des infortunés Québécois et Québécoises jusque vers 1950-1960.* » (p. 191). Il explore comment cette morale, et la théologie du mariage décrétée en dogme au XIIIe siècle, sont pour le moins dépassées, ne serait-ce que par l'allongement de la longévité des femmes qui sont passées d'une espérance de vie de 35 ans au XIIe siècle à maintenant plus de 80 ans. Il en analyse les effets néfastes sur la vie des couples et des personnes qui s'éloignent de ces contraintes culturelles. Plus récemment, Eric GASCON (2001) propose une analyse des rapports entre la montée du conservatisme moral associé au néo-libéralisme, le vécu de souffrance des hommes et la violence conjugale au Québec.

d'autres individus du groupe social sera indicateur d'une difficulté. Laplantine propose quatre critères du normal fondés sur l'épistémologie de l'ethnopsychiatrie :

« 1°L'aptitude des êtres humains à la communication et plus précisément à la communication symbolique. 2°La solidarité de la culture avec les intérêts du Moi capable de souplesse et de sublimations créatrices, non avec les pulsions du Ça ou les intérêts du Surmoi. 3°L'aptitude de l'individu à s'aimer suffisamment lui-même, à préférer vivre plutôt que mourir, à célébrer festivement la vie, à rêver et à maîtriser ses rêves. 4°La reconnaissance de la réalité, c'est-à-dire d'un monde extérieur distinct de soi. » (Laplantine, 1988 :96-97).

Ces critères métaculturels ont pour mérite de combiner à la fois le rapport de l'homme à soi, aux autres et au monde, sans imposer de contraintes culturelles normatives et prescriptives. L'humain reste sujet de son existence, de son rapport aux mouvements de la vie et inscrit dans sa réalité collective.

Après avoir défini le problème de l'intervention en santé mentale auprès des immigrants tel que je le concevais, j'ai formulé l'hypothèse que la « double étrangeté » des sujets venants de diverses cultures et présentant des problèmes de santé mentale, suscite des réactions chez les intervenants à même de contribuer à des changements dans les pratiques d'aide. Dans ce chapitre, les concepts et la méthodologie développés en ethnopsychiatrie sont venus éclairer la compréhension de l'intervention auprès des immigrants et les conditions pour qu'une rencontre comme pratique d'altérité soit possible. Dans le prochain chapitre, je décris la méthodologie que j'utilise dans ma recherche.

## CHAPITRE 4

### CADRE MÉTHODOLOGIQUE

#### 4.1 Le cadre de la démarche de recherche

Mon projet de recherche s'inscrit dans une recherche plus large menée en 2002 dans un CLSC de la région de Montréal sur leur programme de santé mentale. Les objectifs de ma recherche rejoignent un des volets de ce projet à savoir comprendre comment les programmes et les intervenants tiennent compte de la grande diversité culturelle et de la forte proportion d'immigrants récents et de réfugiés sur le territoire. Il m'a été offert de participer à l'analyse des résultats. Je me suis intéressée essentiellement aux intervenants et non à l'analyse de la programmation comme telle.

#### 4.2 Une méthodologie qualitative

Les pratiques en santé mentale en CLSC sont diversifiées et s'appuient sur des conceptions des problèmes de santé mentale différenciées. La pluriculturalité introduit de nouvelles réalités. J'ai choisi de procéder à une recherche qualitative de type exploratoire pour faire ressortir les multiples variations dans les discours des intervenants sur leurs pratiques en santé mentale : « La principale caractéristique de l'approche qualitative est de privilégier le point de vue des acteurs sociaux dans l'appréhension des réalités sociales. » (Mayer et Deslauriers, 2000 :159-160). Cette approche me semble la plus propice à l'identification des discours habituels comme ceux plus marginaux et pouvant être porteurs de nouveautés dans ce champ de pratiques.

Dans le cadre de la recherche principale, des entrevues semi-structurées ont été faites par des interviewers externes auprès d'une cinquantaine d'intervenants du CLSC dans tous les services et auprès de toutes les catégories professionnelles. La question principale portait sur leurs pratiques auprès de la clientèle présentant des problèmes de santé mentale. Chaque intervenant était invité à exposer des histoires de cas pour illustrer sa pratique en santé mentale dans le cadre de son travail au CLSC, que ce soit comme

infirmière, éducatrice, médecin, travailleuse sociale, auxiliaire familiale, psychologue ou professionnel en réadaptation. Des questions supplémentaires ont servi à clarifier l'un ou l'autre aspect des propos de l'interviewé. Je n'ai pas procédé moi-même aux entrevues des intervenants. Les entrevues enregistrées ont été intégralement retranscrites. Toutes les histoires de cas rapportées par les intervenants ont été classifiées sous pseudonyme pour préserver leur anonymat de même que celui de leurs clients et patients. C'est à partir de ces verbatims que j'ai procédé à mon analyse de contenu sur les pratiques d'intervention et le sens de ces pratiques. Je discuterai plus loin des limites de ce matériel par rapport aux objectifs poursuivis dans ma démarche.

#### 4.3 Position éthique face au matériel de recherche

Comment arriver à rendre compte de la richesse des expériences mises en mots dans un quotidien ressemblant à un tourbillon d'élans du cœur, de pressions diverses, de limites de la réalité, de contraintes institutionnelles et d'interrogations ? Qu'avaient vécu ces intervenants et intervenantes d'avoir ainsi pris la parole sur leur travail ? Comment appréhendaient-ils d'être ainsi observés, analysés ? Si on pouvait sentir une certaine désinvolture pour les uns, pour d'autres il s'agissait plutôt de retenue ou de pudeur. Certains laissaient percevoir de l'inquiétude quant aux conséquences de leur prise de parole. Les intervenants et intervenantes rencontrés lors de cette recherche voient leur propos étudiés. Ils partagent une position de vulnérabilité à certains égards similaires à leurs clients, évalués et faisant l'objet de discussions dans les équipes en santé mentale ou multidisciplinaires, ou à des immigrants dans un pays inconnu, à l'arrivée aux frontières : « Comment seront traduites nos paroles ? Que retiendra-t-on de nous ? »

La mise en mot a toujours ceci de particulier qu'elle fige le temps et l'évolution de notre pensée. La représentation de la réalité qui émerge de la recherche peut ne pas dire exactement ce que l'on perçoit, avec le risque de voir les paroles interprétées, déformées. Parler de quelque chose ne signifie cependant pas en épuiser la pensée. La parole est une porte d'entrée. Prendre la parole permet la rencontre avec l'autre, l'établissement de rapports affectifs, le commerce, la négociation, la création. Cependant, il faut un premier

don initial. Ce don inaugure l'échange et crée l'attente d'une réciprocité qui permettrait que la parole produise du sens. L'angoisse de la parole humaine.

Travailleuse sociale en CLSC auprès d'immigrants, c'est de cette place que j'ai appréhendée cette recherche, avec la subjectivité qu'elle implique. C'est avec la même éthique qui pose les clients en sujets de leur histoire que je conçois les intervenantes et les intervenants sujets de leurs récits et de leurs positions comme acteurs dans le système de santé et de services sociaux au Québec : une éthique du témoin, avec toutes les exigences que cela impose à la fois de respect, de rigueur et d'engagement orienté vers l'action pour les changements nécessaires.

#### 4.4 La valeur heuristique des récits des intervenants sur leurs pratiques

Dans la cueillette d'informations auprès des intervenants, il leur avait été donné comme consigne de partir d'histoires de cas portant sur la santé mentale. Il convient de rappeler qu'il n'a pas été demandé d'emblée aux praticiens de parler de leur intervention auprès d'immigrants spécifiquement, mais de leurs pratiques en santé mentale. Cette question large, sans induire d'emblée les éléments culturels et migratoires des histoires de vie, a favorisé que la parole des intervenants se déploie dans tous les sens. Chacun était libre de mettre en évidence sa propre compréhension de l'autre, de sa situation spécifique, de son réseau relationnel, de son intégration et des actions engagées envers lui conséquemment aux difficultés identifiées et à la requête d'aide.

Les récits, en plus de décrire la situation et les interventions, donnent accès au rapport de l'intervenant à cette situation, à la conception qu'il a des problèmes des clients, aux processus qu'il met en place, à ses relations avec le CLSC ou les autres partenaires dans l'intervention, le sens de ses expériences, les enjeux de l'intervention, des points de vue ou des réactions de ses clients, son appréciation de l'évolution des cas et les questions que certaines situations suscitent chez lui. Dans la perspective ethnopsychiatrique, les données provenant de l'intervenant donnent accès à des informations majeures pour comprendre l'ensemble de la réalité observée.

Il est important de souligner la forme que cette histoire acquière, c'est-à-dire comment l'histoire de cas va se construire dans la rencontre entre le chercheur et l'intervenant. Construction symbolique, le récit des intervenants doit être compris ici comme fragments de leur compréhension de la réalité et de leurs pratiques en matière de santé et de services psychosociaux auprès de patients ou de clients présentant des problèmes de santé mentale. L'analyse du récit ne cherche pas à identifier « une vérité » externe à la situation d'intervention. La valeur heuristique du récit réside dans ce qu'il met en lumière ou garde dans l'ombre.

« Encore une fois, il serait dérisoire de nier qu'il n'y ait pas de différence entre les récits – « les témoignages de vérités » et les récits imaginaires du roman-, mais il convient de reformuler ce rapport (au sens, à l'imaginaire, à la science, à la littérature). La relation entre la recherche scientifique et la création artistique peut être envisagée différemment : non comme la vérité et le mensonge, mais comme *deux formes de constructions symboliques*, deux configurations nouvelles qui, loin de reproduire ce qui a été vu ou a été dit, s'efforce de faire surgir de l'inédit et de proposer à la réflexion et au dialogue. » (Laplantine, 1998 : 322).

Je travaillerai dans un premier temps avec les zones éclairées des récits, leur contenu manifeste. Dans la deuxième partie du chapitre 6 de l'analyse des résultats, j'aborderai ce qui est apparemment resté dans l'ombre. La régularité même de l'absence que l'analyse a fait émergé, que l'ethnopsychiatrie nomme le contenu latent de la culture (le refoulé culturel), peut s'avérer important dans le rapport des intervenants aux immigrants.

Comme tout récit, les récits des intervenants valent la peine d'être lus et analysés pour donner à réfléchir, étant nécessairement porteurs de nouvelles interrogations sur nous-mêmes, individuellement et collectivement. Comme le situe ce philosophe contemporain,

« Si la pratique du récit consiste en une expérience de pensée par laquelle nous exerçons à habiter des mondes étrangers à nous-mêmes, encore faut-il accepter que leur étrangeté nous dérange et leur habitation soit inconfortable. (...) S'ouvrir à l'étranger, à sa présence en l'autre comme en nous-mêmes, est sans doute l'une des plus difficiles et nécessaires exigences éthiques de ce temps de notre civilisation. » (Hentsch, 2002 : 33).

L'analyse a permis enfin de mettre en évidence des lignes de continuités ainsi que des discontinuités voire des ruptures dans les pratiques diversifiées des intervenants, proposant progressivement des hypothèses d'interprétation pour comprendre plus précisément ce qui apparaissait au premier abord comme des impasses ou des paradoxes dans ce qui était raconté. Le concept de continuité comporte deux dimensions, une interne et l'autre externe. Sur le plan interne, la continuité est définie ici comme congruence entre la conception du problème présenté, les actions mises en place pour y répondre de même que l'ensemble du discours sur le client et sa situation, y compris les positions du client. Sur le plan externe, la continuité implique la transmission d'informations sur le client, une coordination des services et un suivi dans le temps autour des besoins de la personne. Le concept de discontinuité apparaît donc *a contrario* comme incohérence entre la conception du problème du client, les actions mises en place pour y répondre ou le discours sur le client ou venant des agirs du client. Il s'agit également, sur le plan externe, de rupture dans la communication, dans la coordination ou dans le suivi du client. Les dimensions interne et externe peuvent être inconciliables. Quand la logique de l'intervention demande de modifier les interactions avec le milieu hospitalier par exemple, il y a discontinuité dans le réseau de services mais il peut y avoir cohérence dans le modèle d'intervention ou selon les attentes du client.

#### 4.5 Le type de données et les stratégies d'analyse

Pour la première partie du traitement des données, un échantillon aléatoire de 178 histoires de cas extraites des cinquante entrevues d'intervenants identifiés par des pseudonymes et sans information nominative des clients, m'a été rendu disponible. Après la lecture complète de ce matériel, une première sélection a été faite par l'application de deux critères, afin de répondre à mon objet d'étude, les pratiques en santé mentale auprès d'immigrants :

- a) que l'origine ethnoculturelle du client ou du patient soit identifiée dans l'histoire, que cette information soit introduite par l'interviewer ou par le praticien lui-même;

b) et que cette origine ethnoculturelle soit autre que dite québécoise.

Soixante (60) récits ont été retenus en fonction de ces deux critères, soit 34% du matériel. L'échantillon comporte des histoires dans tous les services et toutes les professions mais en proportion inégale. Je ne désirais pas considérer cette dimension dans mon échantillon. Cependant, la taille de l'échantillon a permis d'obtenir une saturation des données en regard des objectifs poursuivis.

Une fois l'échantillon constitué, j'ai procédé à une première lecture flottante de contenu. J'ai élaboré une grille d'analyse et j'ai codifié systématiquement le matériel en fonction de cinq thèmes : 1) la ou les conceptions des problèmes de santé mentale dans cette intervention, 2) les pratiques mises en place, y compris les éléments d'évolution ou les perceptions des clients, 3) les éléments de continuité, 4) les éléments de discontinuité entre les énoncés concernant les conceptions de la santé mentale, et enfin, 5) les composantes culturelles présentes dans les histoires de cas (origine ethnique, culturelle ou nationale, religion, étiologie des problèmes, pratiques culturelles, attributions de sens, éléments migratoires et autres). Un tableau-synthèse a été fait pour chacune des soixante (60) histoires de cas, numéroté et identifié par l'origine ethnique du client, la problématique principale et le pseudonyme de l'intervenant. Cette codification et la mise en forme plus schématique des récits ont permis l'appropriation et l'imprégnation du matériel, d'en saisir la globalité et d'en discerner les particularités.

Il est progressivement apparu que l'analyse devait s'articuler autour de la conception de la santé mentale véhiculée par les histoires de cas. Dans la mesure où les intervenants articulent habituellement leurs actions au sens qu'ils attribuent à ce qui est soumis à leur observations (systèmes des signes, des sens et des actions (Corin, Bibeau et al., 1990), les modifications de trajectoire à leurs logiques initiales sont ensuite apparues significatives.

L'analyse de contenu a été faite à deux niveaux : d'abord, j'ai procédé à une analyse plus descriptive des conceptions, des pratiques des intervenants de même que leur appréhension des composantes culturelles, analyses très proches de ce que les personnes

ont exprimé. Le discours des intervenants s'est trouvé regroupé selon des ressemblances qui ont graduellement émergé comme telles. Ces regroupements ont mis en évidence du matériel plus marginal. L'ensemble du matériel a ainsi pu être catégorisé et analysé.

Ensuite, j'ai procédé à une analyse plus approfondie de certains discours où les intervenants expriment des incertitudes, des déstabilisations face à l'étrangeté des propos de leurs clients. J'ai essayé de saisir la double dynamique dans laquelle s'articule santé mentale et culture et de dégager les diverses réactions suscitées par la confrontation à la « double étrangeté » dans ces situations interculturelles. C'est ainsi à partir du discours sur la culture de l'autre que j'ai pu saisir les décalages ou les emphases particulières et comment s'articulait le rapport d'intervention. Cinq positions ont été dégagées puis illustrées. L'interprétation des résultats a été complétée en les replaçant dans le contexte culturel du Québec contemporain tel que brossé par divers auteurs, dans un espace de dialogue et de recherche d'une compréhension plus large du sens de ces pratiques en santé mentale.

#### 4.6 Les limites de cette recherche

Cette recherche prend comme point de départ les récits des intervenants sur leurs pratiques auprès d'immigrants souffrant de problèmes de santé mentale. Le fait de ne pas avoir précisé que l'on désirait des histoires de cas centrées sur leurs interventions en santé mentale auprès des immigrants spécifiquement me semble une limite importante. Si les intervenants avaient été questionnés directement à ce sujet, ils auraient pu mettre en évidence d'autres éléments de vécu ou de réflexion que l'emphase sur les problématiques de santé mentale a plus ou moins mis au second plan ou fait oublier. Cependant, ces « oubliés » sont sans doute significatifs d'une certaine conception de la santé mentale sur laquelle je reviendrai dans la présentation des résultats.

D'autres recherches seraient requises pour vérifier si l'appartenance professionnelle ou l'attachement administratif à l'un ou l'autre secteur d'activités (Enfance-famille, Maintien à domicile, etc.) influence l'émergence des discours, majoritaires ou singuliers.

L'appartenance ethnoculturelle des intervenants n'était pas non plus disponible, ce qui a nécessité de les considérer comme québécois ou du moins imprégnés de la culture québécoise, soit par leur formation, soit par leur adhésion aux valeurs de leur profession, soit par le mandat de l'établissement. L'analyse culturelle des réactions des intervenants ne peut qu'être globale. Si elle a le mérite de ne pas tomber dans l'interprétation sauvage des dires des uns ou des autres, elle constitue en fait un point de départ pour la réflexion de chacun en regard du rapport à son histoire et à sa culture dans une institution québécoise.

Il serait également pertinent de compléter cette recherche, faite du point de vue des intervenants, par le point de vue des usagers eux-mêmes. Quelles expériences font-ils de la rencontre avec un intervenant ? Quels sont les effets sur eux des positions adoptées par l'intervenant face à leur étrangeté ? Quels en sont les impacts sur la suite des interventions ? Ces questions sont essentielles à mon avis dans la compréhension de la rencontre en situation interculturelle. Ils constituent cependant le cœur de la recherche principale sur le programme de santé mentale dans ce CLSC de Montréal.

#### 4.7 Les résultats attendus

Ma recherche vise à identifier les conceptions de la santé mentale que les intervenants en santé et dans les services psychosociaux d'un CLSC de Montréal mettent en œuvre dans leurs pratiques d'aide auprès des immigrants. Je serai particulièrement attentive aux déstabilisations et aux conflits entre les praticiens et les clients concernant leurs représentations des problèmes, que ce soit spécifiquement concernant la santé mentale ou d'autres éléments de la situation, et les solutions préconisées. La manière dont l'intervenant rapporte avoir réagi à ce qui est apporté comme conception singulière des choses par le client sera examinée: sa perception de cet apport, les effets repérables sur l'agir professionnel, ce qu'il en fait (soit nier cet apport, le rejeter, le mettre au service de la suite du processus, le mettant en dialogue avec sa propre conception des choses ou autres). C'est ce que j'appelle la position des intervenants face à la double étrangeté dans le rapport d'intervention. La présence de positions ouvertes à la négociation et au

dialogue, au-delà des positions défensives ou standardisées, sera pour moi une indication que l'espace d'intervention créé par l'ébranlement des critères culturels d'évaluation et d'action a réintroduit la subjectivité des acteurs en présence et trace la voie à de nouvelles pratiques auprès des immigrants. De ce fait, les hypothèses seront confirmées ou non.

Enfin, je verrai ce qui, dans l'histoire du Québec, peut contribuer à l'émergence de « contre-transferts culturels » chez les intervenants et peut donner à penser que l'intervention auprès d'immigrants rencontre des résistances particulières. Des conflits collectifs peuvent alimenter les « contre-transferts culturels », même si ceux-ci ne sont pas exprimés de manière manifeste chez les professionnels interrogés. Cet essai d'analyse culturelle a la prétention d'aider à donner sens aux pratiques dominantes comme aux pratiques en émergence.

Cette recherche vise à dégager des pistes de soutien dans le développement de pratiques d'altérité et face aux conflits éthiques considérables en milieu pluriethnique. Elle vise ultimement à susciter une réflexion et une pratique plus ouverte à la diversité culturelle du monde dans le champ de la santé mentale.

**PARTIE II – ANALYSE DE DISCOURS D’INTERVENANTS EN SANTÉ MENTALE AUPRÈS  
D’IMMIGRANTS EN CLSC**

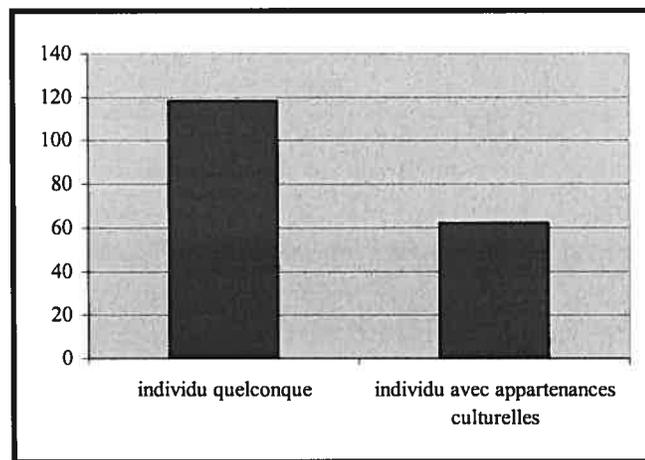
**CHAPITRE 5  
CONCEPTIONS ET PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE**

**5.1 La délicate question de l’origine ethnoculturelle des clients**

Une première constatation s’impose dès maintenant sur les récits des intervenants. Dans les 178 histoires de cas initialement lues, seulement 34% spécifient l’origine ethnique des clients (Tableau 1). Cela ne signifie pas nécessairement qu’ils ne tiennent pas compte de cet élément mais bien qu’il n’en est fait mention qu’une fois sur trois. Différentes hypothèses explicatives sont possibles. D’un côté, cela peut traduire une tendance à ne pas tenir compte des appartenances culturelles des clients, appliquant les théories et traitements de manière ethnocentrique, leur conférant un statut universel. D’un autre côté, il peut s’agir d’une stratégie narrative propre à éviter les ambiguïtés au niveau du racisme ou de la discrimination souvent associées à l’identification ethnique ou culturelle des personnes. Cela peut aussi refléter la culture technocratique de nos organisations visant un traitement indifférencié des clients.

**Tableau 1**

Identification de l’origine ethnoculturelle des clients dans le discours des intervenants



Cependant, et cela est beaucoup plus intéressant, dans la majorité des récits dans lesquels l'origine ethnique est mentionnée, d'autres éléments culturels sont nommés (Tableau 2). Seulement dix histoires sur 60 se limitent à identifier l'origine ethnoculturelle. Ceci donne à penser qu'introduire cette question n'est pas sans provoquer d'autres associations d'idées chez le praticien.

Cet homme vient des Antilles de Tobago, West Indies et c'est un mariage interculturel, la femme vient de ... Elle est d'origine américaine, grec. (...), mais elle vivait ici à Montréal. (cas 33, homme antillais)

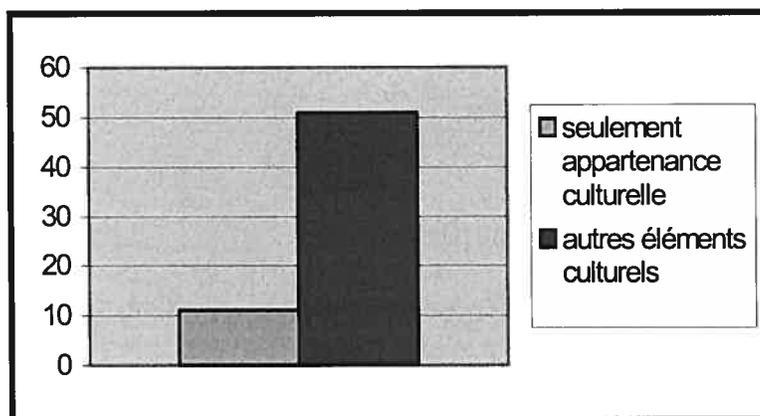
...une jeune fille qui vient du Bangladesh, qu'on avait décidé qu'on la mariait, je ne sais pas quel monsieur de New York qui avait 2 fois son âge. (cas 13, femme du Bangladesh)

... C'est une femme de race mixte, mais en partie noire, et elle portait les tresses multiples, genre "dread lock" un peu "dreak lock" comme les cheveux éthiopiens, les rastas. (...) Née à New York, je crois. Mais en partie noire, Porto Ricain, Amérindien, ... (cas 2, femme noire)

Les histoires se complexifient, les acteurs se multiplient, un avant et un après se profilent dans la chronologie des trajectoires de vie. Alors que le temps prend justement une densité et une intensité particulière chez les personnes vivant des situations de détresse psychique et sociale, les lieux et liens d'ancrage sont autant de points de repère dans la biographie individuelle et familiale. Ces exemples mettent en évidence non seulement les lieux d'où sont venues ces personnes mais également des liens significatifs, pour l'un une épouse, pour l'autre un groupe social représenté par « on avait décidé de la marier », pour la dernière, les multiples influences dans sa construction identitaire (africaines, portoricaine, amérindienne, américaine). On reconnaît ainsi l'importance des appartenances primaires ou secondaires des personnes auxquelles on a affaire aujourd'hui, ici à Montréal, appartenances comme je l'ai situées au chapitre précédent qui, non seulement, fondent la vision de soi, son identité, le rapport aux autres et du monde mais qui, également, conditionnent les représentations du désordre psychique et social, de la maladie et de la santé de même que les moyens de retrouver équilibre et sens.

**Tableau 2**

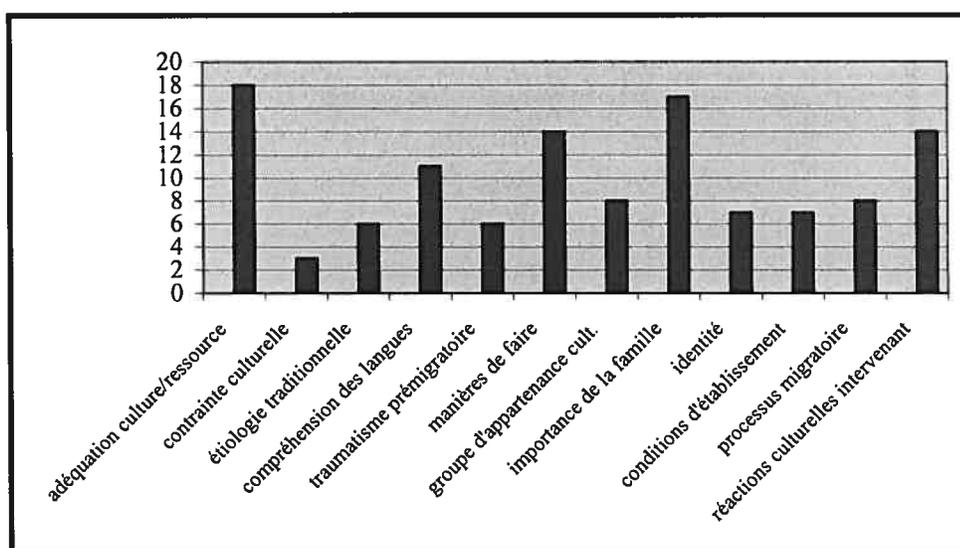
Éléments culturels présents dans le discours des intervenants



Les intervenants font mention dans leurs récits de beaucoup d'éléments concernant la culture : identités, groupes d'appartenance, langues, manières de faire, étologies traditionnelles, importance de la famille, contraintes culturelles, traumatismes, processus migratoire, conditions d'établissement. Ils évoquent également leurs réactions culturelles, des problèmes de traduction ou des éléments relevant de la culture des organisations comme l'adéquation culturelle des ressources (Tableau 3).

**Tableau 3**

Diversité des éléments culturels présents dans le discours des intervenants



## 5.2 Les conceptions des problèmes de santé mentale

Dans leur présentation des histoires de cas, les intervenants, souvent dès les premières paroles, ramassent en quelques énoncés ce qu'ils ont retenu ou synthétisé des difficultés du client. Véritables condensations de sens, elles traduisent leur conception des problèmes du client. Les intervenants organisent la suite logique du discours sur la pratique, les résultats de l'intervention, les réactions de l'utilisateur, etc. Bien qu'ils se réfèrent à diverses conceptions de la santé mentale, des tendances ont pu être dégagées, les unes majoritaires, les autres plus marginales. J'ai tenté de dégager la conception à laquelle on fait plus fréquemment référence, puis j'ai dressé la liste des autres conceptions présentes.

On constate que trois visions des problèmes de santé mentale prennent place dans les récits des intervenants : la conception psychiatrique biomédicale, la conception sociale et la conception culturelle.

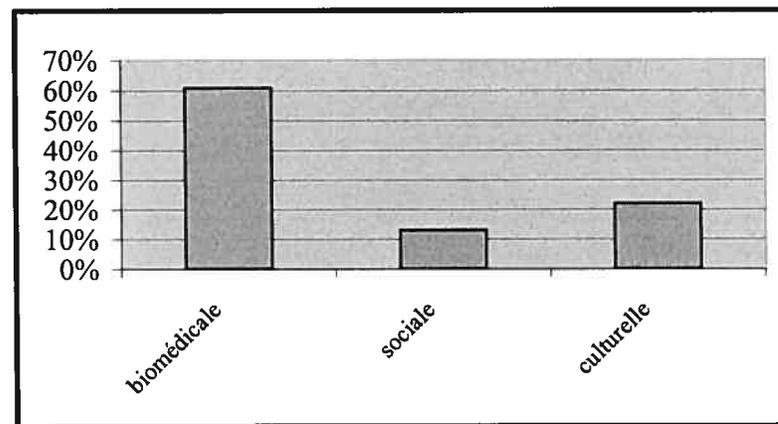
- La conception du problème est nommée comme étant *d'ordre psychiatrique biomédical* quand le discours du praticien est organisé autour de la pathologie du patient et du traitement médicamenteux, tels que pensés par la psychiatrie d'orientation biomédicale.
- La conception *sociale* des problèmes se retrouve dans les discours où dominent les thèmes d'isolement social, de discrimination, de conflits avec l'école et de violence conjugale, sans qu'ils soient résumés autour du discours psychiatrique médical. Je considère aussi sous cette catégorie les problèmes d'organisation des services dans le réseau, situations que les intervenants ont posées comme faisant problème dans l'histoire, au-delà parfois de la situation personnelle du client.
- La conception *culturelle* des problèmes regroupe les problèmes liés au projet migratoire, les difficultés de langues, de compréhension interculturelle et d'identité culturelle, les différences dans les manières de faire entre le client et l'intervenant de même que des contraintes sur la vie des personnes qui sont associées à la culture d'appartenance. Dans ces histoires, les intervenants situent

des « obligations » culturelles comme faisant problème dans la nouvelle situation de vie de leurs clients.

Il est intéressant de noter que la référence à la psychiatrie d'orientation biomédicale est centrale dans le traitement des troubles mentaux mais que d'autres conceptions continuent de circuler dans les milieux d'intervention (Tableau 4). La prochaine partie illustrera comment les intervenants présentent et expliquent, à partir de ces conceptions, les difficultés vécues par leurs clients.

**Tableau 4**

Conceptions de la santé mentale présentes dans le discours des intervenants



### 5.2.1 La place prépondérante du discours psychiatrique biomédical

La majorité des histoires de cas est construite autour du *modèle médical psychiatrique*. Le patient a fait l'objet d'une évaluation de son état psychiatrique, un diagnostic a été posé par un psychiatre ou un autre professionnel de la santé (psychologue, infirmière, omnipraticien). Le discours de l'intervenant identifie de façon significative la pathologie qui vient expliquer par la suite la condition du patient ou les comportements perçus comme étranges: dépression, anxiété, stress post-traumatique, troubles psychosomatiques, troubles de la personnalité, schizophrénie, désordre bipolaire, psychose, démence. Cette catégorie représente 65% de l'échantillon (Tableau 4).

L'utilisation du modèle biomédical pour décrire les difficultés des personnes prend plusieurs formes. La première consiste à présenter la personne et sa situation à partir du diagnostic psychiatrique tel que formulé par le DSM IV :

On pourrait peut-être la qualifier de sévère et on va voir si ça va être persistant, mais c'est un trouble de stress post-traumatique grave avec des épisodes de dissociation. (cas 2, femme portoricaine)

Disons, dépression, anxiété, le cas typique que j'ai, c'est la femme victime de violence soit présentement ou qui a été victime d'abus dans son pays, tu sais, j'en ai une entre autres qui a été abusée. (cas 51, femme algérienne)

Quelqu'un qui avait peut-être pas de maladie grave, qui était un peu déprimée... (cas 18, femme asiatique)

Pis elle a fait une psychose post-partum, suite à son deuxième accouchement, puis elle a été à l'hôpital juif pendant 1 mois, (...) (cas 58, femme juive)

C'était une madame qui avait 2 jeunes enfants, en gros trouble de personnalité « border line ». (cas 41, femme juive)

Il y avait un père qui venait ici, qui demandait une intervention avec sa fille qui était vraiment partie, là vraiment des délires de persécutions, ces choses-là. (...) elle est quand même très malade, et puis elle a besoin de médicaments puis elle a besoin d'être soignée par les psychiatres, puis elle a besoin de tout un service de psychiatrie. Mais, écoute, elle fonctionne pas. Elle reste à la maison parce qu'elle attend les instructions qui vont lui arriver par la t.v. (cas 18, femme roumaine)

La plupart du temps, les intervenants tracent des portraits des situations de leurs clients faisant voir la situation dans sa complexité, où de multiples problématiques sont intriquées. Cependant, c'est l'explication médicale qui vient sceller le discours sur le problème. Par exemple, pour cette mère, affectée par des problèmes de santé physique majeurs, confrontée à la déqualification professionnelle de même qu'aux défis de la maternité en contexte migratoire, l'intervenant conclut son analyse par le diagnostic psychiatrique et le traitement pharmacologique associé:

Elle arrive enceinte, elle accouche 2 mois plus tard. Elle arrive au pays avec son mari qui est obligé de refaire ses études d'ingénieur parce qu'il ne trouve pas de travail. Elle a une fille de 4 ans qui se lève la nuit encore. Elle lui

donne deux bouteilles de lait la nuit. Elle-même dit que c'est toujours sa mère qui s'est occupée de cette petite fille-là. Ça fait que ça a été très difficile de s'occuper de sa petite fille de 4 ans en plus du bébé. C'est une femme ingénieur mais elle n'avait pas confiance dans son allaitement. (...) En plus, elle a eu besoin d'une chirurgie pour le foie et à la vésicule après l'accouchement. (...) La psychologue a dit oui, elle est très déprimée, elle a des besoins. ...elle va prendre des antidépresseurs, elle a vu son médecin. (cas 24, femme roumaine)

Cette traduction de la souffrance psychique et sociale en termes psychiatriques peut être comprise comme un exemple d'une dynamique sociale plus large, comme l'avait déjà souligné Ehrenbergh dans son analyse des mutations contemporaines dans le champ de la psychiatrie. On constate bien l'enchevêtrement des problématiques du champ social au domaine médical et l'hégémonie du discours biomédical en ce qui concerne le mieux-être psychique et la condition sociale.

D'autres intervenants présentent un portrait nuancé, tentant de se distancer de la lecture biomédicale qui demeure centrale. Pour cette femme indienne dont le vécu pré-migratoire a laissé des traces profondes fragilisant non seulement sa santé mentale mais également la qualité des liens avec ses enfants, la dépression constitue l'élément organisateur des nombreux problèmes présents :

La dame indienne, qui a eu certains traumatismes avant de venir ici. (...) Des persécutions dans son pays, traumatismes et qui est arrivé ici enceinte, je dirais bien 5 ans. Mais qui est restée déprimée tout ce temps là, même avec des prises de médication. (cas 37, femme indienne)

Dans le récit suivant, l'intervenant prend soin de distinguer le diagnostic du psychiatre de sa vision des choses et de préciser son point de vue, le diagnostic servant de point d'appui pour continuer à comprendre la détresse de cette personne:

Le psychiatre a dit : « Dépression, anxiété aigüe. » A son arrivée, monsieur est arrivé... parce qu'il a une histoire, il y a des raisons pourquoi il est arrivé ici. Il y a des raisons pourquoi l'anxiété a été créée aussi intensément. (...) C'était dépression, anxiété liées à son vécu au pays. Transition, les pertes, plein de pertes, soit divorce, séparation. Qu'est-ce qui s'est passé avant et ensuite l'arrivée ici et même ici. (cas 27, homme de Côte-d'Ivoire)

Cette même distinction entre la référence au diagnostic et l'analyse psychosociale se retrouve évoquée dans des situations d'abus sexuels ou de violence :

Une femme marocaine, musulmane, qui avait une fille qui a été abusée sexuellement à l'automne et qui a consulté suite à ça. Et que ça a éveillé des souvenirs de son propre abus. En terme diagnostic, il y avait beaucoup d'anxiété. Elle avait été dépressive et il y avait certains éléments post-traumatiques. (cas 4, femme marocaine)

Il y a dépression, une personne très anxieuse qui n'arrivait plus à dormir. Un peu de violence conjugale, battue, probablement battue dans son enfance, donc qui a vécu des traumatismes qu'elle traîne et qui encore revit de la violence avec son conjoint, donc c'est dur et un petit bébé là-dedans. (cas 38, femme marocaine)

Dans une situation de violence conjugale, alors que l'intervenant tentait d'élargir sa compréhension des comportements du conjoint en introduisant ses rapports de filiation amérindiens dans l'analyse, le discours psychiatrique biomédical semble prévaloir et l'exploration s'est arrêtée aux premières intuitions formulées :

J'ai discuté le cas avec [...] et il m'a aidé à faire la référence et tout. Mais on a discuté du cas, c'était pas ici qu'on pouvait le suivre. Parce que je pensais que ça pourrait être lui. (...) Je pensais, au premier moment. C'est un monsieur que sa mère est amérindienne, (...) Il ne semble pas que ça soit l'enjeu du cas. (...) Parce que jusqu'au moment, il a été, ses crises ont été résolues en criant sur sa femme, en la battant, des affaires, des trucs, des affaires. Donc c'est pas un homme violent, oui, il y a de la violence mais c'est quand il décompense qu'il fait ça. (cas 60, homme amérindien)

La captation par le discours biomédical de problématiques aussi diverses que les abus sexuels, la violence subie au pays d'origine, la pauvreté, la déqualification professionnelle et les obstacles à l'intégration sociale des immigrants, la violence dans les rapports homme-femme ou même les rapports sociaux interethniques inégaux réduit d'autant la visibilité de ces problématiques.

Elle avait un emploi mais elle était insatisfaite, elle avait des difficultés relationnelles avec le patron. (...) C'est quelqu'un que je décrirais comme schizoïde ou paranoïde. C'est quelqu'un qui perçoit que si elle veut accomplir, atteindre des objectifs dans la vie, elle doit se débattre toute seule. Qu'elle n'aura pas d'aide facilement. Donc en retour, si elle a dû se battre, ou

travailler très fort pour atteindre un objectif, elle ne peut donner d'aide facilement aux autres. Pourquoi eux ils auraient quelque chose plus facilement que moi. Elle se perçoit comme victime de discrimination étant une femme d'origine asiatique. Elle perçoit les blancs francophones ou anglophones, ces blancs étant ici comme des privilégiés. (cas 3, femme chinoise)

Un intervenant dont une cliente a subi les effets d'une psychiatrisation en milieu hospitalier montre comment la situation était en fait beaucoup plus complexe. Lui-même avait réouvert le diagnostic initial pour poursuivre sa compréhension de cette situation et y inclure d'autres dimensions de la vie familiale :

C'est très drôle parce qu'il y avait un cas récemment de « post-partum dépression... » (...) ok.ok oui c'est vrai, on voit une femme en difficulté qui ne dort pas bien, qui se sent comme très fatiguée, qui se sent dépassée de son rôle comme mère. (...) Est-ce que c'est post-partum dépression, c'est une bonne question, tellement pertinente. Mais j'ai connu cette famille (en) prénatal (...) depuis 3 ans (...) et elle commençait à pas bien s'ajuster, je me posais sérieusement la question : qu'est-ce qui arrive dans cette famille ? (cas 32, famille du Bangladesh)

L'intervenant nomme clairement les effets réducteurs que peut avoir une tendance homogénéisante. Sa cliente, après s'être présentée à l'urgence, a été mise en psychiatrie, sous surveillance en raison de l'évaluation d'un risque suicidaire. Cela a eu des conséquences dramatiques pour elle, son mari et ses enfants.

Elle ne comprenait pas, pourquoi elle était là. (...) Et le stress de cette famille c'était énorme. Et pas seulement le stress mais c'était la détresse. Une détresse psychologique c'est presque, je peux dire cette semaine, a fait comme un trauma. ...sauf que la vie n'est pas tellement noire et blanc et ne doit pas mettre toutes les choses tellement propres et mettre en boîte et en politiques. Donc parce que ce monde est plus que ça. On ne peut pas mettre tout le monde dans les boîtes et les politiques et les procédures. (cas 32, famille du Bangladesh)

Parfois, le fait de ne pas pouvoir donner suffisamment accès aux services en santé mentale se présente comme une limite de la lecture biomédicale. La vulnérabilité personnelle et sociale reste alors sans réponse. La prégnance de ce modèle psychiatrique et son impact dans l'accès aux ressources sont bien illustrés par un intervenant qui a suivi une femme pendant quelques années. Il exprime son malaise de ne pas faire suffisamment

pour celle-ci parce que le cas n'est pas ciblé comme un problème de santé mentale mais davantage comme un problème psychosocial. Cette patiente vit une situation familiale et sociale très difficile, seule à s'occuper de ses quatre enfants. Elle a exprimé sa détresse à l'intervenant à plusieurs reprises.

Je considère que c'est un grave problème parce qu'elle a pas fonctionné bien dans la société mais comme elle était pas suicidaire. C'est pour ça que finalement, il n'y a rien eu d'agressif. (...) Elle reste fragile. (cas 23, femme haïtienne)

D'autre part, si des difficultés persistent, si des progrès ne se manifestent pas dans une demande d'aide psychosociale, la tendance est à la psychiatisation des problèmes. Je tiens à souligner notamment les diagnostics de trouble de la personnalité. Mise au dossier, ce diagnostic semble faire fonction de « mise en garde » face au patient, à ses attitudes et à ses insatisfactions explicites.

Oui j'ai pu mettre les morceaux du casse-tête ensemble. (...) tu peux pas avoir un client qui te fait sentir aussi mal que ça, sans qu'il y ait un problème là. (...) Mais c'est des gens qui restent très avec leurs problématiques, leur personnalité (...) c'est un client qu'on va avoir à long terme ça. (cas 14, homme égyptien)

Nommer ainsi ce rapport à l'autre semble ici faire fonction de protection contre d'éventuelles limites dans l'évolution du cas et ainsi permettre au praticien d'ajuster ses attentes quant au succès de la thérapie.

C'est quelqu'un que je décrirais comme schizoïde ou paranoïde. (...) Alors c'est sûr que les progrès sont moins grands que dans un autre cas mais mes attentes seraient moins élevées aussi. Parce qu'il y a un trouble de personnalité. Alors je pense tenir compte de ça aussi. (cas 3, femme chinoise)

Dans une autre histoire, une femme présente des symptômes dépressifs et anxieux persistants avec des épisodes dissociatifs pouvant être reliés à un traumatisme indéterminé. Une hypothèse précoce d'un trouble de personnalité a également été formulée. La complexité de sa situation, les nombreuses incompréhensions de son discours parfois perçu comme délirant de même que les obstacles à la concertation des

services ont certainement contribué à maintenir cette hypothèse permettant de donner sens à des données disparates :

...c'était probablement un trouble de stress post-traumatique sévère. Au départ, on se demandait s'il y avait un trouble de personnalité aussi. Et je pense qu'on a pas exclu cette possibilité. Peut-être d'autres traumas. (cas 2, femme portoricaine)

Il serait certainement pertinent de poursuivre la recherche sur l'utilisation de ces diagnostics. S'ils peuvent être un appui pour une meilleure intervention du fait de la compréhension des difficultés affectives du client et soutenir un meilleur engagement envers cette personne, ces types de diagnostic peuvent également susciter parfois l'inverse. Les conflits culturels de même que les difficultés systémiques dans le réseau de la santé seraient à évaluer en regard de diagnostics différentiels.

Il apparaît que les situations où les diagnostics psychiatriques sont les plus lourds, soit en terme d'intensité ou de persistance sollicitent beaucoup les intervenants. Dans ces cas, l'intervention est marquée par la centration sur la pathologie du patient, d'où l'importance pour les intervenants d'avoir un diagnostic le plus clair possible, un suivi de la médication et la participation des ressources spécialisées.

Même si l'on peut constater que dans la majorité des cas, les intervenants utilisent le diagnostic psychiatrique pour présenter la situation de la personne en difficulté malgré la présence de multiples problématiques d'ordre socio-économiques ou relationnelles, laissant ainsi entrevoir la domination de la conception biomédicale des problèmes de santé mentale, quelques variantes émergent.

#### 5.2.2 Au-delà du discours médical, une conception sociale : la prise en compte des conditions de vie

Dans d'autres récits, les intervenants mettent l'accent sur des difficultés différentes chez leurs clients : isolement social, conditions précaires d'établissement au pays, violence conjugale, insuffisance de revenus, problèmes avec les services, problèmes de travail,

conflits familiaux ou conjugaux, discrimination basée sur l'origine ethnique, problèmes en milieu scolaire. C'est davantage la dimension sociale de la réalité qui organise le discours et la pratique en santé mentale. Elle représente seulement 17% de l'échantillon (Tableau 4).

Dans quelques récits, les intervenants mettent en évidence des problèmes reliés au milieu scolaire, celui-ci contribuant plus ou moins directement aux difficultés d'un enfant :

Le parent se plaignait de discrimination de ses enfants puis par rapport à elle aussi, à l'école. (cas 15, femme haïtienne)

C'était un enfant de 4 ans qui ne fonctionnait pas du tout à la pré-maternelle et une maman très très très occupée qui est en train de finir son cours et que l'école renvoyait le petit à la maison et elle ne pouvait pas. (...) Mais c'est un enfant de 4 ans avec de gros problèmes de comportement à l'école. L'école, je veux dire, face à ces gros problèmes de comportement là suspendait... l'enfant et le renvoyait chez lui. (...) il se désorganisait surtout à l'heure du dîner. L'école elle a vraiment un problème à l'heure du dîner parce que les locaux sont trop petits. (cas 44, enfant anglophone)

Quelques cas de violence conjugale semblent aussi arriver à s'imposer sur le discours médical, la violence se présentant comme centrale dans les multiples problèmes de la famille :

J'ai une madame qui a vécu de la violence conjugale, de la violence sexuelle. Qui s'est ramassée en psychiatrie, crise suicidaire, qui a perdu la garde de ses enfants. Qui s'est ramassée sur le B.S.avec rien. (cas 12, femme mexicaine)

J'en ai une, par exemple qui est en dépression mais c'est beaucoup en lien avec sa situation de violence conjugale. C'est une famille encore une fois très complexe où il y a beaucoup de violence conjugale. (...) Puis la femme a 4 enfants, le plus vieux s'est fait prendre dans une histoire de vente de drogue. L'autre fille ça va. L'autre, l'enfant de 8 ans est autiste. Pis il y a une petite fille aussi, (...) Bon le père (...) aussi. Pis l'enfant autiste a été placé dans une école en français. (...) Mais c'est pour dire que pour la mère, tout ça c'est très lourd. (cas 57, femme pakistanaise)

Les trajectoires d'insertion sociale des nouveaux arrivants sont marquées par des incompréhensions envers la société d'accueil, ce qui s'ajoutent à des conditions de vie déjà difficiles. Ce sont autant de cibles possibles d'intervention pour soutenir la famille

soumise à des stress majeurs, tant à l'intérieur de la cellule familiale que dans ses rapports avec la communauté d'appartenance et avec les institutions de la société d'accueil :

Toutes les incompréhensions au niveau de la culture aussi par rapport à l'école. (...) Le père qui reconnaît pas que son enfant a des problèmes, qui dit que c'est la mère qui amène toujours les problèmes, qui l'envoie voir différents spécialistes pour qu'elle le mette dans des écoles spéciales mais qui n'en a pas besoin. (...) Tu sais quand tu es dans un bloc appartement avec les murs en carton, tout le monde entend tout. Lui, il a compris que s'il veut de quoi, il crie, tu sais. Bon, elle, elle veut pas qu'il crie, pis elle veut pas qu'il fasse une crise, ben, elle lui donne. Dans le fond, il est super gâté aussi. (...) En même temps, elle ne se fait pas respecter non plus dans tout ça et la pression de la communauté (...) (cas 57, femme pakistanaise)

Parfois, ce sont les ressources sociales qui ne répondent pas aux besoins des personnes. Comme pour cette dame âgée qui aimerait déménager et dont l'état de grave isolement a été reconnu comme faisant problème, elle n'a pas le profil correspondant aux critères d'accès des centres d'hébergement pour personnes âgées :

...madame ne semble pas avoir un problème de santé mentale grave, mais c'est juste, je trouve, elle dort beaucoup durant la journée, elle est souvent...elle est isolée, elle se sent seule, elle se sent triste. Je l'ai fait évaluer par l'équipe externe de psychogériatrie (...)...elle commençait à faire des pertes de mémoire court terme et elle habite seule. Elle est toujours en charge de ses finances et je voulais juste vérifier, est-ce qu'elle est toujours compétente, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour l'aider ? (...). Sauf qu'elle est très très spécifique où elle veut déménager, sa santé physique est merveilleuse,...) elle peut tout faire. Alors elle n'est pas appropriée pour un centre d'accueil parce que physiquement, elle est trop en santé. (cas 34, femme italienne)

Enfin, dans l'histoire d'une femme nouvellement arrivée au pays, les conditions d'établissement au pays sont mises en évidence pour décrire et expliquer les émotions exprimées par la cliente. Quand l'interviewer demande s'il y avait des choses qui semblent reliées à la santé mentale dans son histoire, l'intervenante les dissocie clairement, comme si, paradoxalement, les problèmes de santé mentale ne pouvaient aussi se définir par la dimension sociale.

J'ai eu une sud-américaine. Elle était en pleurs depuis 6 mois qu'elle est là, ça marche pas, et le mari, enfin toute l'histoire d'arrivée dans un pays où tout est nouveau. Elle a sorti plein d'affaires. (...). C'était vraiment une coupure radicale avec son pays et toute une adaptation ici qui se faisait très difficilement. Ils sont venus en plein hiver et c'était très difficile. Puis elle ne trouvait pas de travail. C'était arrivé plusieurs fois que le monsieur est allé s'inscrire tout de suite dans une université, donc il a trouvé un chemin. Mais elle, pas encore. Elle travaillait dans son pays. La santé mentale ? Pas dans ce cas là. (cas 62, femme sud-américaine)

On peut constater que si les personnes expriment de la détresse face à leur situation, la conception sociale permet d'identifier des éléments problématiques extérieurs à la personne ou à la dynamique familiale. Ces problématiques appartiennent au contexte, aux conditions de vie, aux opportunités sociales ou économiques qui favorisent ou défavorisent l'intégration et le bien-être des personnes dans leur communauté. Ainsi, les personnes ne sont pas considérées comme étant seules responsables des difficultés qu'elles vivent. Les enjeux collectivisés sont autant de cibles de changement pour l'intervention. Lorsque des éléments culturels sont apparus déterminants dans la compréhension des situations problématiques, les intervenants ont organisé les données autour de ceux-ci.

### 5.2.3 La confrontation à des points de vue radicalement différents : la conception culturelle

Une autre conception organise le discours des praticiens en santé mentale, la conception culturelle. Elle recouvre 23% des histoires de cas (Tableau 4). Les rapports à sa culture d'origine, que ce soit les contraintes associées à la culture par les intervenants ou les questions d'identité, les différences dans les manières de faire, les problèmes migratoires et les problèmes de langue, sont au cœur du récit des intervenants pour décrire les situations problématiques en santé mentale. Les situations d'incompréhension interculturelle en font partie comme celles décrites dans ces récits :

C'est ça, elle s'est une...quand je l'ai eu, elle c'est l'infirmière qui me l'a référée, elle venait d'avoir son petit bébé et puis. C'est une africaine et puis...bon, elle l'a référée parce qu'elle trouvait qu'elle disait des choses bizarres, des choses très bizarres. (...) Du style ça peut traduire qu'il y a un problème mais ... bon ça peut traduire une pensée. Une pensée très culturelle,

un imaginaire qui vient de racines culturelles africaines. (cas 36, femme africaine)

J'ai un jeune qui est en famille d'accueil (...) 2 autres jeunes qui sont placés là par les Centres Jeunesse. Des jeunes francophones blancs, qui ne parlent quasiment pas l'anglais. Madame parle un peu l'anglais. Le jeune qu'on a placé est un anglophone avec un accent assez prononcé (...) les gens ont de la difficulté à comprendre ce qu'il dit. (...) madame met l'accent sur l'encadrement strict de ces jeunes. (...) Mme est très exigeante face aux règlements, aux visites, aux sorties. Donc ça c'était un problème, le jeune me disait. (...) point de vue intégration, adaptation et culturel. La nourriture, son bien-être général, le sens d'intégration dans la famille. (...) ça manquait. (cas 29, jeune mineur du Ghana)

### La langue

La langue, tant dans la traduction que sur l'aspect sémantique, pose parfois des problèmes considérables et peut conduire à des malentendus ou à des impasses. Ce récit laisse perplexe sur l'interprétation réciproque des paroles entendues et des réponses données. En fait, s'agit-il d'une erreur de traduction, d'une réelle différence culturelle dans l'expression de la perte d'un proche ou d'un trouble de la pensée ? De toute évidence, la compréhension n'est pas claire et la tentation de l'attribuer à une différence culturelle, au demeurant également inconnue, semble plonger l'intervenante dans un réel sentiment d'impuissance.

J'ai eu un cas où la madame était du Bangladesh et elle ne parlait ni anglais, ni français. C'était terrible, j'ai vraiment...c'était très difficile. (...) mais cette femme elle avait eu 2, ben des jumeaux, qui sont morts et puis elle avait des grandes photos de ses jumeaux dans son salon mais quand j'ai demandé à son mari qui faisait l'interprétation s'il ont eu des enfants, il avait dit non, mais elle avait ses...c'était difficile de comprendre mais vraiment si peut-être j'ai moins de clients, je pouvais prendre le temps de mettre plus d'attention sur les différences culturelles. (cas 35, famille du Bangladesh)

### L'attachement à des personnes, à des manières de faire, à...

Les contraintes associées à la culture d'appartenance réfèrent à des exigences d'agir ou de penser, à des fidélités des clients envers des personnes ou des lieux qui sont

significatifs dans leurs parcours migratoires et celui de leurs familles. Ainsi pour cette jeune femme enceinte confrontée à la séparation du père de son bébé, les affiliations culturelles à même de soutenir son travail identitaire comme celui de ses autres enfants ont été au cœur de la définition du problème de cette jeune mère, au-delà des symptômes dépressifs reliés à la situation conjugale :

...le système famille que la dame avait dans sa tête, c'était un système famille des Antilles mais pas d'Afrique. Parce que c'était un mélange de plusieurs pays, 2 religions, 2 pays. Donc plus pays, 2 hommes, 2 enfants. (...) Il y avait des choses très intriquées. (...) depuis 7 ans au Québec (...) mais elle avait grandi en France. Parce que la coupure avec la culture c'était leurs parents qui l'avaient fait. (...) Parce qu'elle revenait dans le point où la coupure était faite pour se repositionner. (cas 59, femme des Antilles)

Pour d'autres femmes attachées à des valeurs ou à des règles familiales, les intervenants y voient des contraintes contribuant au mal-être :

Une femme vietnamienne qui a une mère âgée qui s'est beaucoup sacrifiée pour sa mère.(...) ...il y a la question de la piété familiale au Vietnam qui est très important. (...) Piété filiale, alors elle est une bonne fille, elle remplit ses obligations envers sa mère, mais c'est quelqu'un qui avait une carrière qui l'appelait à voyager beaucoup et là, elle ne peut plus faire ça. Alors elle vit de ses REER pour le moment. Et alors, il y a ce conflit là. (...) Par exemple, ses enfants finalement c'est pas ses enfants à elle. C'est les enfants de son frère décédé qu'elle a élevé. Mais qu'elle considère comme ses enfants qui n'écoutent pas ses conseils. (cas 1, femme vietnamienne)

Je pense à une jeune fille qui venait du Bangladesh, qu'on avait décidé qu'on la mariait, je ne sais pas à quel monsieur de New York. Elle ne voulait pas se marier, mais dans la famille elle n'a pas le droit de dire non. (...) C'était son frère qui avait décidé qu'elle se mariait à un médecin de New-York qui avait 2 fois son âge. (...) quand elle a décidé (...) quand la femme a sa vie, à quelque part. En étant la cadette, elle n'avait rien à dire. On l'envoyait un peu partout dans la communauté. Elle a commencé à s'affirmer (...) à l'intérieur du cadre de la famille, en respectant. (cas 13, femme du Bangladesh)

Une fois, j'avais une chinoise. À l'hôpital, elle était comme rejetée. On savait qu'elle allait mourir, mais j'ai dit : « Si on l'envoyait à domicile ? » Sa famille était là. Mais on s'est rendu compte que pour certains Chinois, les Laotiens c'est comme ça aussi, mourir à domicile, ils aiment pas ça parce que ça jette un sort aux vivants. C'est une croyance qui est fausse, mais eux ils y croient. C'est important pour eux. Pour nous autres, c'est une fausse

croyance, pour eux autres, c'est pas une fausse croyance. C'est dans la façon dont tu le regardes. Aussitôt qu'elle me l'a demandé, de toute façon c'était ça, j'ai dit : « Je vais le faire si c'est pour jeter un mauvais sort à la famille. » (cas 9, femme chinoise)

Des différences dans les manières de faire pour s'occuper d'une personne malade ou pour résoudre un problème se révèlent dans les interventions interculturelles. En fait, ces différences pourraient introduire à une meilleure compréhension des manières de soigner dans les différentes cultures, pour peu que l'on y prête attention. Comme le diagnostic biomédical, le diagnostic culturel peut soit ouvrir soit refermer la suite de l'intervention, comme point d'appui ou de contraste dans le travail de repositionnement du patient dans ses enjeux et ses désirs. Ici, les discours des intervenants ne donnent pas de détails sur les savoirs et les points de vue des individus ou des familles dans leur quête de soins. Qu'est-ce qui aurait été fait au pays et par qui ? A-t-on accès en situation migratoire à d'autres manières de soigner ? Qui pourrait informer ou conseiller dans la communauté ? Autant d'angles de prise pour renouer les liens avec des groupes d'appartenance ou avec de nouveaux espaces d'affiliation dans la société québécoise pour donner une impulsion favorable à l'adaptation ou seulement aider à trouver sens à ce qui arrive. Dans ces récits, le discours semble s'arrêter à la confrontation des deux points de vue :

Je me rappelle d'une femme qui était venue ici, il y avait de la violence conjugale. A un moment donné, j'ai dû lui expliquer comment ça se passe ici, sans la heurter, ni l'affronter : « Mais vous savez, vous êtes ici depuis quelque temps ; au Québec, on a des lois là pour les femmes. » Elle m'a dit : « Je veux rien savoir de ça. (...) Je veux rien savoir de ça. Je sais tout ça. » Elle le savait très bien. Il y a tout un bagage culturel. C'est pas parce qu'on arrive au Québec et qu'on est battue une fois par son mari que, hop, on va demander de l'aide, on va aller sur le bien-être social, on va demander le divorce. Même les gens d'ici ne vont pas le faire. Comme la femme qui ne voulait pas avoir de l'aide, son rythme n'était pas encore là pour comprendre. Même s'il y a une loi pour la défendre, (...) elle était pas là du tout. (cas 63)

Dans un autre exemple, des familles discutent du traitement fait avec un de leurs proches :

Et souvent aussi les familles, vis-à-vis le membre de la famille qui a un gros problème de santé mentale, nous, le système, on a des attentes vis-à-vis la famille et la famille ne rentre pas là-dedans. Là ils ont essayé de réintégrer la

personne à la maison. Ça marchait pas (...) Mais la famille trouvait que c'était pas une personne qu'on garde à la maison. (...) Puis l'hôpital disait : « Il faut que le CLSC donne le support à la maison. Cette personne là n'est pas vraiment malade, n'est pas aussi malade que ça. » Mais la famille trouvait que c'était pas une personne qu'on garde à la maison (...) « Vous devez prendre soin de ce parent là, vous devez faire quelque chose. » La famille voulait pas la retourner en Haïti. Elle voulait que le système trouve une solution. (cas 20, famille haïtienne)

Puis la famille a dit : « Vous faites quoi avec la personne ? » J'ai dit : « C'est confidentiel. Elle vient me voir puis on parle. » « Oui mais qu'est-ce que vous faites exactement ? Vous parlez de quoi ? Qu'est-ce que vous allez faire ? » « Rien d'autres. On va juste parler, puis on va voir si elle peut s'ajuster, puis trouver des solutions. » Je voyais qu'ils étaient pas satisfaits de ça. Vraiment pas. (cas 21, personne vietnamienne)

### Les étiologies traditionnelles

Par ailleurs, des étiologies traditionnelles ont été apportées par les clientes dans l'intervention avec différents professionnels. Explications issues des univers culturels d'appartenance de celles-ci, elles servent à donner sens à ce qui surgit avec étrangeté en soi. Elles contribuent à marquer cette incertitude dans ce qui arrive et sont susceptibles d'une manipulation rituelle dans différentes cultures (Corin, 1998). En situation migratoire, elle peut servir d'ouverture à un espace de dialogue et de médiation dans la clinique.

Il est intéressant de voir que parfois, les intervenants ont vérifié explicitement leurs hypothèses habituelles de travail. Les clientes ont refusé ces façons de concevoir leur vécu intriqué d'émotions, de relations, et d'incertitude, dans les espaces du pays d'origine et du pays d'accueil. Ainsi, une femme, abusée sexuellement au pays d'origine dont la fille venait d'être abusée, apporte une hypothèse de possession par un djinn, hypothèse qui heurte la conception psychologique occidentale de l'intervenant:

Au début, je travaillais avec elle un peu comme je travaillerais avec n'importe qui d'ici. Mais à un moment donné, c'est devenu clair qu'il y avait autre chose. Et elle avait dit : « Je sens que ça va moins bien. » Et là, je pense que j'ai pris une approche cognitive en disant : « Bon, qu'est-ce qui est arrivé ?

Qu'est-ce que vous vous êtes dit sur telle chose ? » Je pense que son médecin avait parlé d'un retour au travail. Elle ne se sentait pas tout à fait prête, mais elle s'est culpabilisée de ça. Alors j'ai dit : « Je pense que la façon dont vous vous êtes parlé ça peut expliquer, au moins en partie, que vous vous sentiez plus dépressive en ce moment. » Elle a dit : « Non, il y a autre chose. ... » , qu'elle avait pris le risque qu'elle avait vu des choses, qu'elle pensait qu'elle était possédée par un esprit, un djinn. Pis qu'elle avait vu, par exemple, chez elle... elle avait une femme tout habillée en blanc, vêtement traditionnel, des choses comme ça. (cas 4, femme marocaine)

Une femme endeuillée et fortement culpabilisée par le suicide de son neveu fait également une hypothèse de possession que l'intervenant discute également :

Puis elle m'a dit : « Je pense que j'ai dû être possédée sinon je lui en aurais parlé mais j'ai dû être possédée et je pense que c'est mon ex-collègue de travail qui est jaloux qui a fait ça. » Alors, on a regardé ensemble, pis j'ai regardé : « Est-ce qu'il y aurait d'autres explications possibles pour elle? » Non, elle est revenue la semaine d'après : « Je suis convaincue que je suis possédée ». Puisqu'elle semblait tenir mordicus à l'idée d'être possédée, on a regardé qu'est-ce qu'elle pouvait faire avec ça? (cas 5, femme arménienne)

Dans tous les cas où l'intervenant en fait mention, ces étiologies traditionnelles ont marqué de façon importante la suite de l'intervention, permettant d'organiser une cohérence entre le sens que la cliente donnait à sa souffrance, selon sa logique culturelle, et la mobilisation dans l'action.

J'avais eu une fille qui disait que sa mère était ensorcelée. ... quelqu'un l'avait envoyé à un professeur, un professeur l'avait envoyé voir un guérisseur. (cas 45, fille haïtienne)

L'enfant avait été placé et suite à ça la mère avait perdu tous, tous ses cheveux (...) la maman n'était pas bien et elle avait accepté de venir me voir. ... elle pensait que c'était le travailleur qui avait le placement et qui était un haïtien aussi. Donc elle pensait que quelque part il y avait eu de la sorcellerie là-dedans. (...) Et ça l'a ouvert parce que cette cliente là s'est ouverte avec le psychiatre, a quand même accepté mon aide. Et il y a eu un bon lien aussi avec la DPJ donc à quelque part il y a eu comme une ouverture qui s'est faite donc. (...) Et elle m'a envoyé le petit gars un moment donné à l'école. Il avait été placé puis il est venu me trouver en me disant que j'étais puissante puis d'intercéder pour qu'il s'en retourne chez eux. (cas 46, femme haïtienne)

Alors elle m'en a parlé, puis elle m'a dit : « Je pense que j'ai dû être possédée sinon je lui en aurais parlé mais j'ai dû être possédée et je pense que c'est mon

ex-collègue de travail qui est jaloux qui a fait ça. » (...) Finalement, elle en a parlé avec un prêtre arménien qui a accepté de venir bénir la maison. Et elle disait que dans son pays c'était quelque chose qu'on faisait faire à chaque année et que depuis qu'elle était ici, elle avait négligé. Alors, c'était comme se réinsérer dans sa tradition. Et après que le prêtre est venu bénir la maison, elle a senti qu'elle pouvait continuer et elle n'avait plus besoin de venir. (cas 5, femme arménienne)

Ces apparentes cohérences seront discutées plus loin. Les étiologies traditionnelles ou les conceptions des problèmes et des soins issues des divers groupes culturels d'appartenance sont encore marginales dans les discours des intervenants. Comme le suggère l'ethnopsychiatrie, alors que les diagnostics psychiatriques occidentaux attachent les symptômes aux patients, d'autres cultures interprètent les difficultés vécues par un autre ordre de réalité. Que ce soit lors de maladie, d'échec scolaire ou d'une fausse-couche, il peut s'agir de la possession par un esprit, d'un mauvais œil, d'un signe divin ou d'un ensorcellement. Dans le contexte nord-américain où l'on insiste sur la responsabilisation individuelle de son état et de ce qu'il en advient, ces attributions à une cause externe, et d'autant plus surnaturelle, peuvent être vues comme un délire, un échappatoire à ses responsabilités ou une stratégie pour des gains secondaires, etc., et de ce fait, contribuer à renforcer l'interprétation pathologique de la conduite de l'individu.

### La migration

Quant à la migration elle-même que l'ethnopsychiatrie définit comme un événement majeur dans l'identité des personnes qui la vivent, elle n'a été évoquée que dans quelques cas comme ayant une contribution dans la condition psychique des personnes :

C'était vraiment une coupure radicale avec son pays et toute une adaptation ici qui se faisait très difficilement. Ils sont venus en plein hiver et c'était très difficile. (cas 62, femme sud-américaine)

C'était dépression, anxiété, liées à son vécu au pays. Transition, les pertes, plein de pertes, soit divorce, séparation. Qu'est-ce qui s'est passé avant et ensuite l'arrivée ici et même ici. (cas 27, homme de Côte d'Ivoire)

Si l'on s'intéresse aux conditions post-migratoires des clients dans un certain nombre de récits, le vécu prémigratoire est très peu élaboré. La violence domestique est plus souvent évoquée comme dans les situations de violence conjugale ou de sévices dans l'enfance au pays d'origine. La violence politique est quasi-absente du discours, à peine sous-entendue quand on précise dans trois histoires qu'il s'agit de femmes survivantes de la Shoah et d'un soldat blessé en Israël il y a longtemps. Dans un seul autre cas, sur les 178 histoires lues, on mentionne la violence politique, ce qui contraste fortement avec les études sur l'exposition des immigrants à la violence organisée:

La dame indienne, qui ont eu certains traumatismes avant de venir ici. (...) Des persécutions dans son pays, traumatismes et qui est arrivé ici enceinte, je dirais bien 5 ans. (...) Il y a des (? – deuils) qui ne sont pas complétés, d'un père qui est disparu, il y a 5 ans qui vient ici, ils l'ont persécuté, le père était sikh, tué. Toutes sortes de choses sont arrivées. (cas 37, femme indienne)

Il m'apparaîtrait pertinent de discuter avec les intervenants de leurs perceptions de ces résultats, tant par rapport à la migration comme événement psychique majeur que sur le vécu prémigratoire et l'exposition à la violence organisée.

#### Des situations complexes et surtout non-univoques

Cette partie d'analyse démontre bien la complexité des situations problématiques en santé mentale dans ce CLSC de Montréal. Si la conception des problèmes de santé mentale est d'abord organisée autour du paradigme biomédical, les dimensions sociales et culturelles ne sont pas exclues des récits.

Les intervenants formulent de multiples hypothèses pour comprendre et agir en conséquence. Dans l'ensemble des histoires de cas analysées, il est intéressant de voir qu'il y a seulement quelques cas où l'intervenant voit les choses de façon univoque. Si les pratiques suivent alors une cohérence plus grande, il n'en reste pas moins le risque de réduire l'expérience vécue des clients et en corollaire, la richesse des réponses apportées, comme si ce diagnostic devenait un prêt-à-penser et ce autant pour les « diagnostics » sociaux que culturels.

J'avais eu une fille qui disait une fille que sa mère était ensorcelée. (cas 45, fillette haïtienne)

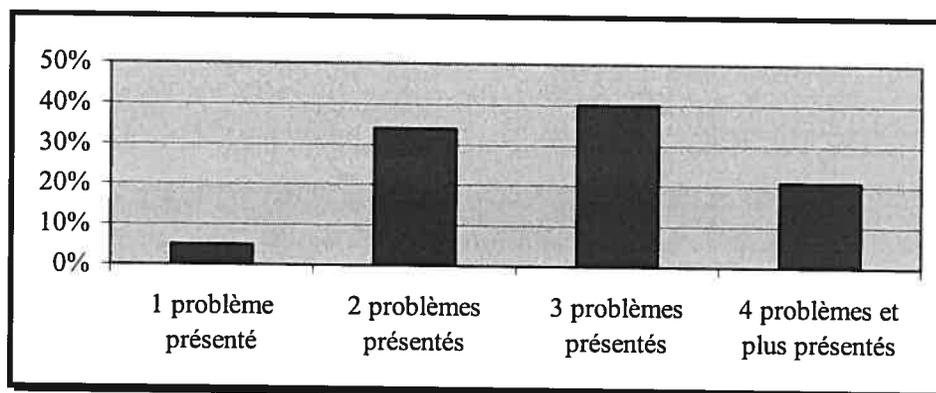
Bon violence conjugale, il avait eu une thérapie avec (...) Il est devenu insultant et agressif avec [cette personne] là. (...) Quoiqu'il a eu 2 incidents de violence conjugale pendant qu'il était en thérapie...il a été capable de m'en parler. Il voulait toujours pas aller en (...). (cas 11, homme d'Amérique du Sud)

Plusieurs problématiques sont présentes dans les situations de santé mentale auprès des migrants (Tableau 5). Seulement trois histoires font mention d'un seul problème. Il ressort que 34% des situations comptent au moins deux problèmes à régler, 40% trois problèmes et dans 21% des cas, les intervenants parlent de quatre problèmes et plus dans la situation, soit une moyenne de trois problèmes/cas.

On retrouve dans les situations les plus complexes des problèmes psychiatriques, des manières de faire en conflit avec les intervenants, de l'isolement social, des problèmes de santé physique, des incompréhensions de la culture et de la langue des clients, de l'alcoolisme, de la négligence, de la violence conjugale, des difficultés post-migratoires dans l'établissement dans la société d'accueil, des conflits interdisciplinaires et des difficultés d'accès à des services d'aide.

**Tableau 5**

Nombre de problèmes évoqués dans les situations en santé mentale auprès des immigrants



Cependant, dans les cas où la définition des problèmes bouge beaucoup, quand aucun intervenant ou groupe professionnel ne domine clairement les autres et quand les analyses s'opposent plutôt que de se situer de manière complémentariste, les situations évoluent plus négativement et les pratiques sont plus incohérentes. Il manque un leadership certain qui semble fragiliser l'alliance thérapeutique avec la famille.

### Les multiples alliances

Le fait d'avoir à composer avec plusieurs alliances à la fois, les parents, les enfants, l'équipe multidisciplinaire, la DPJ parfois, dans des situations très difficiles où les perceptions des choses sont parfois antagonisées voire invalidées, cela peut conduire à des tensions ou des conflits dans les équipes décrites par les intervenants comme très difficiles à vivre. Ces situations conflictuelles génèrent une réelle souffrance chez l'intervenant et chez les clients qui manifestent encore plus leurs difficultés :

Je m'épuisais, puis elle, ça ne l'aidait pas. Ça été difficile en comité multi de faire accepter ça. (...) C'était difficile de travailler avec elle parce qu'elle arrivait pas à suivre, puis un moment donné c'était vraiment une crise après l'autre, puis elle demandait vraiment, c'est elle qui avait des grands, grands besoins. Elle commençait à parler de suicide beaucoup, elle tremblait. Mais en fait, ça a été difficile dans le fait que eux voulaient que je continue encore un peu. Ils voyaient bien qu'à long terme ça donnerait pas quelque chose, mais ils voulaient que quand même je continue jusqu'à ce qu'eux fassent l'évaluation. (...) parce qu'un moment donné je me disais est-ce que c'est moi qui invente des histoires? (cas 16, famille québéco-brésilienne)

Les intervenants adoptent une vision plurielle des problématiques, tout en tentant de concilier celle de tous les acteurs :

Et la mère lui a dit que sa petite fille était très rejetée à l'école et qu'elle avait beaucoup de difficultés (...) Alors je suis allée voir le professeur. Pis quand je l'ai pris, le professeur m'a dit : « Tu vas voir. » J'ai vu la petite et je n'ai pas vu (rire). J'ai pas compris qu'est-ce que je devais voir, en tout cas, j'ai rien compris. (...) Tout ça revient il faut toujours une définition commune du problème. Je veux dire le défi. (...) elle a une classe difficile cette année (...) et la petite, ...le professeur trouve qu'elle sent mauvais. Et le professeur dit : « A quelque part, les élèves à quelque part la rejettent et j'essaie de leur dire qu'ils sont méchants et ne veulent pas travailler avec elle. » (...) De toute façon, le professeur a une attitude de rejet envers

l'enfant dont elle est plus ou moins consciente (...) Là je suis dans des hypothèses (...) le professeur avait comme une image d'une maman perdue parce que la maman ne parle pas français. (...) Quand je vérifie au CLSC, la mère est très consciente des difficultés de l'enfant, la mère est très peu scolarisée, (...) l'image que la mère est perdue mais je veux dire, ce n'est pas parce qu'elle n'est pas scolarisée qu'elle n'est pas consciente des difficultés de son enfant. Et la mère est consciente des difficultés, du rejet mais elle est consciente des difficultés de retard et dit aussi que dans son pays l'enfant a des difficultés, alors on va voir, peut-être analyser plus. (cas 48, fillette africaine)

### La co-construction des problèmes

La cohérence entre le sens et la mobilisation dans l'action se retrouve aussi pour les situations où, lorsque la définition des problèmes est co-construite avec les clients, l'intervenant et parfois les ressources de soins. Les pratiques donnent des résultats satisfaisants.

Le parent se plaignait de discrimination de ses enfants puis par rapport à elle aussi, à l'école. Par rapport à la mère ça a été beaucoup l'écoute puis de soutien, puis de la soutenir dans les droits qu'elle avait. Puis au niveau de l'école, ça a été un peu de faire une barrière. Je pense que l'école a senti que la mère était pas toute seule, puis il y avait quelqu'un d'une autre institution qui était là puis qui a dit : « J'observe tel et tel événements, puis je suis pas d'accord. » (...) puis ils ont changé des façons de faire avec les enfants, trouvé d'autres moyens. (cas 15, femme haïtienne)

Parce qu'à partir du moment où il y avait toute l'équipe et ce que je trouvais important aussi quand l'équipe de crise est venue, c'est qu'ils ont rallié tous les intervenants. On a pu avoir un consentement. (...) Mais ça l'a donné comme un lieu de concertation aussi, pour moi j'étais contente. (cas 43, enfant hispanophone)

Je rencontre le jeune, la médiation quasiment. Et (...) qu'est-ce qui a été bien, c'est que l'intervenant du Centre jeunesse s'est déplacé, on a fait une rencontre. (...) moi c'est plutôt ma job de vraiment travailler les dilemmes qui se passent là, quotidiens aussi. (cas 29, adolescent du Ghana)

Cette co-construction n'est évidemment pas chose facile, mais le défaut d'y arriver conduit aussi à des problèmes majeurs qui compromettent les suites de l'intervention. Ce souci de trouver un terrain d'entente ne touche pas que le problème du client mais aussi le

sens que l'on donne à ce problème, et les solutions à y apporter. Dans cette situation où l'intervenant a pris le temps pour construire avec le conjoint et la mère ce qui s'avérait problématique pour toute la famille, sans jugement, lorsqu'il a été soumis au pouvoir de l'hôpital, il a défendu d'une certaine manière son épouse :

Finally la nuit, le soir quand on me demandait pour rappeler le papa qui n'était pas là et la fille aînée m'a dit que papa joue les cartes. Mais il ne voulait pas que je saches et maman se préoccupait énormément parce qu'il perd beaucoup d'argent et elle était pleine de préoccupations. (...) Finalement, on est arrivé de parler de ce qu'il jouait les cartes. C'est lui-même qui me disait. (...) Et le mari un jour a essayé de lui amener les Sari, les robes, les belles robes des femmes, pour qu'elle puisse prier beaucoup, parce que c'est la période de prier beaucoup dans ce moment. Et l'hôpital a interdit ça, en disant qu'elle peut cacher quelque chose de dangereux au-dessous des robes. Le mari disait à l'hôpital : "Are you crazy?..." (cas 32, famille du Bangladesh)

Les enjeux des définitions des problèmes pour les clients sont multiples. En effet, la façon dont l'intervenant va concevoir et nommer les problèmes va avoir des effets sur le client lui-même, comme sujet agissant pour résoudre ses difficultés. Le diagnostic influence la perception et la mobilisation de l'entourage au problème de la personne. Parfois, il détermine l'accès à des ressources institutionnelles de même qu'à certaines politiques sociales. Loin d'être une question technique bien qu'on veuille la techniciser de plus en plus par des normes et des formules de standardisation, la construction des problématiques, fortement marquée culturellement, est fondamentalement un enjeu pour les personnes et les familles en difficultés. Sans nier les composantes organiques et psychologiques de l'expérience humaine de la détresse, la biochimie du corps et la psychologie de l'enfance ne peuvent à elles seules expliquer des interactions complexes entre des facteurs génétiques, psychiques, sociaux et culturels qui se développent en conjugaison et s'étayent les uns les autres.

Les intervenants doivent composer avec ces multiples problématiques dans un contexte où les normes sont ébranlées, les repères culturels démultipliés et les acteurs sociaux nombreux.

### 5.3 Des pratiques multidimensionnelles

Les intervenants mettent en place toute une variété d'interventions pour répondre aux besoins des clients et les aider à traverser les situations graves qu'ils vivent. On peut distinguer deux tendances dans ces pratiques : des pratiques davantage marquées par le discours et la pratique psychiatrique et des pratiques marquées par les désirs des clients. Ces deux tendances prennent place côte à côte, parfois simultanément dans une même situation. Les éléments de continuité et de discontinuité dans les pratiques ont servi à faire émerger ces tendances que je présente maintenant.

#### 5.3.1 Des pratiques diversifiées et à l'écoute des gens

Dans la majorité des suivis avec les clients, les intervenants se sont laissés interpeller par ce que leurs clients leur livraient dans le suivi thérapeutique, psychologique, médical, éducatif ou social.

#### Un rythme à respecter et des désirs légitimés

On a entendu les limites émises par les clients de même que leur rythme dans le processus d'intervention. Les intervenants ont aussi cherché des ressources convenant aux désirs de leurs clients.

C'est une dame qui prend beaucoup de temps à sortir de sa dépression, qui a besoin beaucoup d'être maternée, portée, qui ne veut pas qu'on la laisse tomber du tout. (...) La santé mentale c'est du long terme, ça se fait en douceur. (cas 37, femme indienne)

A l'époque, elle était pas prête à aller voir un psychiatre mais elle avait un médecin de famille. Et d'ailleurs, elle n'a pas voulu me dire le nom du médecin de famille à qui elle faisait confiance mais jusqu'à un certain point. Et je ne voulais pas la brusquer. (cas 2, femme noire)

Pis je sais que ça la satisfait beaucoup parce qu'elle-même un moment donné elle me l'a dit, elle dit qu'elle avait beaucoup confiance en moi. « Tu me

juges pas et tu me respectes et tu me pousse pas.» (cas 57, femme pakistanaise)

### La défense de droits et les alliances

Des intervenants ont joué un rôle d'advocacy. Ils ont négocié avec leurs clients des ententes sur le traitement psychiatrique avec leur médecin, leur psychiatre ou le milieu hospitalier. D'autres ont défendu les droits et les intérêts de leur client auprès d'un tiers (dans le milieu scolaire, au HLM, avec un propriétaire ou une ressource communautaire).

### La souplesse et la cordialité

Certains intervenants ont fait des changements d'horaire pour accommoder un client. Ils ont accepté occasionnellement des rencontres sans rendez-vous ou des demandes ponctuelles d'anciens clients ou hors-territoire. D'autres ont favorisé la référence à une ressource faisant des visites à domicile, ils ont accompagné lors d'entrevues d'évaluation psychiatriques ou d'entrevues thérapeutiques. Des intervenants ont sympathisé avec leurs clients et écouté leurs enfants dont certains ont pu recevoir une aide individuelle. Deux intervenants ont même fait du ménage dans le logement insalubre de leur cliente malade. L'un a raconté avoir partagé un repas familial. Aucun intervenant n'a parlé de cadeaux reçus alors que cette pratique est connue comme courante en milieu multiethnique mais non moins embarrassante en regard des normes de pratiques.

### Une ouverture à l'autre qui a ses limites

Le discours des intervenants met donc en lumière des pratiques d'ouverture à la singularité des situations, des pratiques de proximité, par les visites à domicile notamment, empreintes de compréhension et en alliance avec les clients dans l'amélioration de leurs conditions de vie et leur bien-être physique, psychique et social.

Cependant, comme je l'ai mentionné précédemment, malgré une pratique qui est personnalisée, il y a peu de place pour tenir compte des savoirs populaires ou

traditionnels des communautés culturelles face aux problèmes vécus. Si la culture des clients comporte des informations sur ce qui est important pour eux, elle n'a pas pour effet de mieux répartir l'expertise dans l'intervention pour la grande majorité des histoires étudiées dans cette recherche, ni de remettre en question les orientations implicites des interventions. A moins que les clients ne les apportent d'eux-mêmes, les intervenants n'ont très peu mentionné avoir initié des références reliées aux appartenances culturelles de leurs clients. Le cas échéant, ils les ont encouragés dans leurs stratégies pour faire face à leurs difficultés, en recourant à des rituels de guérison ou à des pratiques spirituelles.

Puisqu'elle semblait tenir mordicus à l'idée d'être possédée, on a regardé qu'est-ce qu'elle pouvait faire avec ça?(...) finalement, elle en a parlé avec un prêtre arménien qui a accepté de venir bénir la maison. Et elle disait que dans son pays c'était quelque chose qu'on faisait faire à chaque année et que depuis qu'elle était ici, elle avait négligé. (cas 5, femme arménienne)

...elle, c'était quelqu'un qui utilisait des rituels pour sa guérison psychique. (...) Bon, je l'ai encouragé dans ses rituels de guérison. C'était des choses qui l'aidaient, qui la sécurisaient. (cas 2, femme noire, métisse)

Par ailleurs, la demande d'interprètes a été très peu évoquée. A quelques reprises les intervenants ont mentionné avoir eu de la difficulté à comprendre le client. Il serait intéressant de voir si cela reflète la réalité ou pourquoi on en parle si peu. On a demandé la présence d'un interprète lors d'interventions afin de permettre la prise de parole de la cliente sur son vécu pendant les entrevues et entre les interventions, pour lui donner du soutien.

...la famille (...) ne voulait pas non plus une interprète. Sauf que parce que je les connaissais depuis 2 ans, il n'y avait pas une crise, mais dans ce moment depuis les dernières 3 semaines, il y avait une crise dans cette famille et quand il y a les crises toujours la communication est plus difficile et on doit se bien comprendre l'ensemble. Donc je leur ai, finalement, après une semaine, j'ai dit, on doit absolument avoir un interprète. (...) Surtout permettre à la mère la parole, mais souvent c'était les larmes. Et j'ai arrangé que l'interprète téléphonait, parce que les patients ont un téléphone, téléphonait deux ou trois fois par jour pour qu'elle puisse parler dans sa propre langue. Donc ça facilitait la communication entre hôpital et le personnel de l'hôpital et elle comme patient. (cas 32, famille du Bangladesh)

A cette étape-ci, une vision plus instrumentale qu'intersubjective de l'altérité se profile dans les histoires.

### 5.3.2 Un rôle de complémentarité dans le réseau de services

Le rôle de complémentarité du CLSC dans ce qu'il convient d'appeler le continuum de services en santé mentale est rapidement apparu dans l'analyse des histoires de cas des intervenants. Deux aspects composent la continuité : la coordination des services autour du diagnostic médical et du traitement, et la transmission des informations sur le client.

#### L'importance d'un diagnostic médical

Dans la majorité des récits, si l'intervenant psychosocial ou l'infirmier n'agit pas suite à une évaluation médicale, il veille à en demander une. Usant largement du vocabulaire psychiatrique (symptomatologie, nosographie et traitement), ils voient au suivi des recommandations thérapeutiques qui en ont émanées.

Il y avait un papa qui démontrait qu'il n'était pas bien, (...) il commençait à parler d'une façon un peu bizarre, avec un visage, (...) avec les pensées un peu étranges, il me racontait les histoires de monde quand il était dans un avion que quelque chose a emporté sa tête et il pensait à changer ses pensées. Il avait un regard bizarre, il ne s'engageait pas avec le bébé non plus, préoccupé dans sa tête anxieuse. Donc une évaluation psychiatrique immédiatement. (cas 33, homme des Antilles)

#### Une médication pour tous... ou presque

Ce qui surprend également, c'est l'importance de la médication. En fait, dans 70% des situations présentées, les intervenants font mention d'une médication dans le traitement, parfois avec un soutien thérapeutique, social ou psychologique, parfois exclusivement. Cette place de la médication dans les soins des troubles psychiques et la détresse sociale démontre bien la prédominance de l'approche bio-médicale en psychiatrie.

### La concertation des services

Loin de remettre en cause la lecture bio-psycho-sociale des problèmes présentés par les personnes, les intervenants assurent la continuité du traitement, transmettent des informations sur l'évolution du patient et participent parfois aux orientations des équipes de soin de l'hôpital.

J'ai rencontré le psychiatre et la travailleuse sociale. (...) Dans le but d'éclaircir la situation, d'assurer une continuité. (...) j'ai trouvé que le client était garanti du suivi du psychiatre et de la travailleuse sociale (cas 27, homme de la Côte d'Ivoire)

Mais moi comme infirmière je reste là pour tisser, tricoter l'ensemble de la situation. (...) Non pas n'importe quel problème psy, on parle spécifiquement aujourd'hui de problème de santé mentale. On a besoin de quelqu'un pour tricoter l'ensemble de la famille. (cas 33, homme antillais)

La continuité des services n'exclut pas d'emblée l'alliance des intervenants du CLSC pour appuyer des besoins des usagers contre certaines pratiques psychiatriques dépersonnalisantes, comme l'illustre ces deux situations :

Donc, ça, juste ça, ça démontre que c'est très important de quand la personne a son congé de l'hôpital pour une problématique aussi lourde que « tentative de suicide », « dépression », « anxiété », c'est important de faire la transition appropriée dans une ressource. (cas 27, homme de la Côte d'Ivoire)

C'était un drame parce qu'elle était hospitalisée dans un département psychiatrique (...) Mais il y avait une lecture d'une culture là-dedans tellement difficile et ça semblait comme les 2 cultures ne se comprenaient pas ni une ni l'autre. Et le stress de cette famille c'était énorme. Et pas seulement le stress mais c'était la détresse. Une détresse psychologique c'est presque, je peux dire cette semaine, a fait comme un trauma. (...) Je leur ai dit : « Regardez, je ne suis pas ici pour aller contre vous, je suis ici pour faciliter pour vous, pour elle. Mais vous connaissez cette personne il y a quelques jours. Je connais cette personne depuis 2 ans. Donc je suis ici seulement pour faciliter la communication, la compréhension et l'ensemble de tous les facteurs qui doivent être regardés et compris pas un et l'autre. » (...). Nous sommes arrivés de se bien comprendre, l'hôpital a collaboré beaucoup, beaucoup avec moi. (cas 32, famille du Bangladesh)

Cette position de complémentarité contribue parfois à reproduire dans un environnement plus proche du milieu de vie, des attitudes et des pratiques d'intervention associées à l'internement hospitalo-psychiatrique :

Ils [la police] sont venus, ils l'ont amené à l'hôpital, ils l'ont gardé une couple de semaine. Elle est sortie avec des médicaments puis là je pense qu'elle prend ses médicaments, puis ça va mieux. (...) Tout le monde était content parce que là, on pouvait la forcer à se faire soigner. On sait qu'elle va lâcher les médicaments mais on continue dans la même voie. Elle était en sécurité. Parce que c'est déjà arrivé dans le passé et elle fonctionne très, très bien avec les injections. (...) mais elle trouvait que ça allait bien, puis là elle lâche les médicaments, parce que ça va bien, parce qu'il y a des effets secondaires qu'elle n'aime pas, des choses comme ça. Là, boum, on recommence au commencement. (cas 18, femme roumaine)

Dans cette histoire, l'idiome psychiatrique organise l'ensemble de la situation et la position subjective de la patiente, exprimée par le refus de l'hospitalisation et des médicaments en raison des effets secondaires, est évacuée.

#### Une complémentarité qui n'est pas sans embûches

Dans cette autre situation, la manière même dont le réseau a géré la sortie de l'hôpital de la personne a contribué à la détérioration de sa condition psychique. Cela a entraîné une rechute et sa réhospitalisation :

Parce qu'eux avaient besoin du lit, ...donc j'ai trouvé une ressource qu'on a nous ici pour réfugiés. Et ça a pas très bien fonctionné parce que monsieur était encore très anxieux et fragile. (...) on l'a retourné à l'hôpital. (cas 27, homme de Côte d'Ivoire)

Parfois, les frontières de rôles entre les établissements ou entre les professionnels ne sont pas toujours très claires, comme le spécifient ces intervenants :

Mais c'était une zone grise. Elle était pas assez malade pour la faire soigner contre sa volonté. Q : parce qu'elle voulait pas, elle ? R : Non. Comme ça, les psychiatres puis l'hôpital n'interviennent pas. Mais elle était d'une certaine manière un peu d'accord pour qu'on lui parle. Mais moi là, je me sentais pas équipé, parce que dans la zone grise, elle est quand même très malade, et puis elle a besoin de médicaments puis elle a besoin d'être soignée par les

psychiatres, puis elle a besoin de tout un service de psychiatrie. (cas 18, femme roumaine)

Moi je sentais que c'était plus un cas pour une clinique externe que pour un CLSC. Mais étant donné qu'elle n'était pas prête à y aller, je ne voulais pas refuser de la voir. Alors à plusieurs reprises, j'avais parlé avec un des psychiatres consultants (...) pour essayer de mieux cerner la dynamique. (...) A l'époque, elle était pas prête à aller voir un psychiatre mais elle avait un médecin de famille. (...) Et je ne voulais pas la brusquer. (cas 18, femme porto-ricaine)

Pis, en tout cas, en bout de ligne ce qu'ils ont dit à l'hôpital (...) c'est que non, elle n'avait pas de problème de santé mentale. Ce que ça lui prend, c'est des activités. On retombe à la case de départ. (...) Je ne sais pas. J'ai l'impression que des fois, les gens se lancent la balle un peu. C'est peut-être un peu compliqué, ils ne savent pas quoi faire, ils nous le renvoient en tout cas. (cas 56, jeune fille tamoul)

Dans cette dernière histoire, la tentative de collaboration de l'intervenant avec la psychiatrie n'a pas eu les effets escomptés, comme si une confirmation de l'hypothèse d'un trouble de santé mentale allait permettre d'avoir accès à autre chose pour cette personne en difficulté, ... ce qui n'est pas tout à fait inexact. L'intervenant s'est retrouvé seul à supporter la famille en grande difficulté, littéralement en errance dans le réseau de services.

### Une culture de réseautage

Le discours des intervenants sur leur travail de réseautage dans le réseau public pour la continuité des interventions, compris ici comme élément de la culture de services en santé mentale, s'exprime dans des références au médecin de famille ou à un psychiatre, dans la recherche de ressources adaptées au diagnostic psychiatrique, dans le soutien à la médication, dans la demande d'autorisation pour pouvoir communiquer avec le médecin, occasionnellement d'autres intervenants du réseau, dans les démarches d'hospitalisation, fût-elle contre la volonté du client. De temps à autre, on favorise la mise en place de services d'auxiliaire ou d'éducateur, on fait un signalement à la Protection de la Jeunesse en soutien aux rôles familiaux. Cela peut également engager les intervenants dans des demandes de co-évaluation avec la psychiatrie, dans leur participation à la concertation

clinique multidisciplinaire, dans l'accompagnement aux thérapies lorsqu'il s'agissait d'une thérapie transculturelle.

L'intervention en santé mentale amène également les intervenants à solliciter des avis aux psychiatres consultants du CLSC, des discussions de cas au comité multidisciplinaire, des discussions au séminaire transculturel, de la co-intervention avec un autre professionnel. Ces efforts de concertation mettent à jour la nécessité de clarifier les rôles respectifs face aux attentes des personnes. Ils mettent en évidence la complexité des situations et du travail interdisciplinaire. Le vécu des patients d'avoir à composer avec tous ces professionnels n'est pas abordé.

#### Des actions parfois contraignantes

L'intervention comporte aussi des actions plus contraignantes pour les patients: convaincre du bien-fondé d'une médication et d'une psychothérapie, hospitaliser de façon involontaire, signaler un enfant à la Protection de la jeunesse, mettre fin aux services pour une raison administrative ou à un suivi en raison d'un transfert de territoire. Deux cas seulement, sur l'ensemble, ont fait l'objet de transfert ou d'interruption pour des motifs administratifs. Est-ce que cela reflète la réalité quotidienne ou est-ce que les intervenants ne désirent pas mentionner ces décisions peu conformes à leurs idéaux de pratiques? La question mérite d'être soulevée.

#### Des réseaux exclus de l'intervention

Cependant, on remarquera que la contribution de ressources du réseau relationnel ou social des clients est marginale. Si l'on se préoccupe évidemment des autres membres de la famille dans l'évaluation des effets des problèmes de santé mentale, on ne dit pas faire appel à eux, sinon de façon exceptionnelle, dans la compréhension ou la résolution des problèmes identifiés. Le discours reste centré sur les collaborations avec l'institution hospitalo-psychiatrique, les ressources alternatives en santé mentale étant aussi absentes du discours. Parmi les ressources communautaires, un Centre de crise est sollicité dans la

mobilisation d'une jeune femme délirante à accepter des soins. Leur intervention n'a pas été dans le sens des attentes du praticien qui souhaitait son entrée à l'hôpital :

Ils ont dit : « Ecoute, ce qu'on a vu, on a cogné à la porte, elle nous a répondu, elle était habillée, la maison n'avait pas l'air en désordre, elle nous a demandé qui on était, puis elle voulait pas nous parler. Il y a pas de raisons pour revenir avec la police et l'emmenner. » (cas 18, femme roumaine)

Quelques ressources communautaires font occasionnellement partie du plan d'intervention, de façon instrumentale, pour des services auxiliaires : hébergement, popote roulante, aide à domicile, visite d'une personne seule. Dans un cas d'une famille juive orthodoxe, il a semblé aller de soi que l'on envoie une ressource de leur communauté.

En fait, des intervenants ont clairement indiqué leurs limites à utiliser la famille de leur cliente pour comprendre plus largement la situation comme le leur recommandait pourtant le comité multidisciplinaire. Ils craignaient que ne leur échappe la fragile alliance thérapeutique avec celle-ci :

...la dame était pas réceptive. C'est pas notre culture. C'est difficile. (...) Nous, on rentrait dans la maison parce qu'ils nous avaient accepté. (...) Il fallait vérifier si quelqu'un d'autre dans la famille pouvait prendre soin... Ça on le savait que les grand-parents étaient là, qu'ils pouvaient prendre soin de l'enfant de temps en temps. Mais de là à aller demander comment ils voyaient leur fille, si elle était apte à s'occuper de ses enfants, c'est embêtant. (...) Puis même eux sont pas si... Le grand-père : « Tu as pas besoin de siège d'auto. Pourquoi un siège d'auto? On en a pas en Inde. » La fille a jamais eu de siège d'auto. (...) Ils [le comité multi.]comprenaient notre point de vue mais ils disaient qu'il fallait être plus agressif, puis les confronter. (...) On n'était pas capable. Puis si on est resté aussi longtemps dans cette famille là, c'est parce qu'on ne les a pas confrontés. (...) On se sentait pas à l'aise d'aller intervenir dans ce sens là parce qu'on se disait, on va perdre la famille de vue puis... (cas 26, mère indienne)

Dans une situation où la famille avait été rencontrée pour cerner le problème que l'on croyait relié aux représentations culturelles de la maladie mentale chez les haïtiens, les intervenants ont fait face à un mutisme à ce sujet. Toutefois, des gens de la communauté se sont mobilisés pour une séance de vaudou avec la patiente. L'agressivité de celle-ci

envers un intervenant arrivé à l'improviste pendant une séance de vaudou a provoqué son hospitalisation en psychiatrie, une médication et le placement de ses enfants. L'hospitalisation l'a également obligée à cesser sa consommation abusive d'alcool. Les effets de la pratique rituelle, de même que la participation des autres personnes autour de sa cliente, sont restés inconnus pour l'intervenante.

Donc peut-être aussi, je ne sais pas ce qui s'est passé au niveau de la communauté haïtienne. Qu'est ce qu'ils ont fait ? Peut-être que ça l'a fait quelque chose pour elle. Je ne sais pas là. (cas 49, mère haïtienne)

C'est essentiellement sur l'insistance des clientes que les intervenants incluent le recours à des thérapeutes ou à des rituels signifiants pour ces femmes musulmanes, juives, bouddhistes et catholiques, haïtiennes et latino-américaines. Il serait pertinent de reprendre cet aspect du travail en CLSC qui se veut proche du milieu de vie.

#### Cependant, des références aux représentants religieux

Les références aux représentants religieux comme un rabbin et un imam, bien qu'elles soient mentionnées par les intervenants, ne sont pas détaillées ni mises en discussion. Elles semblent se situer cependant dans l'intervention comme substitutives ou complémentaires à l'action du professionnel.

Le psychiatre était impliqué, le rabbin était impliqué. Mme était très apte, elle ne veut pas vivre. (...) C'est sa décision. (cas 31, femme juive)

Elle est allée là-bas et elle avait, pendant qu'elle était là, consulté un imam, qui était guérisseur. Et je pense avant sa mère avait parlé à l'imam. Et l'imam avait donné une prescription de choses à faire et elle avait commencé à les mettre en pratique et ça l'avait aidé. (...) l'imam était au Maroc mais c'était des choses à faire ici, alors entre autres, des prières récitées, des cassettes du Coran à écouter, des choses comme ça. (...) (cas 4, femme marocaine)

On a envoyé 2 rabbins pour essayer de leur parler. (cas 7, femme juive)

La présence de rabbin ou même d'imam ne suscite pas de malaises explicites comparativement à l'intervention longuement élaborée concernant le vaudou haïtien. Dans le contexte québécois de liberté de culte et de religion autorisée par la Loi, il serait

certainement intéressant d'explorer le rapport que l'on entretient à ces formes d'expression spirituelle implantées maintenant au Québec.

On ne fait pas mention du travail avec des interprètes ou des médiateurs culturels, sauf quelques cas où l'apport de l'interprète a été absolument nécessaire à la traduction des langues. L'intérêt de travailler dans la langue maternelle ou les limites d'une compréhension mutuelle approximative dans une relation thérapeutique n'ont pas été soulignées par les intervenants.

Force est de constater que la complémentarité des ressources des communautés ethnoculturelles et communautaires aux services du CLSC ne ressort pas du discours des intervenants de façon aussi marquée que les collaborations avec le milieu hospitalier.

### 5.3.3 La référence ethnopsychiatrique : un travail qui exige une complémentarité de pensées

Devant les difficultés rencontrées dans leur travail, les intervenants mentionnent entre autres avoir demandé des consultations soit auprès d'un psychiatre consultant en ethnopsychiatrie, soit au séminaire transculturel. L'utilisation des ressources de soutien clinique comme la consultation d'ethnopsychiatrie, le séminaire transculturel de même que l'utilisation d'une clinique transculturelle se trouvent dans près de 25% des cas étudiés. Même si cela est relativement restreint, cette donnée indique tout de même que l'on n'en est plus au stade de la sensibilisation et de l'apprivoisement mais à un début de changement de pratiques pour tenir compte des difficultés de langues entre la famille et l'intervenant, des influences migratoires et de la diversité culturelle dans l'explication des difficultés.

Ce récit d'une famille vue en clinique transculturelle où l'intervenant l'accompagne, démontre bien les multiples problématiques pour lesquelles on ne peut faire abstraction des questions d'appartenance culturelle, de vécu prémigratoire et postmigratoire. Plusieurs niveaux d'intervention sont requis dans cette situation très complexe :

La dame indienne, qui a eu certains traumatismes avant de venir ici. (...) Des persécutions dans son pays, (...) et qui est arrivée ici enceinte, je dirais bien 5 ans. Mais qui est restée déprimée tout ce temps là, même avec des prises de médication. Dans cette famille là, la famille indienne, c'est plus une situation où l'adolescent est, l'adolescent et la mère ont des difficultés de communication, mais l'adolescent aussi prend de grosses responsabilités parce que sa mère est déprimée et l'adolescent aussi est déprimé. (...) Il y a des (? – deuils) qui ne sont pas complétés, d'un père qui est disparu, il y a 5 ans qui vient ici, ils l'ont persécuté, le père était sikh, tué. Toutes sortes de choses est arrivé. (...) Elle n'est plus le boss chez elle, c'est la fille de 16 ans qui est le boss. (...) C'est une dame qui prend beaucoup de temps à sortir de sa dépression, qui a besoin beaucoup d'être maternée, portée, qui ne veut pas qu'on la laisse tomber du tout. (...) Parce que c'est une femme qui a perdu sa famille, qui a été rejeté par la famille au mariage, c'est un mariage d'amour, ok, qui a marié un sikh, une hindoue qui a marié un sikh, c'était donc rejeté au départ. (...) C'est comme s'il manquait, s'ils n'avaient pas... cette dame là, vu la dépression, ne faisait pas de racine. C'est à dire, ne s'enracinait pas et ne permettait pas à ses enfants non plus. » (cas 37, femme indienne)

Considérer l'aspect culturel des situations ne va pas de soi. Dans une situation où une équipe multidisciplinaire assure un suivi auprès d'une famille où la mère, monoparentale, éprouve de sérieuses difficultés dans l'exercice de son rôle, un autre avis professionnel vient bousculer la vision du problème et remettre en question le plan d'intervention. Le vécu familial n'a pas été plus simple pour autant:

Une femme qui a de la difficulté avec ses 3 enfants. (...) on avait besoin de quelqu'un qui travaillerait à la maison, parce qu'il n'y avait pas de continuité avec ce qu'elle faisait là-bas, pis à la maison, tout se défaisait. (...) Ça tout été remis en question notre plan. (...) il a tout remis en question, il voulait bon...Il voulait, qu'est-ce qu'il ..il voulait soit une intervention culturelle, alors que c'est quelqu'un qui vient d'Europe la madame. L'ex-conjoint est marocain, mais qui n'était pas dans le décor. (...) Nous, ce qu'on voyait c'était quelqu'un pour faire du « modeling » parental pour la mère... surtout avec les 2 aînés. (...)On a fini par avoir un éducateur. Mais après l'ex-conjoint de Mme est revenu dans le décor et ça a tout bousillé. Et ça a pris 4 mois avant qu'elle ait le courage de le mettre à la porte (...) (cas 6, famille euro-marocaine)

Des ruptures et des discontinuités entre l'observation des situations problématiques, le sens qu'on leur attribuait et les actions mises en place sont apparues dans les récits des intervenants.

#### 5.4 Des interventions en mouvement : ruptures et discontinuités

Si l'intervention professionnelle se définit comme un processus d'intervention réfléchi et planifié, les intervenants font bien ressortir qu'ils sont loin d'en contrôler toutes les variables. Plusieurs éléments de discontinuités sont apparus dans l'analyse des discours des intervenants. Il faut rappeler que le concept de discontinuité désigne les incohérences entre la conception des problèmes, les actions mises en place pour y répondre, le discours sur le client ou les agirs du client. Il s'agit également de rupture dans la communication, dans la coordination ou dans le suivi. Les dimensions interne (relié au problème et à la personne) et externe (relié à l'intervenant et les ressources) peuvent être inconciliables et les contradictions positives aux clients. Quand la logique de l'intervention demande de modifier les interactions habituelles avec le milieu hospitalier par exemple, il y a discontinuité dans le réseau de services mais il peut y avoir cohérence dans le modèle d'intervention privilégié par l'intervenant et congruence avec les besoins ou les désirs du client.

##### Les éléments de discontinuité reliés à l'approche médicale

Les éléments de discontinuité les plus fréquemment rapportés sont la non-acceptation du diagnostic, son incompréhension par le patient et souvent le refus de la médication ou du traitement psychiatrique:

...le M.D. a insisté pour qu'il vienne pis il est venu. Il était très anxieux à l'idée de venir voir un psychologue. Alors il est venu ici, ça été plusieurs séances pour l'aider à comprendre d'abord c'est quoi le travail d'un psychologue. L'aider à faire le lien entre ses problèmes psychosomatiques, pis sa dépression, son anxiété. Il ne voulait pas parce que pour lui, il n'était pas malade. Et les antidépresseurs c'est pour des gens qui ont des problèmes psychiatriques. Donc c'est très difficile pour lui. (cas 10, homme colombien)

Parfois c'est la famille qui réagit au diagnostic. Elle ne comprend pas, elle est dépassée ou insatisfaite de la réponse à la demande initiale d'aide :

Il y a certaines communautés où il y a beaucoup, beaucoup, extrêmement de honte vis à vis des problèmes de santé mentale et des maladies mentales. Ils

font tout pour nier le problème, le cacher. (...) C'était des Asiatiques. (...) Et souvent aussi les familles, vis-à-vis le membre de la famille qui a un gros problème de santé mentale, nous, le système, on a des attentes vis-à-vis la famille et la famille ne rentre pas là-dedans. (cas 19, famille asiatique)

Bien qu'elle ait accepté la référence pour une évaluation psychiatrique de son mari, le diagnostic reste la conjointe perplexe :

Il devait venir lui-même au CLSC parce qu'il cherchait l'aide de quelqu'un avec qui il pouvait parler de son vécu durant la grossesse de sa femme qu'il trouvait difficilement à vivre avec. (...) Sauf qu'elle ne comprenait quel sera son problème. Elle reconnaît bien qu'ils ont un problème de communication comme couple et elle reconnaît bien que l'arrivée du bébé a apporté énormément de stress et elle a reconnu que c'est elle qui assume la responsabilité majeure du bébé et pas lui. Et elle commençait à exiger de lui de se comporter de telle façon avec le bébé au lieu de le laisser de sa propre façon, (...). Elle ne comprend pas, elle sait que quelque chose n'est pas bien avec lui mais elle ne comprend pas non plus quand elle a reçu le diagnostic «bipole disorder», elle ne savait pas quoi faire avec ça, comment comprendre ça, ça veut dire quoi. Elle posait les questions à son mari, mais son mari ne voulait pas lui parler de sa maladie et son problème mental, il ne voulait pas lui dire non plus quel médicament il prend. (cas 33, homme antillais)

Le rôle des intervenants n'est parfois pas bien compris par les familles :

Elle a pas vraiment compris notre rôle. Elle est comme une enfant : « Comment ? vous venez plus me voir? » Là, je redis la même chose : « oui, j'y vais mais je veux parler avec vous. » Elle est restée comme accrochée. (cas 26, femme indienne)

Bien là, c'est comme si nous on abandonne cette personne-là, on refuse d'aider et on condamne la personne à une vie terrible. Parce que peut-être que les asiles d'ici vont être mieux que les asiles chez eux. (cas 19, malade asiatique)

Comme on peut le constater, la réaction de cette famille n'a pas été sans susciter de réactions chez l'intervenant qui, assimilé au système, tente de se dégager de leur perception négative.

### Les discontinuités dans l'aide reçue

Il se présente aussi des discontinuités des ressources d'aide à l'intérieur même du réseau, dans l'institution elle-même ou entre les institutions, des incompréhensions ou des luttes de pouvoir entre les différentes disciplines ou parfois des changements d'intervenants dans le dossier. L'analyse de l'ensemble des récits révèle que ces problèmes sont présents dans 70% des histoires de cas.

Quand j'ai commencé à la DPJ, c'était en changement puis c'était pendant la période des Fêtes, ça fait que c'était pas évident qu'ils suivaient. (cas 17, famille jamaïco-haïtienne)

Parce qu'eux avait besoin du lit, ...donc j'ai trouvé une ressource qu'on a nous ici pour réfugiés. Et ça a pas très bien fonctionné parce que monsieur était encore très anxieux et fragile. (...) on l'a retourné à l'hôpital. (cas 27, homme africain)

### Les ruptures de sens...et de soins

Les ruptures sont également venues sur des questions culturelles comme j'en ai fait mention au point précédent. Des clients, dans certains cas cités précédemment, ont pris l'espace d'intervention pour exprimer leur compréhension de ce qui leur arrive, au cœur de leur souffrance, s'opposant à la vision de l'intervenant. La discontinuité apparaît dans le conflit entourant la conception des problèmes :

Parce que j'avais l'impression que c'était la même dynamique dans le sens qu'il y avait quelque chose d'inacceptable. Que pour elle d'admettre que « Oui, j'aurais dû lui parler. » Que pour elle ça aurait été trop pour elle. Que c'était pour elle, je pense que c'est pas conscient. Pour elle, c'était une façon de dire : « J'étais pas moi-même quand j'ai fait ça, ou quand, j'ai pas fait ce que j'aurais dû faire. » Puisqu'elle semblait tenir mordicus à l'idée d'être possédée, on a regardé qu'est-ce qu'elle pouvait faire avec ça? (cas 5, femme arménienne)

En terme diagnostic, il y avait beaucoup d'anxiété. Elle avait été dépressive et il y avait certains éléments post-traumatiques.(...) Au début, je travaillais avec elle un peu comme je travaillerais avec n'importe qui d'ici. Mais à un moment donné, c'est devenu clair qu'il y avait autre chose. Et elle avait dit :

« Je sens que ça va moins bien ». Et là, je pense que j'ai pris une approche cognitive (...) Je pense que la façon dont vous vous êtes parlé ça peut expliquer, au moins en partie, que vous vous sentiez plus dépressive en ce moment. » « Non, il y a autres choses. » (cas 4, femme marocaine)

Même si certains intervenants démontrent une ouverture à la prise en compte d'étiologies traditionnelles, par exemple, les pratiques mises en place ne sont pas exemptes de contradictions, rompant parfois avec ces autres logiques en émergence dans l'intervention. Ainsi, si l'histoire de la femme arménienne s'est terminée rapidement après consultation d'une ressource de sa communauté et une rapide amélioration, l'histoire d'une femme marocaine a eu une évolution plus incertaine. Celle-ci a également consulté selon sa logique culturelle un imam et mis en place les moyens recommandés, avec le support de sa mère et de ses sœurs. La difficulté de maintenir des résultats positifs et une alliance thérapeutique ont encouragé les différents intervenants à interpréter l'étiologie de possession selon la lecture psychiatrique occidentale dominante, avec référence médicale et prescriptions d'antidépresseurs et d'antipsychotiques par le psychiatre consulté en support à l'intervention. Cependant, celui-ci ne s'est pas contenté de prescrire une médication. Il a proposé une piste de réflexion à la patiente qui l'a saisie semble-t-il. Mais le lien d'intervention semble fragilisé par les difficultés rencontrées dans l'évolution, comme le laisse entendre la dernière remarque de l'intervenant :

Je pense qu'il faut tenir compte de sa réalité à elle, qui est ça. Qu'elle a l'impression d'être possédée, pis, qu'elle a l'impression d'avoir transgressé certaines règles. Et on a exploré tout ça, pis on a regardé ce serait quoi les recours possibles. (...) Mais après un certain temps, les symptômes ont commencé à revenir (...) Je trouvais une clinique transculturelle ça serait peut-être plus approprié que n'importe quel psychiatre qui ne s'y connaît pas tellement. (...) Entre-temps, madame a eu son rendez-vous à (...) C'était un psychiatre régulier. C'est vrai, il était bien correct. (...) Et je lui ai expliqué. Je pense qu'il ne s'y connaissait pas tant que ça. (...) Il ne semblait pas très familier avec tout ça, question de djinns et de possessions et tout ça. Il m'a demandé : « Est-ce que vous pensez qu'elle est psychotique? » J'ai dit : « Non. Je pense pas. » (...) Et il l'a vu et après on s'est parlé de ses impressions, de ses recommandations et tout ça. Ben lui, il pensait que probablement son angoisse sortait, s'exprimait de cette façon là. Et je pense qu'il lui a dit : « Est-ce que ça vous arrive de voir ces choses là quand vous êtes plus stressée, plus angoissée? » Et ça a allumé quelque chose pour elle. Elle a commencé à réfléchir à ça. Il lui a dit d'essayer d'en être consciente et au niveau de la médication, il avait recommandé que le médecin de famille

prescrive. Mais il a suggéré un des nouveaux antipsychotiques en disant : « Ça a un effet sédatif et ça peut aussi, si jamais, je ne crois pas que ça soit psychotique, mais si jamais ça allait... ça pourrait agir là-dessus. » (...) Je pense qu'elle continue avec moi et le médecin de famille. (cas 4, femme marocaine)

L'intervenant et la cliente ne semblent pas être arrivés encore à rétablir une relation thérapeutique permettant l'élaboration des perceptions subjectives de la patiente et éventuellement un repositionnement dans ses héritages tout autant que dans sa destinée.

Dans la situation où une dame haïtienne participe à un rituel vaudou, l'étonnement est au rendez-vous face à des « croyances » que les intervenants avaient identifiées. Les incompréhensions sont nombreuses et les chocs culturels majeurs:

Est-ce que pour vous c'est quoi, ça veut dire quoi la maladie de madame untelle. (...) Finalement, (...) elle a trouvée madame habillée d'une façon vraiment étrange, avec plein de gens dans la maison qui faisaient des prières. Des prières un peu bizarre, un peu vaudou là. Tu sais ce n'était pas des prières traditionnelles là. (...) C'était un peu comme des charmes. (...) Bon, tout ça pour dire que, elle niait qu'il y avait un élément culturel, un élément de vaudou là. Mais c'était clair pour nous quand on est intervenu au moment de la crise, parce que tout ces gens là qui était présent dans le but d'exorciser, d'enlever le ... (...) le mauvais de madame. (...) Alors ils étaient en train de la libérer. (cas 49, femme haïtienne)

La conception culturelle du désordre et les manières de s'occuper de la malade et de son groupe social, telles qu'exprimées dans le rituel, ont été complètement écartées au profit de la vision occidentale des choses. La communauté qui s'était mobilisée autour de la malade n'a pas été mise à contribution dans la compréhension de cette mère, de même que les modalités thérapeutiques possibles dans sa culture.

La domination du groupe culturel majoritaire dans la définition de la maladie, dans le traitement et la définition du mieux-être est réelle mais plus encore, est invisible au groupe dominant<sup>35</sup>. Au mieux, le conflit culturel est nommé, sans le remettre en question

---

<sup>35</sup> La référence à un groupe dominant implique évidemment que la société québécoise n'est pas homogène sur le plan culturel.

ou l'élaborer. Dans une autre situation concernant une personne d'origine asiatique, l'intervenant introduit la critique que la famille fait du modèle dominant d'intervention. Il en reste là.

Puis la famille a dit : « Vous faites quoi avec la personne? » J'ai dit « C'est confidentiel. Elle vient me voir puis on parle. » « Oui mais qu'est-ce que vous faites exactement ? Vous parlez de quoi? Qu'est-ce que vous allez faire? » « Rien d'autres. On va juste parler, puis on va voir si elle peut s'ajuster, puis trouver des solutions. » Je voyais qu'ils étaient pas satisfait de ça. Vraiment pas. (cas 21, personne asiatique)

### 5.5 L'évolution des cas

Dans les histoires de cas, la grande majorité des intervenants ont fait mention d'éléments d'évolution de la situation problématique, souvent en conclusion. Alors que les uns parlent clairement en terme de succès de la thérapie, d'autres apportent des éléments plus de satisfaction professionnelle ou de satisfaction du client. Quand l'histoire était plus longuement élaborée, j'ai tenté de dégager, à partir de la conception dominante du cas, s'il y avait eu atteinte des objectifs visés par la personne et dans quel sens le cas avait évolué. Les discours qui apparaissaient neutres ou sans élément d'appréciation ont été classés non-disponibles.

La première constatation générale est que l'évolution est jugée positive dans 43% des récits alors qu'elle est jugée négative dans 44%. Les données ne sont pas fournies dans 12% des récits. (Tableau 6)

**Tableau 6**

Évolution selon la conception des problèmes de santé mentale

<b>Conception du cas / Évolution</b>		<b>Positive</b>	<b>Négative</b>	<b>Non-disponible</b>
Psychiatrique	60% des cas	50%	44%	5%
Sociale	17% des cas	30%	60%	10%
Culturelle	23% des cas	50%	28%	21%
<b>Évolution des cas</b>				
60 cas				
<b>Total :</b>		<b>43%</b>	<b>44%</b>	<b>12%</b>

Quand on met en parallèle la conception des cas et leur évolution, on constate que dans les histoires où les problèmes sont définis comme étant d'ordre biomédical, les intervenants ont légèrement tendance à considérer que ceux-ci évoluent plus positivement que négativement (50% d'évolution positive contre 44% d'évolution négative). Dans la conception sociale des récits, les situations semblent évoluer à l'inverse, avec 60% d'évolution négative et 30% d'évolution positive. Quant à la conception culturelle, les intervenants ont jugé que dans 50% des situations présentées, l'évolution était plutôt positive alors que dans 28%, l'évolution était plutôt négative. Le nombre de récits ne faisant aucunement mention de l'évolution est significativement plus élevé dans cette catégorie que dans les autres.

Que pouvons-nous comprendre de ces résultats? En fait, il est intéressant de voir que quand les situations sont construites soit à partir de l'idiome psychiatrique biomédical, soit à partir de l'idiome culturel, les évaluations sont plutôt positives. Si cette appréciation ne surprend guère du côté psychiatrique, avec la réassurance qu'apporte souvent le diagnostic, la prise en charge hospitalière et le suivi médical, elle est plus étonnante du côté culturel. Ainsi, l'évolution des étiologies de possession ou de mauvais sort et certains conflits interculturels ont pu être qualifiées positivement malgré

l'étrangeté que les problématiques pouvaient susciter chez les intervenants. Cependant, alors que dans la conception biomédicale, les professionnels ont une opinion sur l'évolution, avec seulement 5% des récits ne donnent aucune appréciation de l'évolution, dans la catégorie culturelle, 21% de récits ne donnent aucune indication d'évolution. On peut avancer que les repères d'évaluation semblent plus clairs pour la première conception alors que pour l'autre, l'incertitude est plus présente et on ne peut trop se prononcer quant à l'évolution des situations.

### L'isolement social et les modifications d'affiliation des patients

La catégorie qui frappe le plus est celle de la conception sociale des problèmes de santé mentale. Ce qui domine dans les problématiques principales est l'isolement social des personnes, soit par la perte du réseau significatif soit en raison de rapports difficiles avec le réseau d'affiliation, comme on le voit dans ces deux extraits :

...she is crying a lot of time, she lost her son ten years ago, her son was fifty, forty five or fifty when he died from cancer. She is a holocaust survivor. (...) from Poland. Donc elle n'a pas de famille ici, (...) Qu'est-ce que je peux faire avec une madame comme ça? C'est très difficile, je peux donner le support, je peux permettre à madame de parler de sa vie, je peux encourager madame de focuser sur des choses positives, mais quand même qu'est-ce que je peux faire, pas grand-chose. C'est juste être là régulièrement comme un suivi régulier. (cas 30, femme polonaise)

Donc la famille elle est où au départ? La famille est ici, c'est le Dr. (...) moi, le dispositif, c'est ça qui revient régulièrement. (...) Non il n'y a pas de conjoint. Donc c'est du support concret, oui, mais en même temps il y a une thérapie familiale de long terme, avec toute la famille, pour recréer un sentiment de maison familiale. (cas 37, femme indienne)

Pour les intervenants, briser l'isolement social est un enjeu majeur dans les problématiques de santé mentale. Un intervenant d'ailleurs l'exprimait clairement :

Je pense que 50% de notre travail, peut-être la majorité de notre travail, on travaille bien fort pour garder les liens de la personne avec sa famille, ses amis, son entourage. Parce que une fois que ça, c'est perdu, puis une personne a des problèmes de santé mentale, c'est difficile de s'en faire d'autres.

Comme ça, on essaie de toujours préserver ce qu'il y a. Et quand il y en n'a pas assez, d'en créer.

On peut comprendre l'importance mise sur le réseautage avec le milieu des professionnels de la santé mentale, comme si ce milieu devenait dans certaines situations, substitutif du réseau social familial, culturel et communautaire des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans le même sens, on retrouve la tendance à voir l'arrêt d'une démarche thérapeutique comme négative dans l'évolution du cas, comme si les ressources institutionnelles étaient les seules à pouvoir répondre aux besoins des personnes. De façon plus spécifique, les situations où il y a des conflits interdisciplinaires ou interétablissements (hôpital-CLSC, CLSC-école) apparaissent comme ayant une évolution régulièrement plus négative.

Les intervenants peuvent dans ces affiliations professionnelles se sentir moins seuls face à la lourdeur des difficultés vécues par les clients, soit en raison de leur pathologie même, soit des autres problématiques associées. Ainsi s'exprimait un intervenant qui a reçu le support d'un comité conseil :

Je pense que c'était aidant dans le sens qu'on se sent moins seul et on sent qu'on fait tout ce qu'on peut, en tout cas, dans la situation, même si le problème se règle pas. Ça n'a pas toujours été aidant dans le concret, dans ce qu'on va faire avec la dame. (cas 41, femme juive)

### L'impuissance et l'absence de sens

Les situations concernant de jeunes enfants et des personnes très âgées ont été qualifiées comme ayant une évolution plutôt négative. Dans ces cas, les personnes affectées sont très vulnérables et dépendantes de la qualité de leur entourage. Les enjeux des décisions des intervenants sont majeurs et les conséquences de mauvaises interventions peuvent être dramatiques.

Plus globalement, est-ce à dire que le déterminisme de la petite enfance, si prégnant dans nos approches contemporaines, de même que le déterminisme de la mort, pourtant

inélucltable, produit des effets sur la perception de l'évolution des cas ? N'est-on pas confrontés, dans ces deux étapes de vie, aux limites du pouvoir sur la vie, à nos limites comme intervenants à changer des issues dépassant largement les individus mais déniées ou occultées par nos discours de responsabilisation, de pouvoir de changement, d'autonomie ? Ces mêmes limites semblent si difficiles à admettre qu'aucun discours tant soit peu philosophique ou éthique ne vient éclairer ce sombre paysage. Elles n'en laissent pas moins les intervenants seuls devant l'absurdité et parfois leur propre souffrance :

Elle m'a téléphoné, elle m'a dit qu'elle sait qu'elle a refusé tout, elle sait qu'elle est en train de mourir. Elle ne veut pas vivre, elle est déprimée, elle veut rester avec son mari et donc elle est vraiment... Elle sait bien exactement qu'est-ce qu'elle fait. I could do anything, my hands were tight. (cas 31, femme juive)

C'est les crises, c'est la folie. Pis le père ne s'implique pas du tout dans tout ça. C'est la mère qui doit faire un peu l'autorité. En même temps, elle ne se fait pas respecter non plus dans tout ça et la pression de la communauté (...) Elle se plaint pas de la médication comme telle. Mais je sais qu'elle dort beaucoup, pis elle-même... Elle dort beaucoup, est-ce que c'est à cause de la médication ? Est-ce que c'est la dépression aussi ? Parce que elle-même le dit. Des fois, elle a tellement le goût de rien faire, elle dort. (...) C'est un peu un échappatoire là, dormir. (cas 57, mère pakistanaise)

Alors moi, j'allais quitter, je savais plus quoi faire là, j'étais un peu dépassée. Mais le tout-petit qui avait 4 ans il parlait pas, mais il a compris que c'était le temps de jouer. Puis je pense qu'il sentait vraiment... puis il a commencé à ramasser toutes les couches sales de sa soeur. Ça fait que j'étais émue, puis je l'ai aidé, puis j'ai commencé à faire les activités avec eux. (cas 17, famille jamaïcaine-haïtienne)

On sent bien le désir des intervenants de continuer à faire quelque chose pour que les situations trouvent des issues moins dramatiques. Dans ce type de situations, les enjeux se situent dans la qualité des liens sociaux et questionnent les valeurs de la société : l'entraide, la solidarité, la coopération tant entre parents, entre proches qu'entre les générations. Ces questions n'ont pas été ramenées plus globalement.

En fait, tout au long de la lecture de ce matériel, je m'attendais à ce que les intervenants en santé mentale, du fait de leur formation sur le contexte historique et social ou de leur

place en CLSC, proche du quotidien et dans la communauté, commentent, cherchent à comprendre plus globalement, évoquent les questions de pauvreté, de justice, de politiques sociales, fassent appel à une certaine transcendance, historique ou spirituelle, bref, s'appliquent à faire sens face à ces souffrances intenses que vivent les petits comme les plus vieux. Cette attente est restée vaine. Ce fait généralisé pose la question à mon avis de la place du sens dans la société québécoise. J'y reviendrai dans la discussion des résultats.

La seconde partie de l'analyse des discours des intervenants sur leurs pratiques s'est intéressée à l'impact précisément de la double étrangeté dans le rapport d'intervention et la possibilité de la rencontre.

## CHAPITRE 6

### LA RENCONTRE INTERVENANTS-IMMIGRANTS EST-ELLE POSSIBLE ?

La rencontre intervenants-migrants devrait être un espace où la considération<sup>36</sup> de ce que chacun est psychiquement et culturellement constitue le point de départ d'une rencontre de qualité, d'un lien social porteur de sens et capable de laisser place à une parole vraie et toujours inédite du sujet. Peut-on identifier dans quelles situations elle se produit et ce qui s'ensuit? Le propos de cette partie de la recherche vise à illustrer ces situations de même que les positions différenciées prises par les intervenants confrontés à la double étrangeté des troubles mentaux et de la différence culturelle. Ces positions, bien au-delà des discours disciplinaires et professionnels, sont fondées selon l'ethnopsychiatrie sur les contre-transferts, réactions émotionnelles et cognitives face à ce que l'autre apporte dans l'entretien : rapports à son conjoint ou à sa famille, perceptions de soi, de la société d'accueil, etc. Il convient de rappeler que les contre-transferts, d'origine idiosyncrasique (reliés à l'histoire personnelle de l'intervenant) et d'origine culturelle (reliés à l'histoire sociale et collective de l'intervenant) demeurent inconscients au sujet mais se révèlent dans des éléments du discours et des pratiques. Mais tout d'abord, il importe de reconnaître les manifestations du sentiment d'étrangeté chez les intervenants.

#### 6.1 Le sentiment d'étrangeté dans l'intervention

Les intervenants expriment de différentes façons leur impression que quelque chose ne va pas de soi dans cette situation, qu'ils ont perdu leurs points de repères habituels dans la compréhension de cette personne, de sa situation et dans leurs actions.

...le système famille que la dame avait dans sa tête, c'était un système famille des Antilles mais pas d'Afrique. Parce que c'était un mélange de plusieurs

---

<sup>36\*</sup> Le mot *considération* implique deux sens : un premier réfère à la prise en compte. *Je vais considérer votre point de vue.* Le second indique plutôt la qualité d'attention, l'estime et l'égard portés à une personne ou à une chose. *Etre traité avec considération.*

pays, 2 religions, 2 pays. Donc en plus des pays, 2 hommes, 2 enfants. (...) Il y avait des choses très intriquées. (cas 59, femme antillaise)

On avait l'impression ... qu'il y avait quelque chose contre...un secret qui nous était caché. Tout ce qu'on savait c'est que cette famille là et cette maison là était à l'envers. (...) On avait demandé à la famille. On avait dit bien clairement : « Ecoutez, il y a quelque chose qui nous échappe, parce que voilà ce qui se passe. Nous on voudrait mettre fin à ce cercle là parce que ça aboutit à rien. » (cas 49, femme haïtienne)

C'est une africaine et puis...bon, elle l'a référée parce qu'elle trouvait qu'elle disait des choses bizarres, des choses très bizarres. (...) Du style ça peut traduire qu'il y a un problème mais ... bon ça peut traduire une pensée. Une pensée très culturelle, un imaginaire qui vient de racines culturelles africaines. (...) je veux dire, c'est comme la pensée est très, l'imaginaire est vraiment au service de je ne sais pas quoi (rires). (cas 36, femme africaine)

Et plutôt que de ne pas avoir écouté cela, je l'avais écouté et je lui avais dit : « Ecoutez-moi je ne m'y connais pas beaucoup dans tout ça mais je connais quelqu'un qui s'y connaît, je veux dire, et je pourrais vous référer à lui pour que vous puissiez en parler. » (cas 46, femme haïtienne)

Moi ce qu'elle me décrit là, je veux dire honnêtement c'est très...très...très différent. Ça va à l'encontre de ce que je préconise tu sais. Bon parce que c'est une différente culture. (cas 50, femme vietnamienne)

... j'ai un contre-transfert nord- américain. Un contre-transfert culturel quand je la perçois comme contrôlante. Et je peux ressentir un peu de colère. Comment ça se fait qu'elle ne permet pas à son fils adoptif, son neveu, de choisir d'être technicien au lieu d'être professionnel. S'il est heureux comme cela, qu'il le fasse. Bon, chez vous au Vietnam, ... (cas 1, femme vietnamienne)

Au début, je travaillais avec elle un peu comme je travaillerais avec n'importe qui d'ici. Mais à un moment donné, c'est devenu clair qu'il y avait autre chose. Et elle avait dit : « Je sens que ça va moins bien. Non, il y a autre chose. » (cas 4, femme marocaine)

Parfois l'étrangeté n'est pas identifiée aussi clairement par l'intervenant mais intriquée dans le discours sur le client, faite de blancs, d'associations de pensée qui créent des ruptures dans le discours, comme dans cette dernière histoire où l'intervenant décrit la

situation puis change brusquement de sujet, obligeant l'intervieweur à y revenir pour savoir la suite :

Je pense à une jeune fille qui venait du Bangladesh, qu'on avait décidé qu'on la mariait, je ne sais pas à quel monsieur de New York. Elle ne voulait pas se marier, mais dans la famille elle n'a pas le droit de dire non. En tout cas, des choses comme ça, on tient compte de ça pis on travaille à l'intérieur de ces cadres là. Une madame qui vit de la violence conjugale...Q. : Qu'est-ce que vous avez fait avec la dame qui venait du Bangladesh? (cas 13, femme du Bangladesh)

Dans cette autre histoire, l'intervenant décrit un certain nombre de comportements particuliers de sa cliente avant de poser directement les questions majeures que cela suscite chez lui :

Alors elle portait les cheveux comme ça, pis, elle s'habillait (...) avec un pantalon de neige avec des bretelles tout ça. Pis plusieurs vestons, l'un par dessus l'autre. Alors, elle s'habillait un peu comme un enfant. Je pense qu'elle s'était fabriqué un espèce...pas vraiment un traîneau mais quelque chose pour aller glisser sur le Mont-Royal, quelque chose fait maison. Et elle allait glisser sur le Mont-Royal toute seule et elle c'était quelqu'un qui utilisait des rituels pour sa guérison psychique...(..) Née à New York, je crois. Mais en partie noire, Porto Ricain. Amérindien, je ne me souviens pas quoi d'autre. Et de voir aussi, est-ce qu'il y aurait des étiologies traditionnelles ? Est-ce que dans sa perception des causes de ses problèmes il y avait quelque chose de culturel? Est-ce qu'elle pouvait avoir recours peut-être à des types de guérison traditionnels aussi ? (cas 2, femme portoricaine)

Cette autre cliente utilise un moyen d'expression artistique avec son enfant qui, dans la trame associative du discours de l'intervenant, semble devenir bizarre dans le contexte des difficultés de la famille :

C'est des parents qui avaient des problèmes de couple, mais la mère était très dépressive, puis on avait l'impression que par moments elle perdait un petit peu le contact, pas avec la réalité en général mais avec son enfant. Elle avait comme des crises. J'ai pas vraiment le vocabulaire parce que je n'ai pas étudié là-dedans, mais elle faisait des crises d'anxiété très fortes puis elle développait beaucoup chez son enfant tout l'aspect imaginaire. Chez eux, sur le mur du salon ils avaient fait une grande murale. Il y avait beaucoup de jeux symboliques, beaucoup de déguisements, des choses comme ça. Mais l'enfant, je pense, avait 4 ans, puis il mangeait pas tout seul, puis c'était

impossible qu'il respecte une consigne ... (cas 16, couple brésilien-québécois)

De toute évidence, les repères habituels de sens ont perdu de leur efficacité quand on prend en considération les productions psychiques singulières des clients tout autant que leur rapport à ce qui les a construits, tout au cours de leur itinéraire de vie, sur le plan identitaire et social. Nécessairement, les intervenants réagissent à ces contenus signifiés.

## 6.2 Des positions différenciées face à l'altérité

L'analyse des récits m'a permis de mettre en évidence cinq positions prises par les intervenants quand leurs clients articulent sur d'autres référents culturels leur expérience de perturbation psychique : une rencontre intersubjective, une rencontre du même, un départ prématuré de la rencontre, un affrontement duel et enfin, une possible rencontre, chargée d'ambiguïté. Chacune des positions est d'abord succinctement définie puis est illustrée par des extraits de récits.

### 6.2.1 Une rencontre intersubjective, pratique d'altérité

Une rencontre, faite de la subjectivité des acteurs, se produit quand l'intervenant nomme sa perception de ce que l'autre a éveillé chez lui et tente d'inclure ses signifiants dans l'espace de l'intervention. Par exemple, pour cette mère haïtienne qui évoque un mauvais sort pour expliquer ses difficultés familiales :

L'enfant avait été placé et suite à ça la mère avait perdu tous, tous ses cheveux (...) la maman n'était pas bien et elle avait accepté de venir me voir. ... elle pensait que c'était le travailleur qui avait le placement et qui était un haïtien aussi. Donc elle pensait que quelque part il y avait eu de la sorcellerie là-dedans. Et plutôt que de ne pas avoir écouté cela, je l'avais écouté et je lui avais dit : « Ecoutez-moi je ne m'y connais pas beaucoup dans tout ça mais je connais quelqu'un qui s'y connaît, je veux dire, et je pourrais vous référer à lui pour que vous puissiez en parler. » (cas 46, femme haïtienne)

Sans réduire les propos inhabituels de cette femme à du délire, cet intervenant accepte de se mettre à l'écoute de cette façon de parler de ce qui l'accable, de laisser se dérouler sa

parole même dans ce qui lui est étranger mais qui semble pour cette femme des contenus significatifs, au cœur de sa détresse. L'intervenant prend conscience de sa position différentielle, dans sa subjectivité, face à cette situation singulière, une position qui ne semble pas très confortable, en raison des enjeux pour la santé mentale de la cliente. Il maintient cependant le lien d'intervention.

Et j'étais inquiète, parce que la madame avait eu des idées suicidaires, même je pense que ces enfants la tenaient. Elle avait une famille mais, je veux dire, elle aurait eu... Fais que bon... Ça donnait comme... qu'elle a accepté, donc il y a eu comme, au moins, un petit bout qui a été fait dans ce sens là. En fait ce qui était différent c'est que je n'avais pas nié donc à quelque part elle a accepté. (...) avant j'aurais arrêté aussitôt qu'elle m'aurait parlé de sorcellerie, je me serais peut-être dit que la madame était très désorganisée (rire) et puis je n'aurais pas été plus loin. Donc j'aurais bloqué toute l'aide qui aurait été possible d'avoir. Et ça l'a ouvert parce que cette cliente là c'est ouvert avec le psychiatre. (cas 46, femme haïtienne)

L'intervenant met sur le compte de cette ouverture la suite de l'intervention auprès de cette famille :

Et ça l'a ouvert parce que cette cliente là c'est ouvert avec le psychiatre, a quand même accepté mon aide. Et il y a eu un bon lien aussi avec la DPJ donc à quelque part il y a eu comme une ouverture qui s'est faite donc. (...) Et elle m'a envoyé le petit gars un moment donné à l'école. Il avait été placé puis il est venu me trouver en me disant que j'étais puissante puis d'intercéder pour qu'il s'en retourne chez eux. (cas 46, femme haïtienne)

Dans une autre situation où une femme présente des symptômes dépressifs persistants et vit sous l'emprise d'un conjoint violent, celle-ci remet en question le mode d'intervention de l'intervenant. Parce que celui-ci lui offre l'opportunité d'en parler davantage, la cliente parle de ses références bouddhistes, voie de transcendance pour la souffrance :

Par exemple, j'ai une cliente vietnamienne qui me disait qu'elle était excessivement déprimée, qui pleurait, tout ça. Pis elle me dit : « Ben écoutez ça ne me donne rien d'en parler parce que ça me rend trop triste. (...) Mais oui, je règle ça en faisant de la méditation. » Ça fait que là je lui dis : « Ben écoutez, est-ce que ça marche ? » Elle me dit : « Ben, pas à 100% mais ça aide. » J'ai dit : « Vous savez, dans notre... Dans ma mentalité, dans notre culture occidentale, on pense que quand quelqu'un souffre, c'est mieux d'en parler. Et là, vous, vous êtes en train de me dire que c'est mieux de ne pas en parler. Est-ce que c'est comme ça que vous voyez les choses dans la religion

bouddhiste, dans votre compréhension ? » Elle dit : « Ben absolument. Nous si on en parle des problèmes, les problèmes empirent. » Elle dit : « La solution pour nous, c'est de méditer pour prendre, pour nous forcer de nous distancer émotionnellement et donc de prendre contrôle de nos émotions. » (cas 50, femme vietnamienne)

Déstabilisée, l'intervenant nomme sa position culturelle face à ce que sa cliente lui apporte :

Vous savez dans notre ... dans ma mentalité, dans notre culture occidentale, on pense que quand quelqu'un souffre c'est mieux d'en parler.(...) Moi ce qu'elle me décrit là, je veux dire honnêtement c'est très...très...très différent. Ça va à l'encontre de ce que je préconise tu sais. Bon parce que c'est une différente culture. (cas 50, femme vietnamienne)

L'intervenant poursuit sa relation avec la cliente pour l'accompagner dans cette démarche, même si elle s'inscrit dans un autre cadre culturel que le sien, se faisant proche sans s'y identifier nécessairement, de l'univers de référence de sa cliente :

« Ben écoutez si vous pensez que c'est ce qu'il vous faut, dans ce cas là, je vous encourage à aller méditer. Et comment est-ce qu'on peut vous aider à aller plus souvent à la pagode si c'est ça qui vous aide ? » (...) (cas 50, femme vietnamienne)

Cela produit un changement dans le rapport d'intervention, attribuant des expertises différentes et contingentes à l'intervention, renforçant l'alliance thérapeutique, et mettant les deux sujets de l'intervention au travail, ce que l'interviewer ne manque pas de souligner par son questionnement en ramenant le pouvoir sur l'intervenant. Celui-ci souligne la co-construction avec sa cliente de solutions acceptables pour elle :

(...) on a essayé de travailler plus sur ça. De comment l'aider à se rendre à cette pagode là, qui l'aide finalement à méditer. (...) Q : Quand tu dis on, tu veux dire... R : Elle et moi. Q : o.k. elle et toi. R : On essaye de trouver des stratégies. Q : Pis quelle stratégie tu as trouvé ? Comment tu as... R : Ben on a essayé de voir comment elle pourrait faire que (...) Ça fait que juste d'ouvrir ça et d'en parler. Elle-même elle les avait les stratégies tu sais. (cas 50, femme vietnamienne)

Dans une histoire où les conflits d'identité sont apparus majeurs en raison de la diversité culturelle à l'intérieur même de la famille, l'intervention a permis de revenir sur la

filiation primaire, les choix de vie reliés aux ruptures familiales et migratoires, tout en permettant à la jeune femme de se resituer dans ce qui aurait pu apparaître comme un faisceau de relations et d'appartenances impossibles à intégrer. Cette situation n'a pas été sans créer des réactions différenciées entre les intervenants eux-mêmes :

...sa façon de fonctionner avec le père des enfants et l'idée, les fantasmes, les souhaits qu'elle avait par rapport à la famille, c'était antillais pas africain. Donc, ça donne comme une orientation. (...) Je me rappelle assez bien qu'il y avait une travailleuse sociale là, qui ne comprenait rien et qu'elle disait par exemple : « Mais madame doit être divisée, souffrante... » Je me rappelle pas des mots précis pour dire qu'elle avait eu 2 chums, 2 pères pour ses enfants. Et dans la discussion de comment se passe les affaires dans les familles des Caraïbes (...) [ç]a se passe pas comme ça, c'est pas la souffrance. Les femmes sont monogames mais elles peuvent avoir plusieurs conjoints dans la vie. Avoir des enfants de différents monsieurs. Et c'est pas la déchirure que comprenait la dame. Je pense que c'est québécois, je suis pas certaine. (cas 59, femme noire)

Une fois les réactions conscientisées, les objectifs d'intervention s'en sont trouvés précisés car la souffrance ne résidait pas là où une collègue l'avait identifié :

Mais c'était pas là la souffrance de la madame. Non, pas du tout, pas du tout. Elle est venue référée par son chum, mais elle était déprimée parce que son chum partait. Le père de l'enfant qu'elle attendait, (...) c'était comme l'aider à surmonter la dépression tout en étant enceinte, étudiante à l'Université. Bon c'était pour elle qu'elle puisse continuer sa vie. (...) comme l'aider à pouvoir se séparer de cet homme là. Mais ça a abouti à un travail de « C'est qui elle du point de vue culturel et ses enfants. » (...) elle va former son petit qui vient de naître comme musulman mais sa fille est catholique. Parce que le père est musulman. Du deuxième enfant mais le père de la fille est catholique. Son père à elle est musulman et sa mère est catholique. Donc elle est arrivée à se placer comme noire. Au-delà du pays, parce que son père est de Mali, son deuxième chum est de Mali, sa mère est d'Haïti, son premier chum est d'Haïti. (...) (cas 59, femme noire)

Non seulement on s'est préoccupé du bien-être psychologique de la cliente mais également de la deuxième génération, ses enfants, incluant les rituels initiatiques culturels dans la question de l'identité, tenant ainsi compte de la fabrication culturelle des humains, pour reprendre les termes de Tobie Nathan.

On peut qualifier ces interventions de « rencontre d'altérité ». Les deux sujets de la relation sont apparus dans leur subjectivité qu'elles ont mise au travail dans la suite de la démarche, sans pour autant renier leurs propres schèmes de référence et de pratiques. Dans ces rencontres, il apparaît intéressant de souligner que les intervenants ont mentionné avoir discuté avec un autre professionnel intéressé à ces questions culturelles. Sans doute y ont-ils trouvé un allié pour continuer de cheminer dans ces espaces incertains puisque ni l'une ni l'autre des dimensions de la rencontre n'ont été évacuées, ni la détresse reliée à la souffrance psychique ni leur formulation dans d'autres logiques de sens, ni les références culturelles de l'intervenant. La culture a pu jouer sa fonction homologique d'étayage dans l'espace thérapeutique.

### 6.2.2 L'incertaine rencontre : un rendez-vous avec le même

Dans certaines interventions, l'altérité culturelle disparaît au profit d'une ressemblance universelle. *Toute personne est d'abord un être humain*. La dimension de la pathologie mentale occupe toute la scène thérapeutique et la seule porte d'entrée sur le vécu intrapsychique apparaît avoir été l'aspect psychodynamique ou médical. Face à l'étrangeté chez un patient qui dit entendre des voix ou chez une femme qui se dit ensorcelée, les intervenants utilisent les outils mis à leur disposition par leur culture pour tenter d'organiser les informations et composer avec cette étrangeté. Un des premiers outils disponibles est le discours psychiatrique, manière dominante dans la culture québécoise de penser et de fonder l'agir légitime face à une personne présentant des perturbations psychiques. Mû par le désir de la rencontre avec l'autre, on traite l'autre comme quiconque le requiert. Il en résulte ce que j'appelle un rendez-vous avec le même, une incertaine rencontre car, comme le définit l'ethnopsychiatrie, la relation thérapeutique ne peut s'établir sans la prise en compte de la dimension culturelle du psychisme humain.

Il y avait un papa qui démontrait qu'il n'était pas bien, (...) il commençait à parler d'une façon un peu bizarre, avec un visage, (...) avec les pensées un peu étranges, il me racontait les histoires de monde quand il était dans un avion que quelque chose a emporté sa tête et il pensait à changer ses pensées. Il avait un regard bizarre, il ne s'engageait pas avec le bébé non plus,

préoccupé dans sa tête anxieuse. Donc, une évaluation psychiatrique immédiatement. (cas 33, homme antillais)

L'origine ethnique de même que la situation de couple mixte ont été précisées par l'intervenant, sans lui donner plus de considération dans l'analyse.

Cet homme vient des Antilles de Tobago, West Indies et c'est un mariage interculturel, la femme vient de ... Elle est d'origine américaine grec. Greek american, mais elle vivait ici à Montréal. (cas 33, homme antillais)

Qu'aurait donné l'accès libre à la parole pour construire le récit sur les origines culturelles, la situation du couple et les implications pour eux d'un mariage mixte, etc. Que savons-nous de leurs projets migratoires, de leurs espoirs et de leurs déceptions, des moyens que cet homme a pris pour réaliser ces projets et le rapport avec ses épisodes maniaques et dépressifs ? Quel sens prend cette souffrance singulière pour cet homme, loin de sa société d'origine ? Qu'en aurait-on dit au pays, dans son groupe d'appartenance et qu'est-ce qui aurait été entrepris pour éloigner le mal ? Aurions-nous pu travailler les conflits psychiques de cet homme divisé à partir des conflits culturels ou des ruptures migratoires ? Aurions-nous évité la stigmatisation psychiatrique et la blessure narcissique qui produit déjà ses effets tant chez lui que chez sa conjointe ? Sur quelles autres logiques, en complémentarité avec celles utilisées, auraient pu se dérouler le récit de son histoire singulière ?

Sauf qu'elle ne comprenait quel sera son problème. Elle reconnaît bien qu'ils ont un problème de communication comme couple et elle reconnaît bien que l'arrivée du bébé a apporté énormément de stress et elle a reconnu que c'est elle qui assume la responsabilité majeure du bébé et pas lui. Et elle commençait à exiger de lui de se comporter de telle façon avec le bébé au lieu de le laisser de sa propre façon, (...). Elle ne comprend pas, elle sait que quelque chose n'est pas bien avec lui mais elle ne comprend pas non plus quand il a reçu le diagnostic « bipole disorder », elle ne savait pas quoi faire avec ça, comment comprendre ça, ça veut dire quoi. Elle posait les questions à son mari, mais son mari ne voulait pas lui parler de sa maladie et son problème mental, il ne voulait pas lui dire non plus quel médicament il prend. (cas 33, homme antillais)

Dans cette histoire, plusieurs intervenants sont mobilisés autour de la famille. Le défi est grand pour éviter de recréer les conditions de la rupture migratoire quand des morceaux

majeurs de l'histoire de vie ne semblent pas participer à la définition même de la condition actuelle des personnes et de leurs familles. Si l'étrangeté de la folie a orienté l'action sur le trouble psychique du patient, « individu universel en souffrance », elle en a fait complètement disparaître l'identité culturelle singulière de cet homme, un homme ayant grandi dans un environnement tout autre, ayant vécu une migration et vivant tous les jours en situation d'ajustement culturel avec une épouse ayant vécu des réalités similaires. De telles pratiques peuvent avoir certains avantages dans la gestion des cas. Il n'en demeure pas moins que le contenant culturel qui permettrait de recevoir le contenu de la parole n'est pas mis en place. Le « double » du patient n'est pas restauré, pour reprendre l'expression de Nathan. Le patient reste hors-sens. Dans ce rendez-vous du même, peut-être ces questions pourront-elles être reprises dans un deuxième temps de la prise en charge et ouvrir sur une rencontre.

Une histoire offre un autre cas de figure où l'alliance thérapeutique semble s'être établie selon le thérapeute, mais avec des fragilités questionnantes dans le lien d'intervention comme le rapporte l'intervenant lui-même. En effet, le thérapeute traduit à maintes reprises les difficultés de cet homme d'adhérer à la perspective de la théorie psychologique sur la somatisation et de la dépression :

Le M.D. a insisté pour qu'il vienne puis il est venu. Il était très anxieux à l'idée de venir voir un psychologue. Alors il est venu ici, ça été plusieurs séances pour l'aider à comprendre d'abord c'est quoi le travail d'un psychologue. L'aider à faire le lien entre ses problèmes psychosomatiques, pis sa dépression, son anxiété. (...) Il ne voulait pas parce que pour lui, il n'était pas malade. Et les antidépresseurs c'est pour des gens qui ont des problèmes psychiatriques. Donc c'est très difficile pour lui. (...) Entre prendre des antidépresseurs et aller voir un psychologue il a décidé d'aller voir un psychologue. Mais il est venu à reculons, je ne savais même pas s'il allait rester, bon. Ça s'est bien passé mais il fallait, comme je vous disais, le réengager dans le processus. (...) Il a pris les antidépresseurs mais là encore c'était presque à chaque séance, il fallait qu'on retourne, qu'on parle des effets bénéfiques des anti-dépresseurs. Il fallait que je le rassure que ça n'avait pas d'autres effets. (...) C'était beaucoup de le rassurer mais il a fait une démarche intéressante. (...) Et il fallait à chaque fois le réengager. (cas 10, homme colombien)

Malgré ce qu'il est convenu d'appeler dans le langage clinique habituel les « résistances » du patient, la thérapie n'a pas été sans effet :

Et c'est un monsieur qui a fait un travail très intéressant, pis il a terminé, pis je pense, mon Dieu, 3 mois plus tard il me téléphone, je me dis mon Dieu, il a des problèmes. « Je veux juste vous dire que tout va très bien. » Alors j'étais contente. Il avait fait des changements dans sa vie. Il avait réglé ses relations avec sa mère, son père, toutes sortes de choses dans sa vie. (cas 10, homme colombien)

Ce récit n'est pas sans rappeler ce que Nathan nomme le paganisme thérapeutique des patients, prêts à accepter de se voir fabriquer par les objets de leur thérapeute (théories, procédures de modification des êtres, affiliations, etc.), thérapeute qui les informe de leur mal et des manières de guérir et ainsi leur permet de retrouver un certain ordre des choses. Soucieux d'efficacité. Mais avons-nous su le sens que cet homme donnait à sa souffrance ? Qu'est-ce qui aurait été dit au pays, dans le lieu qui l'a vu grandir, de ces crises de panique, de ses maux de jambes, de sa tristesse ? En parlait-on d'ailleurs là-bas ? Que lui aurait conseillé la famille ou ceux qui sont avisés de ce genre de problèmes ? Son élaboration discursive aurait été certes différente s'il avait pu l'étayer sur des référents puisés dans son univers culturel. Peut-être des éléments d'ordre collectif ont-ils contribué à la condition psychique actuelle du patient (violence organisée, oppression politique, etc.) et lui aurait permis de s'y resituer, à cette étape-ci de son parcours. L'intervenant a identifié l'origine de son client avec suffisamment d'hésitations pour que l'on puisse penser sans trop se tromper que les référents et les événements collectifs dans ce pays n'ont pas été abordés.

Je pense qu'il était colombien, je pense que c'est un Américain du Sud. (cas 10, homme colombien)

Deux autres éléments sont rapportés par l'intervenant, comme en excès de l'intervention : l'anxiété du patient d'être vu dans la salle d'attente, ce dont il parle à deux reprises, de même que les questions de ses amis qui ne le reconnaissent pas.

Il est venu et c'était une bonne thérapie (...) mais il aurait pas fallu que personne le voit dans la salle d'attente. Il avait peur que quelqu'un le reconnaisse. C'était un peu drôle. (...) Ah non vu qu'il était ici, il ne fallait

pas qu'il reste dans la salle d'attente longtemps parce qu'il devenait très anxieux (rire).

A un moment donné, il me disait : « J'ai des problèmes parce que je vois mes amis, pis là, je tiens un discours que les gens ne me connaissent pas, pis ils me disent : « Comment ça se fait que tu penses comme ça? » Et je me rends compte que c'est ma thérapie mais il faut pas qu'ils s'en rendent compte. » (cas 10, homme colombien)

Le thérapeute associe ces éléments au désir d'anonymat dans la communauté. Je suis tentée de compléter par une crainte de rupture avec le groupe d'affiliation, laquelle a des chances d'être évitée par la discrétion de sa présence au CLSC mais certainement pas dans ses changements discursifs. Serait-ce le prix à payer d'une autre affiliation culturelle, celle de son thérapeute? Cette question mérite réflexion.

### 6.2.3 Un départ prématuré de la rencontre

Il arrive que l'intervenant exacerbe la différence culturelle et caractérise la personne selon des éléments culturels collectifs sans que celle-ci se repositionne face à eux. Du coup, l'autre est exclu comme sujet de son devenir dans sa singularité. Il manque un sujet à la rencontre, il y a départ prématuré, avant même qu'elle ait pu se construire. Parfois, c'est l'intervenant qui s'exclut, dans sa subjectivité ou dans son appartenance culturelle.

Paradoxalement, il peut y avoir chez un intervenant une grande ouverture sur les différences de son client. Il pose des questions, il écoute les explications culturelles du client, il se réfère à des connaissances sur la culture de l'autre. Le patient devient un informateur privilégié du contexte de sa détresse jusqu'à parfois « réussir » à occulter la souffrance qui est cela même qui l'a conduit à demander de l'aide. La dimension de la perturbation psychique est évacuée. Le souci de tenir compte de la culture du client endosse l'économie que veut parfois faire le patient du conflit psychique, familial ou social, en recourant à des explications culturelles plus ou moins déroutantes pour l'intervenant, se doublant à l'étrangeté de la condition psychique. Ce faisant, l'intervenant bloque le processus de repositionnement du client face à des dimensions souffrantes de son histoire. Placées dans un contexte de médiation culturelle, ces mêmes

explications peuvent servir de contenant permettant l'élaboration de la problématique de la famille ou de la personne et ne pas être une ligne de fuite, une tentative courte de régler des difficultés certes inconfortables, voire très chargées émotionnellement. C'est ce que j'ai identifié comme un départ prématuré de la rencontre. Il manque un interlocuteur au dialogue et à la rencontre.

Ainsi, dans une situation concernant une famille d'une culture très éloignée de la sienne, un intervenant adopte entièrement les énoncés culturels et les obligations pour ceux qui y sont attachés. Sans remettre en cause cette préoccupation, on constate que l'intervenant, en prenant comme sienne l'obligation culturelle que la famille met en scène, nie complètement sa position culturelle qui, dans le cadre de la science occidentale, ne fonde aucune action scientifique sur des manifestations surnaturelles. Il tente de garder une certaine rationalité en n'accordant aucun crédit à l'énoncé culturel, le réduisant à des croyances que des gens ont même si c'est faux. Il organise pourtant son agir professionnel pour éviter de participer à ce qu'un mauvais sort n'arrive à cette famille.

Mais on s'est rendu compte que pour certains Chinois, les Laotiens c'est comme ça aussi, mourir à domicile, ils aiment pas ça parce que ça jette un sort aux vivants. (...) C'est une croyance qui est fausse, mais eux ils y croient. C'est important pour eux. Pour nous autres, c'est une fausse croyance, pour eux autres, c'est pas une fausse croyance. C'est dans la façon dont tu le regardes. (...) Aussitôt qu'elle me l'a demandé, de toute façon c'était ça, j'ai dit : « je vais le faire si s'est pour jeter un mauvais sort à la famille » (...) Des fois, tu ne le sais pas tout le temps. Tu ne peux pas connaître toutes les cultures. » (cas 9, femme laotienne)

Comment aurait-on pu poser différemment le problème pour aider cette famille sans faire cette gymnastique intellectuelle entre les fausses croyances et le respect de la culture de cette famille ? Si éviter le mauvais sort est devenu sa mission en endossant totalement le sens donné par la famille, il accepte aussi malheureusement d'être celui par qui le malheur arrive.

Peut-être les suites auraient-elles été plus significatives si l'on avait laissé à la famille la définition de la situation sans nier les conflits qui les déchirent mais plutôt les mettre en mots sur le versant culturel, de même que leur responsabilité de se mobiliser pour aller

chercher dans leur culture les moyens de réparer l'outrage vécu. Il aurait peut-être alors été possible d'aménager un espace pour leur permettre d'en parler en terre d'exil, ne serait-ce que pour reconnaître ce qui les habite et les mobilise et éventuellement avoir accès aux drames personnels et familiaux qui s'y jouent, invariablement. L'intervenant est resté avec cette impression d'avoir failli à sa tâche.

En fait, cette position relativiste met à la limite le lien d'intervention en péril. Elle renvoie chacun à ses appartenances, sans lieu intermédiaire de discussion et de médiation pour parler des rapports entre les vivants et les morts. Cela aurait signifié de prendre le temps de reparler de la mort concrète de ce membre de la famille et de ce que cela représente pour eux : soulagement ? tiraillement sur l'héritage ? endettement ? éclatement de secrets ? rupture de loyauté ? problèmes au pays ? nécessités impossibles à rencontrer pour la famille ? Des explicitations de l'énoncé « *mourir à domicile ça jette un sort aux vivants* », replacé dans le contexte culturel de la famille, aurait permis d'éclaircir et de soutenir la famille dans la résolution de ce qui semble faire problème. Le désordre devient alors ce qu'il est, un signe, au cœur des liens sociaux, un signe autour duquel les personnes significatives autour du malade sont conviés à donner un sens et penser les suites, de manière cohérente ou non, selon le nouveau contexte. S'arrêter là ne nous permet absolument pas de comprendre de quoi il s'agit. La tentation de fermer le dossier à cette étape est grande, laissant la famille à elle-même. Si pour diverses raisons les solidarités familiales et communautaires sont relâchées, il est fort à parier qu'un membre de la famille reviendra avec d'autres problèmes, peut-être tout aussi obscurs.

Pour une autre femme, arménienne catholique, elle est victime de possession, ceci expliquant son comportement désengagé face à son neveu qui allait mal et s'est ensuite suicidé. La conviction avec laquelle elle s'attache à cette hypothèse conduit l'intervenant à soutenir sa cliente dans la recherche de recours disponible à l'intérieur du sens qu'elle confère à sa souffrance. L'intervenant a compris cet énoncé culturel comme la culpabilité inconsciente, interprétant le contenu anthropologique à partir du discours psychodynamique, niant de ce fait le complémentarisme des lectures d'un même problème comme le propose la méthodologie ethnopsychiatrique. Aussi, comme le lui

prescrit la conception moderne occidentale de la souffrance, il a rejeté d'emblée tout élément d'ordre surnaturel dans la conduite du monde. Cependant, la relation d'aide se termine rapidement, prise dans la seule logique culturelle de la patiente :

Puisqu'elle semblait tenir mordicus à l'idée d'être possédée, on a regardé qu'est-ce qu'elle pouvait faire avec ça?(...) finalement, elle en a parlé avec un prêtre arménien qui a accepté de venir bénir la maison. Et elle disait que dans son pays c'était quelque chose qu'on faisait faire à chaque année et que depuis qu'elle était ici, elle avait négligé. (...) Et elle disait que dans son pays c'était quelque chose qu'on faisait faire à chaque année et que depuis qu'elle était ici, elle avait négligé. (...) Alors, c'était comme se réinsérer dans sa tradition. Et après que le prêtre est venu bénir la maison, elle a senti qu'elle pouvait continuer et elle n'avait plus besoin de venir. (cas 5, femme arménienne)

Aurait-il pu en être autrement ? Prendre au sérieux les théories étiologiques traditionnelles des patients implique-t-il essentiellement une référence à des manières de faire dont certains anthropologues identifient le pouvoir structurant ou symbolique du fait d'être pratiquées au village ? Est-ce un questionnement ethnocentrique et néo-colonial ? Est-ce une attitude bien post-moderne du « Pourquoi pas ? » visant à éviter les nécessaires questions de métissage culturel qui se posent aux praticiens en interculturel ?

L'impossibilité de penser un espace de médiation entre les positions culturelles contribue à renvoyer chacun à ses rives, ratant l'occasion pour la personne en difficulté de situer la souffrance qui l'habite, à la fois dans ses attachements culturels et dans le contexte actuel, double réalité qui fonde ses choix maintenant.

Les éléments culturels peuvent jouer de façon majeure, bien au-delà de l'intentionnalité des professionnels. Un cas très particulier a attiré mon attention. Il illustre à mon avis comment on peut être capté par ce que l'on a défini comme une contrainte culturelle chez l'autre ou dans sa propre culture. Un élément de l'histoire collective d'une patiente juive était inscrit dans son corps : elle portait un tatouage de numéros de camp de concentration. Cet élément a semblé jouer tout au long de l'intervention, mais de manière implicite, autour d'une contrainte culturelle chez l'intervenant, l'interdit de répéter le traumatisme des déplacements forcés des Juifs, en extension du traumatisme subi. Devant

l'état physique et psychique détérioré de sa cliente, l'intervenant a dû l'hospitaliser contre son gré. L'aspect involontaire du déplacement est particulièrement mis en évidence par l'intervenant. Sa propre mobilisation dans le transport ambulancier vers l'hôpital est soulignée, très inhabituelle dans sa pratique. Les liens associatifs entre l'histoire culturelle de la cliente et l'agir de l'intervenant sont illustrés dans ce court extrait :

Mais une fois, j'ai été obligé d'en déplacer une contre son gré, de l'amener à l'hôpital. C'est la seule fois que je l'ai fait. Je l'ai fait moi-même. Elle avait des numéros de camp de concentration de tatoués. (cas 7, femme juive)

Le caractère exceptionnel de l'action et la précision des tatouages comme élément matérialisant l'histoire de sa cliente me permet de croire que l'intervenant a été fortement influencé par le vécu singulier de cette vieille dame, d'autant plus que le déplacement involontaire a été décidé après mûre réflexion, après de multiples tentatives d'obtenir sa collaboration et plusieurs mois d'observation. Finalement, un avis externe est venu briser la logique implicite de l'intervention.

Un moment donné ça faisait 3 mois que j'allais là, j'ai dit, je ne laisserais pas un chien vivre comme ça. Pourtant, elles avaient des sous, mais toutes les deux étaient un peu détériorées mentalement. (...) Elle ne s'était pas lavée depuis je ne sais combien d'années. (cas 7, femme juive)

Le déplacement involontaire des Juifs semble avoir joué comme un impensé collectif chez l'intervenant, conférant implicitement un surplus de sens à une situation déjà très difficile à supporter. Les points de repère habituels de l'action s'en sont trouvés brouillés. Si au début du récit l'intervenant avait précisé à l'interviewer ne pas tenir compte de l'appartenance culturelle de sa clientèle:

I : Vous avez des patients qui ont survécu à l'Holocauste. Comment se passe votre intervention avec eux? R : Comme n'importe quel patient qui a besoin d'attention médicale psychiatrique. Mais une fois, j'ai été obligé...

il en est autrement à la fin de son récit :

I : Parce que vous teniez à ce qu'elles soient vues par des spécialistes. R : Bien oui, c'étaient des Juives, des Holocaust Survivors. On savait qu'il y avait un spécialiste là. (cas 7, femme juive)

#### 6.2.4 Un affrontement duel

Lorsque l'intervenant pose la différence culturelle comme étant en conflit avec sa culture et ne remet absolument pas en question sa définition des choses, il s'installe dans une relation duelle dont il est fort à parier qu'il sortira gagnant, c'est-à-dire que le point de vue de l'autre sera évacué. C'est ce que j'appelle un affrontement duel. Le pouvoir du client se résumera alors à choisir de rester ou non dans le lien d'intervention. Il devient objet d'intervention dans une procédure technique et fondée sur la rationalité de l'organisation.

Dans cette histoire d'une vieille dame marocaine qui affirme voir des fantômes, l'intervenant à domicile rapporte à un autre membre de l'équipe ses propos bizarres. Il est intéressant de voir ce qu'il avait répondu aux verbalisations de la vieille dame et ce que l'autre intervenant y a répondu :

Il y avait une femme, chaque fois que j'allais là, elle disait qu'elle voyait des fantômes. Et elle me demande : « Est-ce que vous voyez les fantômes? » Je lui dis : « Non, je ne vois pas les fantômes. » Et elle leur sortait des bonbons ou de la nourriture pour les garder heureux. Elle disait, toutes les nuits un homme ou une femme est à côté de son lit et elle ne peut dormir, mais ils ne la dérangent pas. (...) Je suis allée en parler à (...) et lui ai dit ce qui arrivait. Elle a dit : « O.K., ils auront à lui donner une autre pilule. » I. : Quel était votre rôle auprès de la dame qui voyait des fantômes? R. : Je lui ai juste demandé comment elle se sentait quand ils étaient là. Et elle m'a dit qu'elle ne se sentait pas maltraitée par eux mais ne pouvait pas dormir. (...) ils vont lui donner une dose plus élevée de médicaments, ou les changer. Elle sait qu'elle voit des fantômes, alors ils donnent certains médicaments. Et après, elle n'a plus vraiment reparler de cela. (cas 52, femme marocaine)

Plusieurs points méritent d'être soulevés dans cet exemple. Le tout premier porte sur le mot « fantôme ». S'agit-il de « fantôme » c'est-à-dire d'un esprit qui revient, comme on le conçoit dans le monde occidental, ou s'agit-il de « djinn » c'est-à-dire un être invisible de l'autre monde comme on le conçoit dans le monde arabe d'où origine cette dame ? On ne parle peut-être pas des mêmes choses. L'autre point est l'intérêt même que l'on porte au récit de cette femme. Alors que l'intervenant à domicile ne manifeste

vraisemblablement pas de peur autour de cette étrangeté, l'autre intervenant de l'équipe y oppose un médicament, faisant taire effectivement la dame.

L'affrontement est illustré par le récit des intervenants sur les manières différentes de faire apportées par l'institution et la famille dans les soins à la personne malade. L'espace de discussion n'a pu être mis en place, par le refus de l'un ou l'autre acteur :

Et souvent aussi les familles, vis-à-vis le membre de la famille qui a un gros problème de santé mentale, nous, le système, on a des attentes vis-à-vis la famille et la famille ne rentre pas là-dedans.(...) Par exemple, une personne qui était vraiment malade et la famille disait : « C'est un cas pour l'asile. » Mais il n'y a pas d'asile ici. Ça n'existe pas. Alors il faut que la famille le reprenne. Mais elle peut pas fonctionner dans la famille, c'est trop difficile. Alors il faut que la personne demeure dans un appartement. Bien là, c'est comme si nous on abandonne cette personne-là, on refuse d'aider et on condamne la personne à une vie terrible. Parce que peut-être que les asiles d'ici vont être mieux que les asiles chez eux. (cas 19, famille asiatique)

Quelqu'un qui avait peut-être pas de maladie grave, qui était un peu déprimée...Puis la famille a dit : « Vous faites quoi avec la personne? » J'ai dit : « C'est confidentiel. Elle vient me voir puis on parle. » « Oui, mais qu'est-ce que vous faites exactement ? Vous parlez de quoi? Qu'est-ce que vous allez faire ? » « Rien d'autre. On va juste parler, puis on va voir si elle peut s'ajuster, puis trouver des solutions. Je voyais qu'ils étaient pas satisfaits de ça. Vraiment pas. (cas 21, famille vietnamienne)

Dans une autre situation, il n'y a pas possibilité d'une réelle rencontre dans cette interaction duale dominée par la vision occidentale des choses, un discours où la construction et la compréhension par la cliente de ses drames familiaux et personnels est absente :

Disons, dépression, anxiété, le cas typique que j'ai moi là c'est la femme victime de violence soit présentement ou qui a été victime d'abus dans son pays, tu sais, j'en ai une entre autre qui a été abusé sexuellement quand elle était petite. (...) Pis tout va relativement bien jusqu'au jour où sa fille se fait abuser sexuellement(...) Fait qu'en surface, elle est déprimée, elle est anxieuse. Elle ne peut pas fonctionner. (cas 51, femme algérienne)

L'accumulation de diagnostics permet de faire l'hypothèse d'une défense culturellement admise face à une réaction contre-transférentielle devant tant de violence subie. La

réaction normale d'angoisse produite devant des traumatismes majeurs chez tout intervenant normalement constitué demanderait à être élaborée afin qu'elle ne crée des distorsions dans le matériel clinique. Ainsi, il pourrait peut-être s'aménager des espaces de dialogue dans la compréhension mutuelle de tous ces malheurs.

### 6.2.5 Une possible rencontre, chargée d'ambiguïtés

Dans certains récits, l'intervenant se laisse intriguer par les différences de l'autre, en position plus ambiguë d'indétermination active (Nathan, 2001). Plus ou moins implicitement, il suspend temporairement ses idées toutes faites sur l'autre, laissant se créer un espace possible d'altérité. Les histoires de cette catégorie se sont avérées souvent plus complexes et nettement plus riches.

...il y avait un cas récemment de « post-partum dépression... » (...) ok, ok oui c'est vrai, on voit une femme en difficulté qui ne dort pas bien, qui se sent comme très fatiguée, qui se sent dépassée de son rôle comme mère. (...) Est-ce que c'est post-partum dépression, c'est une bonne question, tellement pertinente. Mais j'ai connu cette famille (en) prénatal (...) depuis 3 ans (...) et elle commençait à pas bien s'ajuster, je me posais sérieusement la question. Qu'est-ce qui arrive dans cette famille ? (...) Finalement la nuit, le soir quand on me demandait pour rappeler le papa qui n'était pas là et la fille aînée m'a dit que papa joue les cartes. Mais il ne voulait pas que je saches et maman se préoccupait énormément parce qu'il perd beaucoup d'argent et elle était pleine de préoccupations. (...) Finalement, on est arrivé de parler de ce qu'il jouait les cartes. C'est lui-même qui me disait. (cas 32, famille du Bangladesh)

Cette suspension non de la pensée mais des cadres habituels dans lesquels se confortent nos pensées lorsque nous sommes confrontés à de la nouveauté et à de l'inconnu permet que s'installe chez l'intervenant de nouvelles questions et une écoute d'éléments jusqu'alors restés discrets :

Le plan s'ajuste, ne peut s'élaborer très vite. Avec certaines personnes, ça prend du temps avant de faire un plan. Pis il faut la connaître, il faut qu'elle soit disponible. (...) Et qui met des résistances, qui ne veut pas qu'on parle de son pays, ou de son passé. Donc il y a des résistances, il y a des défenses. Donc il faut y aller tranquillement. Le problème c'est d'aller revoir certaines choses, de relire les 2-3 [entrevues] que j'ai fait. (...) c'est comme la pensée

est très, l'imaginaire est vraiment au service de je ne sais pas quoi (rires). Bon je ne sais pas, là je suis en train de me demander ça veut dire quoi. (cas 36, femme africaine)

Prendre cette position demande une certaine tolérance devant l'ambiguïté et devant l'incertitude sinon leur maniement habile. C'est là une réelle discontinuité dans notre fonctionnement systémique actuel, très bien traduit par cet intervenant :

En fait ce qui était différent c'est que je n'avais pas nié donc à quelque part elle a acceptée. (...) avant j'aurais arrêté aussitôt qu'elle m'aurait parlé de sorcellerie, je me serais peut-être dit que la madame était très désorganisée (rire) et puis je n'aurais pas été plus loin. Donc j'aurais bloqué toute l'aide qui aurait été possible d'avoir. (cas 46, femme haïtienne)

Cependant, ces ouvertures ne sont pas dénuées d'insécurité due au flottement entre des inconnus. Les théories psychologiques occidentales demeurent rassurantes par les réponses qu'elles donnent à des situations pourtant étrangères aux repères habituels:

...elle disait des choses bizarres, des choses très bizarres. (...) Du style ça peut traduite qu'il y a un problème mais ... bon ça peut traduire une pensée. Une pensée très culturelle, un imaginaire qui vient de racines culturelles africaines. (...) Bon je ne sais pas, là je suis en train de me demander ça veut dire quoi. (...) C'est parce qu'elle (est) immature, il lui manque quelque chose dans son fonctionnement psychologique ou bien c'est réellement une femme qui vient d'un petit village, qui était servante. Sa mère et elle étaient servantes. Donc très très peu éduquées. (cas 36, femme africaine)

Dans un récit concernant une femme indienne en thérapie dans une consultation d'ethnopsychiatrie, on constate l'enchevêtrement des éléments migratoires, culturels, psychologiques et familiaux, autant de dimensions de la souffrance de cette femme et de sa famille. L'intervenant laisse la démarche ouverte sur tous les possibles et la nécessité de médiations :

C'est comme s'il manquait, s'ils n'avaient pas... cette dame là, vu la dépression, ne faisait pas de racine. C'est-à-dire, ne s'enracinait pas et ne permettait pas à ses enfants non plus. (...) Dans le fond c'est comme si c'est de faire la conciliation des 2 mondes : le monde de l'immigration et le monde que cette famille là a quitté, en vitesse, il y a 5 ans. C'est de faire un mariage des 2 mondes et puis qui s'interpénètrent le plus harmonieusement possible. (cas 37, femme indienne)

Les souffrances vécues par l'éclatement des relations tout autant que des signifiants demandent une capacité d'écoute où les drames peuvent progressivement être dits. Dans la compréhension subjective de l'intervenant, si l'on constate l'ampleur des problèmes, on distingue également l'appropriation de l'étrangeté de ces situations extrêmes vécues si loin d'ici. Cet appropriation est possible avec le soutien et la confrontation entre collègues des points de vue complémentaires et différents où peuvent co-exister le point de vue biomédical (avec un diagnostic et éventuellement une médication), le point de vue psychologique et social, le point de vue anthropologique (avec ses logiques et ses représentants). De ces ambiguïtés naissent alors de réelles rencontres ouvertes sur le devenir encore incertain du métissage des deux mondes.

#### Au-delà des contraintes institutionnelles et culturelles...

Les cinq positions qui ont émergé dans les récits des praticiens en santé mentale auprès des migrants: une rencontre intersubjective, une rencontre du même, un départ prématuré de la rencontre, un affrontement duel et enfin, une possible rencontre, chargée d'ambiguïté, mettent en évidence certains effets des réactions contre-transférentielles des intervenants face à l'angoisse générée par les matériaux psychiques et culturels dans l'intervention. On constate que des positions nouvelles se dessinent, dans des espaces d'intersubjectivité, rendant possible la médiation et les mélanges dans une « rencontre d'altérité ».

Les différentes manières d'appréhender le contenu culturel et de faire face à la double étrangeté des personnes présentant de manière singulière leur « être-au-monde » laissent entrevoir le désir des intervenants de se laisser toucher et questionner par ces singularités. Elles dépassent les positions clivées de la menace identitaire ou du refus de l'autre. Les positions plus connues que sont l'intervention universalisante « la rencontre avec le même », l'intervention où il y a effacement de sa culture face à l'autre « le départ prématuré de la rencontre », et le conflit culturel sans dialogue « l'affrontement duel », ne participent pas à des espaces d'intersubjectivité en raison de la domination d'un acteur sur l'autre. Elles mettent en péril l'efficacité des pratiques cliniques comme pratiques de

sens et de recomposition des liens sociaux en contexte migratoire, telles que le conçoit la perspective ethnopsychiatrique. La médiation entre les cultures ne peut avoir lieu dans ces positions.

Loin de toujours réduire l'expérience complexe que les gens vivent, des intervenants tentent des chemins de traverse, prennent le risque d'une nouvelle écoute et de nouvelles manières d'intervenir, dans des lieux entre deux mondes. Ils prennent aussi le risque d'en parler dans le contexte qui est le leur. Pour terminer l'analyse ethnopsychiatrique, il m'apparaît pertinent de mettre en discussion ces quelques résultats dans le contexte québécois.

### 6.3 L'intervenant comme acteur culturel de la rencontre

Cette recherche vise à décrire comment les intervenants tiennent compte de la diversité culturelle et de l'expérience migratoire des clients dans l'intervention en santé mentale, dans un CLSC de Montréal. Elle a pour second objectif de comprendre le sens de leurs pratiques. C'est ce second objectif que cette discussion des résultats veut compléter.

Dans la perspective de l'ethnopsychiatrie, l'analyse des positions qui se sont manifestées face à la double étrangeté est nécessaire pour comprendre le sens des pratiques. C'est le versant collectif de la biographie des intervenants, porteurs d'une certaine culture québécoise, qui constitue le contexte du discours manifeste. Il permet également de donner sens au contenu latent du discours des acteurs.

On peut aisément comprendre la récurrence des thèmes sur les conflits dans le champ de la santé mentale et l'accès aux ressources tel que je l'ai exposé dans la problématique initiale. Les intervenants se sont positionnés à plusieurs reprises sur ces thèmes. Des années de gestion des finances publiques marquées par l'objectif du déficit zéro, les politiques néo-libérales et les compressions budgétaires, de même que les mises à la retraite massives sans transfert suffisant des expertises des travailleurs ont entraîné des conséquences importantes sur le réseau de la santé et des services sociaux : listes

d'attente, détérioration des conditions d'exercice pour les professionnels en place, augmentation de la méfiance de la population envers la qualité des soins, épuisement des effectifs et pénurie de main-d'œuvre. En santé mentale, la situation n'est pas moins précaire :

« Les équipes de traitement, elles, sont prises dans un engrenage inévitable, celui de l'adaptation aux multiples réformes dans le domaine des lois sociales et dans le domaine des services de santé et de services sociaux. [Elles] doivent métaboliser ces changements et se centrer sur le « patient » dans un contexte quasi chaotique. » (Boily, 1999 :1).

Ainsi, il fut question de la domination du milieu hospitalier dans les problèmes de santé mentale et les problèmes d'accès pour les patients à des ressources appropriées de même que les conflits de points de vue dans les équipes ou entre les institutions.

Si l'on a pu établir, les multiples contraintes culturelles que les intervenants vivent dans les organisations de services de santé et de services sociaux au Québec, il me semble également important de considérer des éléments de la culture québécoise qui transcendent les organisations de services mais n'en demeurent pas moins actifs dans la psyché des intervenants. En effet, des thèmes sont revenus de façon récurrente dans les récits individuels des intervenants, contenu qui se révèle à partir de l'écho que l'on fait du discours de l'autre.

On fit mention des références à des éléments surnaturels explicatifs du désordre, des autres manières de faire pour améliorer son bien-être comme les rituels de guérison, la médiation ou la référence à un membre assigné de sa religion (imam, rabbin). Si les intervenants ont nommés ces choses, ils ont été particulièrement discrets sur les questions qui pourraient se poser sur les pratiques religieuses ou rituelles, comme si cela pouvait aller de soi parce que l'on vient d'ailleurs, sans les mettre en discussion dans le processus de laïcisation de la société québécoise. Aux interprétations qui introduisent un sens surnaturel, on a essentiellement opposé le discours psychologique ou psychiatrique et constaté l'efficacité pour les clients de ces recours.

Il a aussi été question des difficultés d'accès à l'autonomie pour les femmes notamment autour de contraintes culturelles, de la violence conjugale et des conditions de vie. Les intervenants n'ont pas émis d'opinion sur les rapports hommes-femmes mais les interventions reflètent le modèle féministe.

De même, l'invisibilité du recours à des interprètes ou des difficultés de compréhension des langues est flagrante. Les questions de la langue parlée et du sens de la souffrance vécue sont absentes du discours des praticiens tant en santé qu'en intervention psychosociale.

Ces thèmes tissent la toile de fond du contenu latent du discours des intervenants. Compte tenu de l'histoire religieuse et socio-politique du Québec, les silences demandent réflexion et méritent un essai de relecture. Je le tenterai autour de trois dimensions : la question identitaire québécoise, la place des femmes et la religion dans le contexte de laïcisation. Si l'on prend au sérieux l'importance des événements et traumatismes collectifs dans la culture d'un groupe social, l'histoire et la culture du Québec ne peuvent être dissociées de ce regard sur le rapport aux immigrants.

En fait, par son histoire et sa situation géopolitique, le Québec a une conscience aigüe de la question de la diversité culturelle. Plusieurs analystes, historiens, sociologues et anthropologues s'entendent à dire que le Québec est une société de la post-modernité, en crise de ses valeurs collectives et de son identité, ambivalente entre son désir d'indépendance politique et son appartenance à l'ensemble canadien (Lamoureux, 1999 ; Dupuis, 2000; Bibeau, 2002; Grand-Maison, 2003; Ritchot, 2003). Aux prises avec une identité de « minoritaire-victime » du fait de son affiliation litigieuse au fédéralisme anglo-canadien, et avec une identité de « majoritaire-conquérant » du fait de la majorité francophone gouvernante en territoire antérieurement amérindien, les Québécois cherchent sur les plans identitaire et politique à se redéfinir. Le nationalisme n'arrive pas à proposer des réponses plausibles à l'évolution de la société et aux enjeux actuels. Notamment, il intègre mal les rapports avec les néo-Québécois comme l'a douloureusement révélé l'énoncé de ce tabou culturel par Jacques Parizeau le soir du

référendum de 1995 (Bibeau, 2002). Selon le chercheur Gilles Ritchot, « le Québec n'a jamais été aussi barré politiquement » (2003 : 78). Que répondre face aux immigrants qui interpellent les opinions, les positions, les choix de société alors que leurs conditions de vie sont souvent exécrables et leurs familles sous tension en raison de politiques sociales ou d'immigration trop étroites?

C'est sous l'angle de l'ambiguïté que se joue souvent le rapport des Québécois d'ascendance canadienne-française aux minoritaires, même s'ils sont placés par le Canada anglais dans une position de domination. Cette attribution occulte en fait la « ségrégation ethnique » (Ritchot, 2003 :50) dont furent l'objet les « Canadiens-Français » au lendemain de la Conquête et de la Cession de 1763 par l'occupant britannique qui ne leur reconnaissait pas d'existence politique. En raison de leur importance numérique et des stratégies politiques choisies par le régime anglais en alliance avec l'Église catholique sur ce point, les Canadiens-Français pouvaient voir survivre leur religion et leur langue.

« On s'aperçoit qu'un piège structurel de type *double bind* se refermait sur les Canadiens-Français. La perte politique et la ségrégation leur étaient imposées par l'occupant en même temps qu'elles étaient agréées par eux.

L'ambiguïté devenue proverbiale de la personnalité d'ascendance canadienne-française trouve dans cette dynamique de *double bind* la clef de son interprétation. (...) Le Canadien français est alors devenu moins conquis que « perdant ». Lui est revenu le mauvais rôle de la réaction contre-révolutionnaire, c'est-à-dire une résistance culturelle résignée à la privation d'ontologie politique. C'est pourquoi, selon toute vraisemblance, les ancêtres canadiens ont transmis à leurs descendants – des Canadiens français traditionnels aux « Québécois » de l'après-1960 – des états d'âme mieux apparentés à la déception du réactionnaire infériorisé qu'à la rage impuissante du vaincu. » (Ritchot, 2003 : 51).

La société québécoise est donc, structurellement parlant, minoritaire (Dupuis, 2000). Les valeurs et comportements habituellement associés aux sociétés minoritaires s'y retrouvent : « accommodement, compromis, recherche de consensus, etc » (ibid. : 12).

Si l'ambiguïté est une caractéristique culturelle des Québécois, l'ambivalence serait également dominante dans leurs traits culturels, du fait des nombreuses ruptures et continuités dans l'évolution sociopolitique comme société soumise simultanément ou successivement à plusieurs dépendances politiques, économiques et culturelles. Ainsi s'exprime Létourneau, historien québécois sur la question de l'ambivalence:

« Cette façon d'agir et d'advenir en jouant sur plusieurs registres, niveaux et cercles politiques à la fois est peut-être, pour la collectivité québécoise, une façon d'exprimer sa double condition historique de minorité et de majorité dans le contexte canadien et nord-américain. Elle est peut-être aussi le signalement particulier, voire la signature originale, de la collectivité québécoise dans l'universalité des cultures. Dans ce cas, l'ambivalence d'être des Québécois ne serait pas l'expression d'une aliénation collective et d'une faillite à être, mais une marque de lucidité et une forme de liberté. » (Létourneau, 2000 : 116-117, cité dans Dupuis, 2000 : 8)

Il est intéressant de rappeler que historiquement, la question nationale au Québec s'est développée en même temps que le mouvement féministe, dans une perspective commune où tous deux cherchaient à se libérer d'un joug dominateur dans lequel l'un, le peuple québécois et l'autre, les femmes, se trouvaient enfermés. Dans son analyse sur les femmes et la souveraineté du Québec, Diane Lamoureux trace le bilan suivant :

« D'une certaine façon, on peut dire que le féminisme québécois a profité de la brèche ouverte par la question identitaire nationale pour proposer une image modernisée des femmes et obtenir rapidement des transformations importantes de la situation sociale des femmes. Mais, chaque fois que cette brèche identitaire semble se colmater, les acquis du féminisme modernisateur sont remis en cause. Ainsi pourrait-on dire, à l'instar de Létourneau (1998 : 56), qui pense l'ambivalence comme le nouveau mode d'être québécois, que les féministes ont intérêt à maintenir ouverte la fissure identitaire nationale et à situer leur projet dans cette béance "qui n'est pas une trahison des ancêtres, ni l'expression d'une hésitation aliénante ou d'une pitoyable "fausse conscience de soi" mais une rapatriation de la sagesse réflexive des anciens dans la perspective de la construction d'un présent et d'un avenir suivant la ligne du risque calculé, c'est-à-dire de la raison sensible." En laissant l'avenir ouvert, peut-être pourrions-nous advenir, plurielles et non une, délaissant momentanément la posture de la combattante ou celle de la victime pour pouvoir adopter celle du sujet nécessairement nomade, refusant de se laisser enfermer dans la cage d'une identité, même choisie. » (Lamoureux, 1999 : 48-49).

Parler d'identité au Québec se conjugue nécessairement au féminin pluriel. Peut-être n'est-ce pas étonnant que la question de l'autonomie des femmes soit si présente dans les récits des intervenants alors que celle des rapports hommes-femmes le soit si peu. Pourtant, cette dernière question croise la première en raison des liens d'interdépendance des membres des familles et de la primauté de la famille sur l'individu pour plusieurs communautés culturelles bien loin de partager la conception post-moderne des liens familiaux désengagés, du soi autogéré et individualiste de la société québécoise comme nombre de sociétés occidentales. Si la peur de perdre les acquis sociaux chèrement gagnés par les femmes crée ces silences, il me semblerait urgent de faire face à cet enjeu majeur du vivre ensemble.

Sur le plan religieux, après avoir connu une longue période de prosélytisme de l'Eglise catholique romaine, depuis la colonisation du territoire où vivaient les populations nomades amérindiennes au début du XVIIe siècle jusqu'au milieu du XXe siècle, le Québec moderne s'est brutalement laïcisé et sécularisé. On passe de la structuration de l'Eglise catholique à la rationalisation de l'Etat, avec une technocratisation croissante des institutions publiques.

« Comme le souligne Laurin (1996 :97), l'Eglise qui est rejetée au moment de la Révolution Tranquille, c'est essentiellement celle "d'un modèle inédit d'organisation matriarcale hiérarchique", marqué au sceau de l'éthique de la sollicitude, avec ce que cela comporte de personnalisation des rapports sociaux, au profit d'un Etat technocratique- et masculin quant à ses gestionnaires- qui fonctionne à l'éthique dépersonnalisée de la justice. On peut aussi voir ce processus comme l'accomplissement du projet des Lumières. » (Lamoureux, 1999).

Entre la sollicitude associée au passé religieux et la technocratie des institutions publiques, le projet éthique sur lequel fonder les agirs professionnels devait se redéfinir...et reste toujours à faire.

Si le Québec a effectué sa « sortie de religion », il ne me semble pas pour autant y avoir de vide de spiritualité, ce que nombre de chercheurs ont confirmé, mais bien un rapport collectif particulier au religieux, un rapport largement refoulé.

Dans le rapport aux immigrants, les démonstrations religieuses des néo-Québécois et la différence religieuse peuvent être difficiles à penser pour nombre de Québécois, ceux-ci les voyant bien mal adaptées à notre société séculière et laïque. En fait, pour beaucoup de Québécois plongés dans l'eau bénite et les dogmes de l'Église depuis leur enfance, la dernière génération étant précisément celle des baby-boomers, la question religieuse et spirituelle est empreinte de honte et d'amertume de s'être laissés collectivement organisés et bernés par une institution religieuse pendant autant d'années, institution qui est associée également à la survie du fait français et à l'identité québécoise. Le conflit reste latent. Pour tenter de sortir de ce double rapport d'emprise et de survie (Milot, 2002), la pratique religieuse est devenue une affaire strictement privée et complètement désinvestie dans la sphère publique.

En quarante ans, les changements religieux au Québec n'ont pas que touché seulement l'occupation des dimanches matin. Figure emblématique de la désaffection pour la religion, la fréquentation de la messe ouvrait plus largement sur la communauté (village ou paroisse) qui a fortement organisée autour d'elle, les liens sociaux au Québec, en milieu rural comme en milieu urbain : liens d'appartenance, de coopération, de solidarité, de développement social et économique. Ces lieux ont perdu leur fonction de rassemblement. Depuis lors, les individus trouvent des espaces de socialité dans les différents mouvements sociaux de la société civile québécoise : protection de l'environnement, conditions de vie des femmes, lutte contre la pauvreté, mouvement syndical, etc.

Cependant, alors que l'Église catholique du Québec perdait sa légitimité à articuler le sens des événements et des vicissitudes de la vie – la souffrance, la maladie, la mort, l'au-delà- en rendant possible d'en appeler à une transcendance, on a vu se multiplier les discours sur la perte des valeurs, la perte de sens, le nivellement voire la disparition du sacré, la perte des rites de passage qu'avaient établi les rituels religieux : baptême, rituels sacramentaux, mariage, sépultures, la déconfiture de nos idéaux collectifs, etc. Cette citation en exergue de la recherche de Grand-Maison est éloquente :

« Une société qui transmet mal le savoir, le savoir-faire, les codes et rites sociaux, le sens des fêtes et une spiritualité est en danger de mort. Des enfants et des adolescents ont trop souvent été renvoyés à eux-mêmes sans qu'ils parviennent à trouver de réels points de repères... » Tony Anatrella, 1988 » (1992).

On identifiait les risques et la détresse qui en résultait pour les individus comme pour l'équilibre de notre société (ibid., 1992), propos repris près de dix ans plus tard comme toujours d'actualité (Association canadienne pour la santé mentale, 2001)<sup>37</sup>.

Or, l'analyse récente de Micheline Milot sur la laïcité est particulièrement éclairante sur cet héritage religieux, face aux enjeux du vivre ensemble dans une perspective pluraliste. Elle déboulonne littéralement cette statue d'un Québec soumis aux dictats de l'Eglise. En effet, la sociologue démontre que la laïcité est un impensé collectif mais dans les faits, elle constitue une réalité sociale et juridique bien réelle au Québec, à la base de nos plus grands acquis juridiques et sociaux. La laïcité s'est trouvée dans « l'angle mort » des représentations collectives de cette société. A cet égard, Milot tente de déloger la perception tenace de l'hégémonie religieuse dans les affaires de l'Etat québécois (associée à la honte de s'être laissés dominés) et dans l'idéal normatif imprégné dans les mentalités (associé à la reconnaissance de la survie de l'identité québécoise), cette perception pouvant créer des conflits en contexte pluraliste avec les autres confessions religieuses ou avec les revendications de particularismes ethnoculturels :

« Cette influence du clergé catholique dans le jeu des forces sociales me paraît souvent confondue avec le procès d'institutionnalisation des rapports entre la sphère religieuse et la sphère politique. La société canadienne-française du passé se voit qualifiée de confessionnelle, de cléricale, de théocratique. Cette vision encore largement répandue (...) amplifie certains aspects de l'histoire alors que d'autres restent dans l'ombre. » (Milot, 2002 : 15)

---

<sup>37</sup> En mai 2001, l'Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal tenait son colloque annuel sous le thème Crise de société...recherche de sens, dans lequel ses thèmes étaient développés.

Les Québécois ont une longue expérience de laïcité dans l'espace public, politique et juridique et ce faisant, possèdent déjà les outils essentiels dans le devenir de la société pluraliste québécoise. Ils ne doivent ni leur survie ni leur misère à la seule Eglise catholique alors que des batailles de juridictions sévissaient déjà depuis belle lurette entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial, favorisant des disparités majeures et le maintien de conditions défavorables au développement économique et social (Milot, 2002).

Dans l'intervention interculturelle où les questions de sens et de sacré affleurent au quotidien, l'adhésion à une religion instituée peut être suspecte et à tout le moins accessoire pour les intervenants québécois. On se méfie des théocraties, de quelque ordre que ce soit. Or en Occident, le sens et le sacré ont été longtemps enchevêtrés, nourris aux mêmes sources transcendantes (Ferry, 1996). Cet enchevêtrement de longue date du sens avec le sacré religieux a contribué à sa dissolution en même temps que l'on se dégageait de la gangue catholique (ibid). Ce fut ensuite le tour des grandes idéologies politiques à mourir (Freitag, 1999). Face aux questions contemporaines de sens, il reste la rationalité scientifique et les arguments de type technocratique.

La réflexion sur la laïcité tout autant que sur la place de la religion dans la vie des individus ou des groupes doit rester ouverte afin que puissent s'élaborer les nouvelles formes de vivre ensemble dans le contexte actuel. Ces réflexions sont au cœur des enjeux pour un travail respectueux des lieux d'ancrage de la parole des immigrants qui demandent de l'aide dans les services québécois (Bibeau, 2003).

Dans les diverses questions identitaires que j'ai abordées, une tension serait caractéristique de la culture québécoise :

« Nous pouvons ainsi lire l'histoire macro-culturelle de la société québécoise comme une tension entre le même et le différent, c'est-à-dire entre le désir d'intégration et le désir de différenciation qui animent les Québécois. (...) Pour certains, (...) cette tension est la base même de l'identité et de la culture québécoise, pour d'autres, (...), elle est une étape vers une identité et une culture plus émancipées à advenir. » (Dupuis, 2000 :17).

Entre la générosité dans l'accueil des néo-Québécois et les replis identitaires des nationalistes en quête d'un pays et incapables de penser la co-existence plus ou moins tranquille des différences parfois inconciliables, Gilles Bibeau constate que la généreuse hospitalité vis-à-vis l'Autre manque encore hélas. On assiste cependant à la transformation progressive des rapports passés avec l'Étranger dans l'accueil des nouveaux venus:

« Une authentique société pluraliste ne s'est-elle pas moins construite au Québec, à Montréal surtout, à partir des pratiques quotidiennes d'ouverture aux Autres, de la vie partagée dans les quartiers et dans les milieux de travail et de la présence de plus en plus forte des néo-Québécois dans l'espace public ? Les Québécois ont ainsi refusé, avec un extraordinaire pragmatisme, de se laisser enfermer dans l'une ou l'autre impasses où s'est trouvé coincé le discours politique. » (Bibeau, 2002 :219).

A Montréal, des métissages se fondent, en respect du rythme de la vie des immigrants :

« Dans le creuset de nos différences se fabriquent, les chercheurs l'ont démontré, des identités plurielles, métissées, transculturelles, chez les jeunes de toute origine qui inventent une culture urbaine inédite qui n'est ni celle de leurs parents ni celle du pays d'accueil. La société québécoise est elle-même traversée du dedans, nolens volens, par la fluidité des identités, le brouillage des frontières entre les groupes, le multilinguisme, les églises, les marchés ethniques, les intermariages et bien d'autres choses encore. » (Bibeau, 2002 :226).

Cet essai rapide de relecture de certains aspects de la culture québécoise doit être compris comme une invitation à poursuivre la réflexion et la recherche sur ces questions. Il n'en demeure pas moins que ce sont dans ces réalités mouvantes de la société québécoise que l'intervenant en santé mentale tente d'établir une rencontre avec un migrant issu d'une autre culture. L'intervenant, être de culture, construit sa position singulière en tissant des éléments de sa propre culture dans son rapport à l'autre. La société québécoise, si elle consent à faire face aux fantômes et aux blessures de son histoire, dans les défis réels qui l'occupent, sera capable de garder sa culture vivante et accueillante des nouveaux venus, dans un processus de métissage des cultures et des institutions.

Ainsi s'achève ce périple dans les mondes du dedans et du dehors dont je vais tenter de tirer les conclusions, les pistes d'action de même que les nouvelles pistes de recherche.

## CONCLUSION

Le champ de recherche et d'intervention en santé mentale en contexte pluriculturel est vaste. Il recouvre de nombreuses approches disciplinaires et mobilise des professionnels de toutes formations. Les réalités vécues et les souffrances portées par les personnes et les familles venant du Congo, du Maroc, de la Chine ou des Antilles questionnent les pratiques actuelles dans le réseau des services sociaux et de santé depuis plusieurs années. Si la recherche sur la santé mentale et l'immigration a permis de mieux connaître les effets des conditions et des processus d'adaptation et d'intégration dans la société d'accueil, de même que la prévalence des troubles mentaux dans les populations immigrantes et l'utilisation des services, l'intervention proprement dite auprès des migrants a fait l'objet de peu de recherches. Tel était mon objet d'étude. Je désirais comprendre comment les intervenants articulent leurs pratiques avec leur conception de la santé mentale dans un contexte de pluralité culturelle. Les concepts proposés par l'ethnopsychiatrie complémentariste m'ont permis de bâtir le cadre conceptuel pour analyser les pratiques en santé mentale des intervenants d'un CLSC de Montréal. Je rappellerai la démarche de recherche puis les principaux résultats pour enfin, formuler des propositions qui me semblent en découler.

A l'origine de cette recherche, il m'apparaissait que dans l'intervention en santé mentale auprès des immigrants, les intervenants ne peuvent plus tenir une position de certitude face à d'autres conceptions du réel qu'apportent avec eux les personnes venant de divers horizons culturels. Les recherches sur l'adaptation des pratiques de même que les effets iatrogènes des interventions avaient mis ces enjeux en évidence. Ces constats sont troublants en raison des conséquences majeures pour les individus et les familles qui les subissent. Non seulement les personnes s'en trouvent fragilisées mais leurs rapports à la société d'accueil sont marqués par la méfiance et la crainte d'abus. Les intervenants sont confrontés à des conflits éthiques majeurs dans ce champ d'intervention, souvent sans soutien.

Après une première étape d'adaptation des institutions et des pratiques, les interventions interculturelles continuent de présenter des difficultés importantes. Force est de constater que les réflexions abondent mais les pratiques conventionnelles sont lentes à changer. Les conceptions, les traitements des troubles psychiques et le développement de pratiques novatrices semblent ne pas avoir beaucoup dépassé le cloisonnement disciplinaire. Les pratiques innovatrices sont concentrées surtout autour du modèle hospitalo-psychiatrique alors que le gouvernement parle de désinstitutionnalisation et dit privilégier les ressources communautaires, pourtant exsangues de leur précarité et de la lourdeur de la tâche.

Comment expliquer les difficultés, les impasses et les résistances dans l'intervention interculturelle ? Le contexte de pratiques dans les organisations et dans la société québécoise, de même que la mondialisation et les transformations sociétales internationales, contribuent à la rigidité des mentalités et à des agirs professionnels standardisés. Cependant, chaque culture permet, au-delà des contraintes qu'elle établit, des espaces de repositionnement. J'ai fait l'hypothèse que les pratiques des intervenants recelaient des positions d'altérité face à l'étranger qui se conduit de façon étrange, au-delà justement des contraintes institutionnelles et culturelles dans le contexte québécois actuel.

C'est sous l'angle de la « double étrangeté » induite par l'étrangeté psychique, en raison de la perturbation discursive et/ou comportementale, et par l'étrangeté de la différence culturelle du sujet migrant, que j'ai choisi d'explorer le rapport d'intervention en santé mentale auprès des immigrants. Parce que la folie s'articule dans le monde du dedans et dans le monde du dehors, la psychanalyse et la sociologie des troubles mentaux ont permis de définir ce concept. Pour que de nouvelles pratiques se mettent en place, il fallait des brèches dans les certitudes des savoirs, des interstices dans les manières usuelles de faire. La double étrangeté me semble créer cette ouverture, non sans un certain inconfort pour les intervenants en santé mentale. Cela implique cependant de concevoir les théories (médecines, problématiques, soins) comme des constructions sociales et culturelles, en dialogue avec les autres constructions culturelles du monde.

L'analyse des 60 récits de pratiques, avec ce que les intervenants mettent en lumière comme avec ce qu'ils gardent dans l'ombre, a permis de confirmer les hypothèses de départ. A partir des conceptions différenciées de la santé mentale qu'ils mettent en actes, des ruptures, des discontinuités sont apparues dans la cohérence de leurs pratiques. J'ai pu constater le vacillement des repères d'évaluation et d'action dans leurs récits.

L'étrangeté produit des effets sur les intervenants qui sont identifiés et qui requièrent des habiletés et du soutien pour l'appivoiser et maintenir le lien d'intervention. Malgré le peu d'ouverture pour les étiologies des troubles mentaux autres que biomédicales dans notre société, comme dans nombre de sociétés occidentales, les intervenants ont exprimé des réalités nouvelles qu'ils vivent dans les rencontres avec leurs clients. Ils expérimentent que l'intervention en santé mentale dans un contexte pluriculturel ne peut être réduite ni à l'approche biomédicale ni à l'approche psychologique occidentale, encore moins aux procédures standardisées préconisées par l'organisation quelque peu technocratique des services.

Je rappelle ici les principaux résultats de l'analyse des discours d'intervenants en santé mentale auprès d'immigrants en CLSC :

- l'introduction de la question des origines culturelles des patients entraîne des associations sur d'autres dimensions de la généalogie et de la trajectoire des personnes et des familles;
- les problèmes de santé mentale sont majoritairement traités selon les paramètres de l'approche psychiatrique biomédicale mais les conceptions sociales et culturelles continuent de circuler;
- les univers de référence des clients sont peu explorés mais les intervenants en font mention dans leurs récits quand ils sont apportés par les clients;
- les ressources rattachées à un groupe d'appartenance ne sont pas sollicitées dans l'intervention en santé mentale, ni à titre de médiateurs culturels ni comme ressources thérapeutiques;

- le réseautage et la complémentarité des services se fait principalement entre les ressources institutionnelles;
- les intervenants se laissent toucher par ce que leur apportent leurs clients et n'agissent pas nécessairement de manière standardisée mais, la plupart du temps, dans un contact personnalisé et circonstancié;
- les intervenants réagissent à l'étrangeté de leurs clients;
- des positions différenciées traduisent la subjectivité des intervenants dans l'intervention;
- de nouveaux espaces d'intersubjectivité sont en voie de prendre place à travers notamment les positions de rencontre et d'indétermination active;
- les positions d'affrontement duel, d'intervention universalisante (« le rendez-vous du même ») et de retrait du conflit culturel dans l'intervention (« le départ prématuré de la rencontre ») demeurent présentes dans les interventions.

Les clivages qui s'opèrent chez les migrants sont également présents chez les intervenants. Les différentes positions identifiées chez les intervenants face à la double étrangeté laissent voir que la manière de l'appréhender peut faire la différence entre une rencontre efficace, un duel ou une démission, rien de moins. Si l'on sous-estime l'angoisse chez les intervenants qui la ressentent, avec les replis défensifs qu'elle suscite, on tue dans l'œuf le mouvement de subjectivation nécessaire à la construction du monde, individus et sociétés, niant cette sensibilité génératrice de nouveautés et de dépassement. Des conditions sont nécessaires pour maintenir ouverte et au travail ce que la double étrangeté provoque chez les intervenants.

J'ai tenté brièvement de relire les emphases comme les silences dans les récits des intervenants, à partir des enjeux actuels soulevés par le pluralisme des idées et des valeurs dans la société québécoise. Cet essai trop partiel ne veut pas faire accroc à la démarche rigoureuse de la recherche. Il constitue en fait une invitation aux intervenants auprès des immigrants à revenir dans leur propre culture pour s'y resituer dans les questions qui les préoccupent, dans un processus continu de réflexion et d'enrichissement. La rencontre avec l'autre sera sans doute moins menaçante.

Les nouveaux savoirs apportés par l'ethnopsychiatrie ne font pas l'unanimité. Ils ne sont pas non plus la panacée mais des hypothèses supplémentaires pour comprendre le monde qui nous entoure... et surtout continuer à penser. Les concepts proposés m'ont cependant permis d'éclairer un angle mort du rapport d'intervention, tant dans sa dynamique interne que dans sa dynamique externe. La démarche était ambitieuse et la somme d'informations à traiter considérable. J'espère avoir évité au lecteur le risque de dérive dans les méandres de la pensée constructiviste.

Cette recherche a permis d'esquisser faiblement les enjeux éthiques dans l'intervention auprès des immigrants. L'ensemble de ce thème devrait faire l'objet de recherches approfondies. Quelques recommandations me semblent cependant autorisées par les résultats de la recherche. J'en propose trois dont je présente d'abord l'argument.

Tout d'abord, pour peu que nous ayons la sensibilité d'honorer leurs inquiétudes, leur désir de relations significatives et la quête de sens à leur souffrance, les migrants contraignent littéralement à revoir les pratiques d'intervention qui se présentent encore trop souvent comme une réponse universelle aux maux. L'intervention auprès d'une personne migrante peut devenir une démarche structurante et empreinte d'hospitalité en autant que l'expertise de la langue et des attachements à sa culture y reçoivent audience, avec ce que cela engage dans l'espace thérapeutique alors converti en espace de médiation. La médiation implique que ni l'un ni l'autre des acteurs n'abdiquent des pans de son histoire et de sa culture. Se dessine alors l'espace d'une rencontre où une alliance s'établit et se maintient, une rencontre d'intervention comme pratique d'altérité.

- 1) la création d'espaces de médiation des différentes visions des choses pourrait permettre de passer de la prise de parole aux actes, pour une réelle transformation des rapports d'intervention et des autres rapports sociaux face aux néo-québécois.

Une pratique réflexive est exigeante et contraignante. Pour les institutions de services, il conviendrait sans doute de rappeler qu'il faut des conditions pour l'émergence de

nouvelles pratiques. Reconnaître la complexité des processus en situation pluriculturelle et la multiplicité des savoirs en circulation me semble la première condition.

- 2) la situation interculturelle devrait favoriser des réaménagements dans les conditions de pratiques : l'utilisation de traducteurs et de médiateurs culturels, de la supervision continue, du soutien clinique dans les processus d'évaluation des situations à risque, la mise en place de groupes de discussion éthique et de la formation sur les compétences éthiques, l'utilisation et le soutien des ressources thérapeutiques adaptées aux nouvelles réalités culturelles, en milieu communautaire ou en milieu institutionnel.

Les enjeux liés à la diversité culturelle en santé mentale ne touchent pas que les établissements de services mais également les écoles de formation des intervenants. La diversité et la quantité d'informations dans nos sociétés contemporaines nécessitent le renforcement de la pensée historique, de la capacité de réflexion critique et de la compétence éthique. Si l'on ne peut ni mettre en perspective, ni comparer, historiquement et culturellement, les discours et les pratiques thérapeutiques notamment, l'appauvrissement du patrimoine culturel mondial risque de se poursuivre au détriment d'un savoir hégémonique occidental. Les médiations souhaitées risquent aussi de se résumer à des pratiques romantiques d'accueil de l'autre, sans réel métissage culturel. Il s'agit en finalité de la qualité des rapports et des liens sociaux dans une société qui se veut pluraliste et démocratique.

- 3) les cursus de formation doivent s'ajuster aux exigences actuelles et proposer de la formation sur la pensée historique et la démarche anthropologique, sur la capacité de réflexion critique et sur la compétence éthique, dans un souci de transdisciplinarité.

La subjectivité est au cœur de l'activité humaine. L'étrangeté à laquelle confronte le migrant ouvre certes des voies à son expression, mais l'altérité, rappelons-le, est faite de ce qui surgit d'inédit, d'inaltérable, dans le récit de vie de l'autre :

« L'altérité est indocile. Fierté nomade, elle garde sur elle le parfum d'étrangeté recueilli dans les vents du désert. Elle vient de l'ailleurs et le demeure, incommensurable. A prendre comme elle est. C'est elle qu'à chaque fois, à chaque rencontre, le sujet métis épouse. » (Laplantine et Nous, 2001 : 60).

La manière dont on accueille l'étranger en soi permet que l'on accueille réellement l'étranger venu d'ailleurs. Un vivre ensemble riche de la diversité culturelle du monde, au sens québécois du terme, peut se faire dans le travail quotidien des différences, soient-elles source d'enrichissement ou de conflits. C'est dans le creuset des espaces de partage et de conflit que se crée la suite des choses, dans la vie de tous les jours comme dans l'intervention professionnelle. La rencontre d'altérité est une opportunité de dialogue dans ces temps de nos civilisations.

## BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>e</sup> Edition, Text Revision*, Washington DC, American Psychiatric Association.
- Association canadienne pour la santé mentale-filiale de Montréal (2001). *Actes du colloque : Crise de société...recherche de sens*. Montréal.
- Aubert, Nicole (1996). « L'entreprise comme instance de création existentielle : aspirations et désillusions », dans Thierry Pauchant et al., *La quête du sens*, Montréal, Québec/Amérique, p. 102-120.
- Aumont, Ginette, N. Guindon et G. Legault (2000). « L'intervention auprès des femmes immigrantes et de leur famille », dans G. Legault et al. (sous la direction de), *L'intervention interculturelle*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, p. 253-280.
- Battaglini, A., S.Gravel, L.Boucheron et N. Fournier (2000). *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles ! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Barrett, Robert (1998). *La construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Institut Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond.
- Bernard, Lionel (2001). *Les trajectoires des jeunes d'origine haïtienne dans le système québécois de protection de la jeunesse*. Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal.
- Bernier, Diane (1994). *La crise du burn-out*, Montréal, Les éditions internationales Alain Stanké.
- Berthot, J. et A. Mekki-Berrada (1999). *Des services aux demandeurs d'asile : pourquoi? Ce qu'en disent les intervenantes d'organismes communautaires du Grand Montréal*, Montréal, Table de concertation des organismes de Montréal au service des réfugiés.
- Bibeau, Gilles (1987). *A la fois d'ici et d'ailleurs : les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé*, synthèse critique, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

- Bibeau, Gilles (1987). « Repères pour une approche anthropologique en psychiatrie », dans Ellen Corin et al. (sous la direction de), *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Montréal, Editions du GIRAME.
- Bibeau, Gilles et al. (1992) *La santé mentale et ses visages, Un Québec pluriethnique au quotidien*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur.
- Bibeau, Gilles (1997). "Cultural psychiatry in a creolizing world : questions for a new research agenda", *Transcultural psychiatry*, vol. 34, p. 9-41.
- Bibeau, Gilles et E. Corin (1999). *Rôles et fonctions des Eglises et groupes religieux dans le processus d'intégration des néo-Québécois à la société d'accueil*, Montréal, Centre d'excellence Métropolis et Immigration.
- Bibeau, Gilles (2001). « *On ne vient pas au monde raciste...Vraiment?* », *Le Devoir*, 20 mars 2001, Montréal.
- Bibeau, Gilles (2002). « Accueillir «l'autre» dans la distinction, Essai sur le Québec pluriel », dans Denise Lemieux (sous la direction de), *Traité de la culture*, Québec, Les Editions de l'Institut Québécois de recherche sur la culture, chapitre 11, p.219-240.
- Bibeau, Gilles (2003). « Dieux étrangers, société post-religieuse et clinique », *Prisme*, no 38, Montréal, Editions de l'Hôpital Ste-Justine, p. 118-139.
- Boily, Marc(1999). *Les difficultés vécues par les enfants de personnes atteintes de maladie mentale : phénomène peu traité en psychiatrie et en négligence parentale*. Mémoire de maîtrise ès sciences, Faculté des études supérieures, Ecole de service social, Université de Montréal.
- Bourque, Renée (2000). « Les mécanismes d'exclusion des immigrants et des réfugiés » dans G. Legault et al. (sous la direction de), *L'intervention interculturelle*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, p. 85-108.
- Centre des femmes de Montréal (1998). *Guide d'intervention avec les familles immigrantes*. Montréal. Publication conjointe avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Ministère de la Famille et de l'Enfance.
- Cheng, François (2002). *Le dialogue*, Paris, Editions du Seuil.
- Chiasson-Lavoie, Michèle et L.Roc (2000). « La pratique interculturelle auprès des jeunes en difficulté », dans Gisèle Legault et al.(sous la direction de), *L'intervention interculturelle*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, p.221-249.

- Clarkson, M. et R. Eustache (1997). *La santé c'est la richesse; Enquête Santé Québec auprès de la communauté haïtienne : rapport de la phase 1*, Montréal, Santé Québec.
- Clarkson, M. et T.The Nghi (1997). *Au confluent de deux médecines; Enquête Santé Québec auprès de la communauté chinoise : rapport de la phase 1*, Montréal, Santé Québec.
- Clarkson, M. et I. Dahan. (1997) *La famille comme protection; Enquête Santé Québec auprès de la communauté du Magreb et du Moyen-Orient : rapport de la phase 1*, Montréal, Santé Québec.
- Clément, Michèle (2001). « L'exclusion des personnes atteintes de maladie mentale : ancienne problématique, nouvelles réalités », dans Henri Dorvil et Robert Mayer (sous la direction de), *Problèmes sociaux, Tome 1, Théories et méthodologies*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, chapitre 22, p. 489-510.
- Cohen, David (1996). « Les "nouveaux" médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé? », *Sociologie et société*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 17-33.
- Cohen, David (2001). « La médicalisation », dans Henri Dorvil et Robert Mayer (sous la direction de), *Problèmes sociaux, Tome 1, Théories et méthodologies*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 217-233.
- Cohen-Emerique, Margalit (2000). « L'approche interculturelle auprès des migrants », dans Gisèle Legault et al.(sous la direction de), *L'intervention interculturelle*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, p.161-184.
- Côté, Brigitte, G. Berteau, D. Durand, M.-F. Thibaudeau et M. Tapia (2002). *Empowerment et femmes immigrantes*, Montréal, Direction de la Santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Copans, Jean (2002). *Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie*, Paris, Editions Nathan Université.
- Corbeil, Louise (1997). « La consultation d'ethnopsychiatrie : une pratique de la différence », *Intervention*, numéro 105, novembre, Ordre professionnel des travailleurs sociaux, p. 48-55.
- Corin, Ellen et al. (1987). *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Montréal, Editions du GIRAME.

- Corin, Ellen (1990). « Facts and meaning in psychiatry : An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, p. 153-188.
- Corin, Ellen, G.Bibeau, J.-C. Martin, R. Laplante (1990). « La culture des services abitibiens de santé mentale : contraintes et points d'appui », dans *Comprendre pour soigner autrement*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Corin, Ellen, L. Rodriguez del Barrio et L. Guay (1996). « Les figures de l'aliénation : un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir », *Revue canadienne de Santé mentale communautaire*, vol. 15, no 2, Automne, p. 45-67.
- Corin, Ellen (1997). « Playing with limits : Tobie Nathan's Evolving paradigm in ethnopsychiatry », *Transcultural psychiatry*, vol. 34 (3), Mc Gill University, p. 345-358.
- Corin, Ellen (1998). « Les figures de l'étranger », *Prisme*, Automne, vol. 8, no 3, Editions de l'Hôpital Ste-Justine, p. 194-204.
- Corin, Ellen (2000). « Le paysage de l'alternatif dans le champ des thérapies », dans Yves Lecomte et Jean Gagné (Eds.), *Les ressources alternatives de traitement*, Montréal, Santé mentale au Québec et RRASMQ, p. 11-30.
- Cuche, Denys (1998). « Pour en finir avec la notion de culture d'origine appliquée aux immigrés », *Revue internationale d'études transculturelles et d'ethnopsychanalyse clinique (R.I.E.T.E.C.)*, no 2- *Maltraitance et cultures*, décembre, p. 9-19.
- Cyrulnik, Boris (1993). *Les nourritures affectives*, Paris, Editions Odile Jacob.
- Cyrulnik, Boris (1995). *La naissance du sens*, Paris, Collection Pluriel, Hachette.
- Daher, Ali (1999). « La construction de l'islamité et l'intégration sociale des musulmans selon la perspective des leaders musulmans au Québec », *Cahiers de recherche sociologique*, no 33, p. 149-179.
- Das, Kalpana (1996). *Un modèle pour l'adéquation culturelle des services dans le contexte du pluralisme*, Montréal, Institut Interculturel de Montréal.
- Das, Kalpana et M. Perreault (1997). *Pratiques identitaires et de résolutions des problèmes dans les milieux haïtiens de Montréal*, Montréal, Institut Interculturel de Montréal.

- Das, Kalpana et G. Bibeau (1998). *Pratiques identitaires et de résolutions des problèmes dans la communauté hindoue de Montréal*, Montréal, Institut Interculturel de Montréal.
- Davilmar, Nirva (1998). *Les familles haïtiennes et la protection de la jeunesse : une étude de cas*. Mémoire de maîtrise présenté à la Faculté des études supérieures, Ecole de Service social, Université de Montréal.
- De Plaen, Sylvaine (2000). « Histoire d'un métissage thérapeutique... ou comment articuler les concepts psychodynamiques et culturels dans une pratique psychiatrique hospitalière de consultation obstétricale », *Les Cahiers d'anthropologie*, no 3, p. 69-75.
- De Pury, Sybille (1998). *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*, Paris, Institut Synthélabo.
- Devereux, Georges (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, traduit de l'anglais par H. Sinaceur, 1980, Paris, Flammarion.
- Devereux, Georges (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, traduit de l'anglais par T. Jolas et H. Gobard, 3<sup>e</sup> éd. rev. et corr., Paris, Editions Gallimard.
- Dorvil, Henri (2001). « Réinsertion sociale et regards disciplinaires », dans Henri Dorvil et Robert Mayer (sous la direction de), *Problèmes sociaux, tome II Etudes de cas et interventions sociales*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, chapitre 24, p. 583-634.
- Dumouchel, Paul (1998). « Récit et émotions », dans François Laplantine, Joseph Lévy et al. *Récit et connaissance*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p. 267-279.
- Dumont, Marie-Claire et G. Legendre (2000). « Repenser l'intervention en tenant compte des origines », *Psychologie Québec*, Septembre, p. 16-21.
- Dufresne, Dumont et Martin (1985). *Traité d'anthropologie médicale*, Montréal-Lyon, Presses de l'Université du Québec et Presses de l'Université de Lyon.
- Dupuis, Jean-Pierre (2000). *Entre cultures latine, anglo-saxonne et nordiques: les Québécois en économie, en affaires et en gestion*. Montréal, Hautes Ecoles Commerciales (HEC).
- Ehrenberg, Alain (2000). *La fatigue d'être soi, Dépression et société*, Paris, Editions Odile Jacob.

- Ehrenberg, Alain et A.-M. Lovell (2001). « Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie ? », dans A. Ehrenberg et A.M. Lovell (eds), *La maladie mentale en mutation*, Paris, Editions Odile Jacob, p. 9-35.
- Ferry, Luc (1996). *L'homme-Dieu ou le sens de la vie*. Paris, Grasset.
- Fiorino, Giovanni (1996). « SAVI...SMI...SARIMM...Quarante ans d'intervention sociale auprès des non-résidents, des immigrants et des réfugiés », dans *Intervention*, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, numéro 103, octobre, p.48-56.
- Freitag, Michel (1995). « La dissolution de la société dans le social », dans *Le naufrage de l'université et autres essais d'épistémologie politique*, Québec, Nuit Blanche éditeur.
- Freitag, Michel (1999). « La dissolution postmoderne de la référence transcendantale », *Cahiers de recherche sociologique*, no 33, p. 181-217.
- Fronteau, Joël (2000). « Prologue. Le processus migratoire : la traversée du miroir », dans Gisèle Legault et al.(sous la direction de), *L'intervention interculturelle*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, p. 1-40.
- Gauchet, Marcel (1998). *Essai de psychologie contemporaine. 1. Un nouvel âge de la personnalité*. Paris, Gallimard.
- Gagné, Jean (1996). « L'approche alternative en santé mentale », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 9, no 2, Presses de l'Université du Québec, p. 137-146.
- Gascon, Eric (2001). *La réalité des hommes en situation de divorce : une analyse structurelle et masculiniste*, Rapport d'analyse de pratique, comme exigence partielle en vue de l'obtention d'une Maîtrise es sciences en service social, Université de Montréal.
- Grand-Maison, Jacques (1992). *Le drame spirituel des adolescents*, Montréal, Fides.
- Grand-Maison, Jacques (2003). *Questions interdites sur le Québec contemporain*. Montréal, Fides.
- Gratton, Danielle (2000). « L'expertise psychologique et les familles de migrants » *Psychologie Québec*, septembre, p. 19-21.

- Gravel, S. et A. Battaglini (2000). *Culture, santé et ethnicité, vers une santé publique pluraliste*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Group for the Advancement of Psychiatry (2002). *Cultural assessment in clinical psychiatry*, Washington DC, American psychiatric Publishing.
- Guberman, N. et al., (1997). *L'utilisation des ressources d'aide par les personnes âgées chinoises du centre-ville de Montréal*, Montréal, Université du Québec à Montréal et CLSC Centre-Ville de Montréal.
- Habimana, E., C. Rousseau, J.-F. Saucier et U. Streit (2001). « Psychiatrie transculturelle, migrations », dans Lalonde, Aubut, Grunberg et al., *Psychiatrie Clinique, une approche bio-psycho-sociale*, tome 2, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, chapitre 73, p. 1746-1759.
- Hentsch, Thierry (2002). *Raconter et mourir. Aux sources narratives de l'imaginaire occidental*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Hohl, Janine et M. Cohen-Emerique (1999). « La menace identitaire chez les professionnels en situation interculturelle: le déséquilibre entre scénario attendu et scénario reçu », *Canadian Ethnic Studies/Etudes ethniques au Canada*, XXI, no 1, p. 106-123.
- Hurtubise, Yves et J.-P. Deslauriers (1997). « La nouvelle donne de l'organisation communautaire: réponses aux contraintes imposées à la pratique par le néolibéralisme, le postmodernisme et la crise des finances publiques », *Intervention*, Ordre professionnel des travailleurs sociaux, numéro 104, mars, p.16-25.
- Jimenez, Vania (1998). « Grossesse et holding culturel », dans *Prisme*, vol. 8, no 3, Editions de l'Hôpital Ste-Justine, p.112-123.
- Jouthe, E., J. Berthot et R. Bourque (1993). « La formation en travail social face au défi de la multiethnicité », *Intervention*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux, numéro 96, octobre, p.67-75.
- Kaës, René (1998). « Différence culturelle, souffrance de la langue et travail du préconscient dans deux dispositifs de groupe », dans René Kaës et al., *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Paris, Dunod, chapitre 2, p. 45-87.
- Kagan, Jerome (2000). *Des idées reçues en psychologie*, Paris, Editions Odile Jacob.

- Kirmayer, Laurence (1989). « Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress », *Soc. Sci. Med.*, vol. 29, no 3, p. 327-336.
- Kirmayer, L. & E. Corin (1997). « Inside Knowledge. Cultural constructions of insight in psychosis », *Insight and Psychosis*, New York : Oxford University Press, p.193-220.
- Kirmayer, L., A. Smith, & T.H.T. Dao (1998). « Somatization and psychologization : Understanding cultural idioms of distress », in S. Okpaku (Ed.) *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*, Washington : American Psychiatric Press, p. 233-265.
- Kirmayer, L. & H. Minas (2000). « The Future of Cultural psychiatry: An International Perspective », *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 45, no 5, p. 438-446.
- Kirmayer, L., G. Brass & C. Tait (2000). "The mental health of aboriginal peoples : transformations of identity and community", *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 45, no 7, september, p. 607-617.
- Kirmayer, L., C. Rousseau & R. Santhamam (2002). « Models of diagnosis and treatment planning in multicultural mental health », in A. Rummens & M. Beiser & S. Hoh (Eds.), *Immigration, health and ethnicity*, Toronto, University of Toronto Press.
- Kleinman, Arthur (1988). *Rethinking psychiatry, From cultural category to personal experience*, New York, The Free Press.
- Lacombe, H. L. Pica et M. Clarkson (2002). « Spiritualité, religion et santé chez des immigrants récents : une approche exploratoire », dans *Etude auprès des communautés culturelles en 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 17, p. 319-332.
- Laplanche, J. et J.-B. Pontalis (1998). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Quadrige/Presses Universitaires de France.
- Laplanche, François (1986). *Anthropologie de la maladie : étude ethnographique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale et contemporaine*, Paris, Payot.
- Laplanche, François (1988). *L'ethnopsychiatrie. Que sais-je?*, Paris, Presses universitaires de France.
- Laplanche, François (1998). « Identités analysées et identités racontées », dans François Laplanche, Joseph Lévy et al. *Récit et connaissance*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p. 317-326.

- Laplantine, François, J. Lévy et al. (1998). *Récit et connaissance*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.
- Laplantine, François et Alexis Nouss (2001). *Métissages*, Paris, Pauvert-Fayard.
- Laplantine, François et J. J. Lévy (2002). Entretiens avec François Laplantine : anthropologies latérales, Montréal, Liber.
- Lamoureux, Diane, et al. (1999). *Malaises identitaires. Echanges féministes autour d'un Québec incertain*, Montréal, Les éditions du remue-ménage.
- Le Breton, David (1991). « Du risque à l'ordalie » dans *La passion du risque*, Paris, Métailié, p. 16-47.
- Legault, Gisèle et al. (2000). *L'intervention interculturelle*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur.
- Legault, Gisèle et G.Roy (2000). « Les difficultés des intervenants sociaux auprès des clientèles d'immigration récente », dans Gisèle Legault, et al.(sous la direction de) *L'intervention interculturelle*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, p. 185-202.
- Lemieux, Raymond (1999). « Sécularités religieuses. Syndromes de la vie ordinaire », *Cahiers de recherche sociologique*, no 33, p. 19-49.
- Martineau, Robert (1999). *L'histoire à l'école, matière à penser...*, Paris-Montréal, L'Harmattan.
- Mayer, Robert., F. Ouellet, M. Saint-Jacques et D. Turcotte (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur.
- Mayer, Robert (2001). « Le constructivisme et les problèmes sociaux », dans Henri Dorvil et Robert Mayer (sous la direction de), *Problèmes sociaux, tome I Théories et méthodologies*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 111-131.
- Mayer, Robert et J.-P. Deslauriers (2000). « Quelques éléments d'analyse qualitative », dans Robert Mayer et al. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur.
- Mc All, C., L.Tremblay et F. Le Goff (1997). *Proximité et distance. Les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*. Montréal, Editions St-Martin.

- Milot, Micheline (1991). *Une religion à transmettre. Le choix des parents, essai d'analyse culturelle*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Milot, Micheline (2002). *Laïcité dans le Nouveau Monde. Le cas du Québec*, Belgique, BREPOL Publishers.
- Ministère de la santé et des services sociaux (1998). *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Moreau, R., F. Raphaël et S. Rashed (1998). « La communauté haïtienne et l'accès aux soins publics clinico-hospitaliers. L'influence des représentations et des pratiques religieuses du vaudou à Montréal », *Revue Internationale d'Etudes Transculturelles et d'Ethnopsychanalyse Clinique*, décembre, no 2, p. 83-99.
- Morency, Judith et R.Kistabish (2001a). « Intervention en milieu autochtone : comprendre le passé pour mieux agir aujourd'hui », *Psychologie Québec*, juillet.
- Morency, Judith et R.Kistabish (2001b). « L'agression sexuelle en milieu autochtone », dans *Psychologie Québec*, juillet.
- Moro, Marie-Rose (1994). *Parents en exil*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Moro, Marie-Rose et C. Lachal (1996). *Introduction aux psychothérapies*, Paris, Editions Nathan Université.
- Moro, Marie-Rose (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris, Dunod.
- Moro, Marie-Rose (1999). « Soi-même dans l'exil », dans *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Paris, Dunod, p. 106-129.
- Moro, Marie-Rose (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris, Editions la Découverte.
- Mvilongo, Anselme (2001). « Réalités interculturelles et intervention sociale », dans Henri Dorvil et Robert Mayer (sous la direction de), *Problèmes sociaux, tome II Etudes de cas et interventions sociales*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 387-404.
- Nathan, Tobie ([1986] 2001). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris, Dunod.

- Nathan, Tobie ([1988] 1999). *Le sperme du diable*. Paris, Presses universitaires de France.
- Nathan, Tobie (1994). *L'influence qui guérit*, Paris, Editions Odile Jacob.
- Nathan, Tobie et I. Stengers (1995). *Médecins et sorciers*, Paris, Collections Les empêcheurs de penser en rond, Institut Synthélabo.
- Nathan, Tobie (1998). « Eléments de psychothérapie », dans Tobie Nathan, A. Blanchet, S. Ionescu et N. Zajde, *Psychothérapies*, Paris, Editions Odile Jacob.
- Nathan, Tobie (2000a). « La psychanalyse, nouvel avatar de l'hérésie chrétienne », *Revue Pardes, Revue européenne d'études et de culture juives*, no27, p.41-54.
- Nathan, Tobie (2000b). « Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie », *Genèses*, 38, mars, p.136-159.
- Nathan, Tobie (2001a). *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris, Collection Les Empêcheurs de penser en rond/ Le Seuil.
- Noël, Denise et L. Tassé (2001). *Les quatre savoirs de Mali Pili Kizos. The four insights from Mali Pili Kizos*, Montréal, Femmes Autochtones du Québec inc./Quebec Native Women inc.
- Ondong-Essalt, Etsianat et C.Flôt (1998). « L'ethnopsychiatrie communautaire », *Revue Internationale d'études transculturelles et d'ethnopsychanalyse clinique*, no. 1, Paris, p. 37-65.
- Ordre des psychologues du Québec (2002). *L'intervention en situation interculturelle*, Fiche déontologique, vol. 3.
- Patenaude, Johane (2002). « Pour une compétence éthique : le modèle dialogique », *Intervention*, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, numéro 117, p.66-76.
- Pichette, Jean (2001). « La nuit du monde », *Relations*, décembre, p. 18-21.
- Philip, Neil (1999). *Myths and Legends*. Traduit de l'anglais par Nanon Gardin, Montréal, Libre Expression.
- Pohier, Jacques (1985). *DIEU fractures*. Paris, Editions du Seuil.

- Raphaël, Frantz et al. (2002). *Les services du CESAME et l'approche d'ethnothérapie au CLSC St-Michel*, Montréal, CLSC St-Michel.
- Renaud, Gilbert (1997). « L'intervention : de la technique à la clinique ou de l'objet au sujet », dans C.Nélisse et R.Zuniga (sous la direction de), *L'intervention : les savoirs en action*, Sherbrooke, G.G.C. Editions.
- Redjeb, B., R. Mayer et M. Laforest (2001). « Problème social : concept, classification et perspective d'analyse », dans Henri Dorvil et Robert Mayer (sous la direction de), *Problèmes sociaux, Tome 1, Théories et méthodologies*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 31-55.
- Ritchot, Gilles (2003). *Québec et tabous*. Montréal, Editions Nota bene.
- Robichaud, Jean-Bernard et al. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*, Comité de santé mentale du Québec, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.
- Rodriguez del Barrio, Lourdes (1999). *Les fils ténus du sens. Narration et soutiens socioculturels dans la constitution d'une position subjective face à l'expérience psychotique*. Thèse de doctorat en sociologie, présentée à la Faculté des études supérieures, Université du Québec à Montréal.
- Rodriguez del Barrio, Lourdes, E. Corin et M. Poirel (2001). « Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, no 2, p. 201-223.
- Rousseau, Cécile, E. Corin et A. Drapeau (1997). *Influence des facteurs psychosociaux sur la santé mentale des adolescents réfugiés*, Montréal, Hôpital de Montréal pour enfants.
- Rousseau, Cécile (1998). Se décentrer pour cerner l'univers du possible. Penser l'intervention en psychiatrie transculturelle, *Prisme, Parcours de l'exil. Cliniques transculturelles*. Automne, vol. 8, no 3, Montréal, Editions de l'Hôpital Ste-Justine, p. 8-19.
- Rousseau, Cécile (2000). « Les réfugiés à notre porte : violence organisée et souffrance sociale », *Criminologie*, vol. 33, no 1, p. 185-201.
- Rousseau, Cécile (2001). «La torture, pointe de l'iceberg de la violence organisée», *RND*, vol. 99, no 4, avril, p. 16-28.

- Rousseau, Cécile et A. Drapeau (2002). « Santé mentale », dans *Etude auprès des communautés culturelles en 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 11, p.211-245.
- Roy, Ghislaine (2000). « Les modèles de pratiques », dans Gisèle Legault et al., (sous la direction de), *L'intervention interculturelle*, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, p. 131-146.
- Sheriff, Teresa (2000). « La production d'enfants et la notion de bien de l'enfant », *Anthropologie et sociétés*, vol 24, no 2. p.91-109.
- Simon, Sherry (1998). « Hybridités culturelles, hybridités textuelles », dans François Laplantine, Joseph Lévy et al., *Récit et connaissance*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p. 234-235.
- Sterlin, Carlo (1987). « La référence culturelle dans une pratique psychiatrique en milieu haïtien à Montréal », dans E. Corin et al. (sous la direction de), *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Montréal, Editions du GIRAME, p. 97-109.
- Streit, Ursula (1997). "Nathan's Ethnopsychanalytic Therapy: Characteristics, Discoveries and Challenges to Western Psychotherapy", *Transcultural psychiatry*, vol. 34(3), september, p. 321-343.
- Tsala Tsala, Jacques (1991). « Thérapie familiale systémique et famille africaine contemporaine. Le cas du Cameroun », *Thérapie familiale*, Genève, vol. 12, no 2, p.11-120.
- Vanthuyne, Karine (2002). « *Trouver les mots pour le dire.* » *S'approprier un certain pouvoir sur l'expérience de la folie à travers la prise de parole.* Thèse en vue de l'obtention du grade M.A., Département d'anthropologie, Université Mc Gill.
- Zempleni, Andreas (1987). « L'efficacité magique » dans E. Corin et al. (sous la direction de), *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Montréal, Editions du GIRAME, p. 15-24.
- Zuniga, Ricardo (2001). *Méthodes de recherche évaluative*. Université de Montréal, Librairie de l'Université.

#### Sites Internet

- Fournier, Louise et al., (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes. Résumé.* Montréal. Direction de la santé publique de Montréal-Centre.  
Site Internet : [www.santepub-mtl.qc.ca](http://www.santepub-mtl.qc.ca).

- Giami, Alain (2001). "Counter-transference in social research: beyond Georges Devereux", *Social Research Methods- Qualitative Series*, no 7 [ed MW Bauer.] London School Economics, Methodology Institute.  
Site Internet : [www.ethnopsychiatrie.net](http://www.ethnopsychiatrie.net)
- Latour, B. et I. Stengers (1997). « Du bon usage de l'ethnopsychiatrie », *Libération*, 21 janvier 1997, Paris.  
Site Internet : [www.ensmp.fr](http://www.ensmp.fr)
- Ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration du Québec (2003)  
Site Internet : [www.mrci.gouv.qc.ca](http://www.mrci.gouv.qc.ca).
- Nathan, Tobie (1999). « *Les bébés parlent-ils le « langage »? Quelques notes sur le traitement des troubles de la parole chez les enfants autistes* ».  
Site Internet : [www.ethnopsychiatrie.net](http://www.ethnopsychiatrie.net)
- Nathan, Tobie (2001b). « *La fabrication culturelle des humains* »  
Site Internet : [www.centregeorgesdevereux.fr](http://www.centregeorgesdevereux.fr)
- Santé Canada (1999). *Recherche sur l'Immigration et la Santé au Canada*. Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services Gouvernementaux Canada.  
Site Internet : [www.santecanada](http://www.santecanada)
- Santé Canada (2004). *L'acculturation et l'effet de l'immigrant en bonne santé*, Immigration et santé, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse. Site Internet: [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
- Sironi, Françoise (1999). « *Les stratégies de déculturation dans les conflits contemporains. Nature et traitement des attaques contre les objets culturels* »  
Site Internet : [www.centregeorgesdevereux.fr](http://www.centregeorgesdevereux.fr).
- Sironi, Françoise (2002). « *Comment inventer des pratiques cliniques adaptées aux mondes contemporains ?* »  
Site Internet : [www.ethnopsychiatrie.net](http://www.ethnopsychiatrie.net)
- Ville de Montréal (2004) Montréal en chiffres. Atlas montréalais.  
Site Internet : [www.ville.montreal.qc.ca](http://www.ville.montreal.qc.ca).

### Autres documents

*Dictionnaire de langue française. Encyclopédie et Noms propres*, Hachette, Paris, 1990.

De Plaen, Sylvaine (2003). *Document de présentation sur le devenir parents* (inédit).  
Groupe de travail régional en stimulation précoce auprès d'enfants de parents  
d'immigration récente. Direction de la Santé publique de Montréal-Centre.

*Le journal d'un fou*. Documentaire réalisé par Mark Blandford, Zone Libre, Radio-  
Canada, décembre 2002.

Notes personnelles. Conférence publique de Marc Renault, Michel Morin, Georges  
Leroux et Robert David, philosophes et théologien : Comment la foi est-elle interrogée  
par le relativisme contemporain? Librairie Olivieri, 27 février 2003, Montréal.

Notes personnelles. Conférence publique de Hamid Salmi, psychologue en  
ethnopsychiatrie. Département de Service social de l'Université de Montréal et  
l'Association pour l'éducation interculturelle, Université de Montréal, 5 novembre 2002.