



Université de Montréal

Adolescence, immigration et santé mentale:  
Schisme et articulation des discours soignants autour des orientations et  
des stratégies d'intervention en contexte ethnopsychiatrique

par Alexandre Larivée

Département d'anthropologie  
Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et Sciences en vue de l'obtention du grade  
de maître ès sciences (M.Sc.) en anthropologie

Janvier 2015

© Alexandre Larivée, 2015

Page d'identification du jury

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Adolescence, immigration et santé mentale:  
Schisme et articulation des discours soignants autour des orientations et  
des stratégies d'intervention en contexte ethnopsychiatrique

Présenté par:

Alexandre Larivée

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Président-rapporteur: Pierre Minn

Directeur de recherche: Guy Lanoue

Membre du jury: Sylvie Fortin

Mémoire accepté le :

avril 2015

## RÉSUMÉ

La souffrance psychologique des adolescents fait l'objet d'une attention croissante des pouvoirs publics, des mondes associatifs, et bien sûr des cliniciens et des travailleurs psychosociaux. Pour les adolescents migrants, cette souffrance, aggravée par la fragilité, les malaises et les tensions de l'adolescence, est compliquée par l'appareil de santé publique bureaucratique complexe destiné à traduire dans le langage des soins le malaise des attitudes, des comportements et des tendances qui se dégagent de leur statut de migrant tantôt mal vécu, tantôt réprouvé par leur environnement et leur parcours personnel et familial.

Ce mémoire de maîtrise a exploré l'un d'entre eux, celui de la clinique de psychiatrie transculturelle, où l'écoute de ce qui se dit importe tout autant que la traduction et la gestion de ces souffrances. En utilisant une approche anthropologique, j'analyse les discours et les attitudes de dix thérapeutes et les travailleurs sociaux qui interviennent auprès de ces familles. Cette recherche montre que le cadre de gestion sociale et culturelle qui inclut les soignants et les familles, et les ambivalences de jeunes adolescents, ne peut être analysé sans référencer le contexte plus large des différences de classes, d'accès au pouvoir, d'orientations et de bagages culturels affectant à la fois le vécu des adolescents et la manière avec laquelle leurs angoisses seront communiquées et traduites. Dans cette perspective particulière, les paradoxes et les résistances de certains professionnels médicaux et sociaux, dont les positions qu'ils occupent au sein des structures du pouvoir, autrement, pourraient les tenter de s'engager dans des diagnostics faciles liés à la socialisation prétendument difficile de ces adolescences. Au lieu de cela, ils créent des stratégies uniques qui respectent les idiomes officiels encadrant leur autorité médicale et sociale.

Mots-clés : anthropologie, adolescence, immigration, ethnopsychiatrie, relations thérapeutiques, identité, souffrance sociale.

## ABSTRACT

The psychological suffering of teenagers has drawn increasing attention of the public authorities, associations, and of course clinicians and psychosocial workers. For migrant teens, this suffering, exacerbated by the fragility, discomforts and tensions of adolescence, is complicated by the complex bureaucratic public health apparatus designed to translate into the language of health care the malaise of attitudes, behaviours, and tendencies that emerge from their migrant status and history.

This thesis explores one of these, the transcultural psychiatry clinic, where listening to what is said is as important as translating and managing these complaints. Using an anthropological approach, I analyze the speech and attitudes of ten therapists and social workers who work with families and teenagers. This research shows that the framework of social and cultural management that includes caregivers and families, and the ambivalencies of young teens, cannot be analyzed without referencing the broader context of class differences, power, and the past condition that influence both teen suffering and how their anguish is communicated and translated. In this particular perspective, the paradoxes and resistances of some medical and social professionals, whose position in the power structure could otherwise tempt them to engage in facile diagnoses linked to allegedly improper socialisation of these migrant teens. Instead, they create unique strategies that respect the official idioms that frame their medical and social authority.

Keywords: anthropology, teenagers, migration, ethnopsychiatry, therapeutic care, identity, social suffering.

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des sigles et abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE I</b>	
Orientations théoriques et conceptuelles .....	6
1.1 Problématisation et construction de la souffrance comme objet phénoménologique: Points d'articulation autour des théories interprétatives et critiques....	8
1.2 La question du récit, du sens et de la subjectivité.....	11
1.3 Anthropologie critique de la santé: L'espace politique du corps, de la souffrance et de la maladie.....	15
1.4 Épistémologies médicales, relations au corps et subversions sociales: Regard sur les notions de normalisation et de biopouvoir chez Michel Foucault.....	19
1.5 Normalisation, résistance et paroles agissantes: Apories et paradoxes d'une théorie du pouvoir .....	25
<b>CHAPITRE II</b>	
Méthodologie .....	29
2.1 Approches méthodologiques et objectifs de recherche.....	29
2.2 Contexte de la recherche .....	31
2.3 Sources et choix de la technique de collecte des données .....	31
2.4 L'observation participative.....	32

2.5 Les entrevues semi-dirigées .....	34
2.6 Description de l'échantillon des participants.....	35
2.7 Considérations éthiques de la recherche .....	37
<b>CHAPITRE III</b>	
Psychiatrie et anthropologie et dialogue.....	39
3.1 Regard sur les débats et les pratiques entourant l'ethnopsychiatrie et la psychiatrie transculturelle en France et au Québec.....	40
3.2 L'intervention locale et actuelle: La place de l'ethnopsychiatrie et de la psychiatrie transculturelle dans le contexte québécois et montréalais.....	50
3.3 La question de la demande et les dispositifs de la rencontre: Particularisme et contextualisation .....	56
<b>CHAPITRE IV</b>	
La prise en compte de la diversité culturelle, ses limites, ses stratégies: Orientations et articulations des discours soignants .....	63
4.1 De la Clinique comme passeur de l'altérité à la recherche d'une perspective.....	65
4.2 Éléments conflictuels et dynamiques de la rencontre: Entre l'imposition normative et le traitement du particulier .....	68
4.3 Asymétries relationnelles et restauration des liens: Perspectives et perceptions d'un malaise indicible.....	74
4.4 Connaître l'« Autre »: renforcer le pouvoir médical? .....	77
4.5 Faire usage de son pouvoir décisionnel: La résurgence des strates individuelles .....	80
4.6 Quand l'ethnocentrisme réduit la complexité.....	84
4.7 Les enjeux qui dépassent les seuls patients.....	88
4.8 De l'efficacité thérapeutique et symbolique de l'ethnothérapie aux malaises de la rencontre: La Clinique comme espace de résonance?.....	92

4.9 Conclusion.....	95
<b>CHAPITRE V</b>	
Au carrefour des rationalités, des savoirs et des idiomes thérapeutiques:	
La co-construction du corps de Mélyssa .....	97
5.1 Expériences du corps et systèmes médicaux:	
Les usages différentialistes et charismatiques du corps-malade .....	98
5.2 Une santé ici et ailleurs? L'ambiguïté des croyances soignantes .....	104
5.3 La résistance des mots et la tension du faire.....	107
5.4 Espaces intersubjectifs et drames ritualisés: performance et liminalité .....	111
5.5 Conclusion .....	114
<b>CHAPITRE VI</b>	
Paroles dissonantes, scènes inédites et subversions sociales:	
Les zones d'ombres de la souffrance de Huan .....	115
6.1 Les silences de l'Autre .....	116
6.2 Le conflit des institutions.....	122
6.3 Regards croisés sur les vulnérabilités .....	125
6.4 Conclusion .....	128
<b>CHAPITRE VII</b>	
Travail de mémoire et scénarios identitaires:	
Les drames solidaires de Zafir .....	130
7.1 Dits, non-dits et sujet en souffrance: de la « fabrication » du lien social aux formes et atteintes de la participation des émotions à la rencontre clinique.....	
	133
7.2 Projet thérapeutique et gestion des ressources identitaires:	
Ambivalences, bricolages et scénarios identitaires .....	139
7.3 Conclusion .....	143

<b>CONCLUSION</b> .....	145
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	151
<b>ANNEXES</b> .....	xi
Annexe (1): grille d'entrevue - intervenants.....	xi
Annexe (2): grille d'entrevue - cliniciens.....	xiii
Annexe (3): formulaire d'information et de consentement .....	xv

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

APA: American Psychiatry Association (Association américaine de psychiatrie)

CHUM: Centre hospitalier de l'Université de Montréal

CLSC: Centre local de services communautaires

CSSS: Centre de santé et services sociaux

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

DPJ: Direction de la protection de la jeunesse

GIRAME: Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie

LPJ: Loi sur la protection de la jeunesse

MSSS: Ministère de la Santé et des Services Sociaux

SIV: Suivi d'intensité variable

## REMERCIEMENTS

Je souhaite d'abord remercier chaleureusement mon directeur de maîtrise, le professeur Guy Lanoue, qui, grâce à la qualité de son encadrement pédagogique, ses conseils, sa grande disponibilité et ses encouragements, m'a permis de rendre à terme ce projet de recherche. J'espère de tout coeur que notre collaboration ne s'arrêtera pas ici.

Je tiens également à remercier le Dr Jean-Michel Vidal pour avoir dirigé la première année de ce projet de maîtrise. Par sa passion contagieuse, il m'aura ouvert à l'univers fascinant de l'anthropologie médicale et de la recherche anthropologique. Je lui suis reconnaissant pour toute la confiance et l'inspiration qu'il a suscité en moi.

Je souhaite exprimer ma sincère gratitude envers les thérapeutes et autres informateurs ayant participé à ce projet pour leur générosité, car malgré un horaire souvent surchargé, ils ont néanmoins accepté de répondre généreusement à mes interrogations. Il va sans dire que sans leur précieuse collaboration, ce travail n'aurait évidemment jamais pu voir le jour.

Je suis également redevable au Dr Aziz Chrigui et à l'équipe de travail de la Clinique de psychiatrie transculturelle de l'hôpital Jean-Talon à Montréal pour leur accueil chaleureux et leur appui essentiel. Je les remercie d'avoir mis à ma disposition les outils et le matériel nécessaire à l'élaboration du projet.

Enfin, je tiens à remercier parents et amis pour le support inconditionnel qu'ils m'ont offert tout au long du parcours ayant mené à ce résultat final, au travers de mes interrogations, de mes déceptions et de mes joies. Leur simple présence m'a été infiniment précieuse.

## INTRODUCTION

Daïna a 17 ans lorsque son récit est raconté pour la première fois à la consultation ethnopsychiatrique. Elle est suivie depuis peu en pédopsychiatrie, souffrant d'une dépression sévère et d'un trouble alimentaire. Quelques semaines plus tôt, elle a essayé, pour la deuxième fois, de s'enlever la vie. Elle se dit expérimenter des visions troubles, des symptômes d'étranglements la nuit. L'intervenante psychosociale reçue à la consultation rend son jugement sur la situation, par l'entremise du rapport dont elle fût l'instigatrice, assumant fièrement l'autorité dont elle est investie et le soutien qu'elle souhaite dispenser. Elle décrit à l'équipe soignante les symptômes observés en fonction des critères diagnostics officiels, comportementaux, cognitifs, physiques, leur durée, leur gravité. Elle explique ensuite ce qui lui semble dysfonctionnel chez la jeune fille d'origine syrienne, précisant la portée de la subversion des mots et des gestes envers elle-même et ses parents, une pression académique dévalorisante, l'autorité du père, la précarité sociale et financière de la famille depuis leur arrivée, les silences d'un post-trauma saisissant. Les rencontres avec les parents, ne parlant ni français, ni anglais, sont délicates, l'alliance thérapeutique, menacée. À la question qui lui est posée concernant l'histoire toute en fragments de la famille, présente et passée, dans la part qu'a pris ce lourd contexte dans la genèse d'une souffrance indicible chez Daïna, elle se dit de plus en plus basculer dans le doute, ses repères momentanément secoués, répondant avec incertitude et hésitation de son savoir psychomédical, et de l'immensité du pouvoir symbolique et institutionnel sur lequel repose ce savoir : « Je ne sais plus où donner de la tête tellement la situation est confuse, tant pour moi que pour eux. Croyez-vous que la culture a quelque chose à y voir ? »

Notes d'observation, séance de consultation clinique en groupe  
avril 2013

En entrant en contact les uns avec les autres, les membres des équipes soignantes et les familles s'exposent à différentes manières de saisir et de traiter les situations et les chaos générés par la maladie. Tel un filigrane qui déborderait la trame polyphonique des souffrances de Daïna, introduites dans ce tissu de relations sociales et culturelles étendues qui concourent à l'élaboration de scénarios intertextuels marqués d'une incontournable altérité sur laquelle s'inscrit initialement la demande à la consultation ethnopsychiatrique, on constate que ces rencontres sont aussi des interfaces ouvertes, foyer de circulation symbolique qui nous renvoie à l'empreinte des histoires et des biographies personnelles, familiales et collectives, à la variété des systèmes d'explication de maladies et de guérisons, à toutes les différentes manières d'exprimer les symptômes et aux multiples façons d'habiter et de réagir à la souffrance humaine (Kleinman, 1995; 1988). La demande de soins doit être comprise comme un phénomène essentiellement polysémique et interactionniste (Strauss, 1992), partiellement régi et modulé par des différences de classes sociales, d'accès au pouvoir, d'orientations et de bagages culturels qui viennent

influencer autant la manière avec laquelle est expérimentée et vécue la souffrance et la maladie, que la façon avec laquelle celle-ci est communiquée et traduite (Das et coll. 2001). Ces « phénomènes du souffrir », pour reprendre l'expression de Paul Ricoeur (1994), ne se prêtent d'ailleurs que difficilement à une définition étanche et à des nosologies trop simples selon la seule perspective d'« états » médicaux ou psychologiques, tant il est vrai que devant ses multiples expressions, on semble pourtant appelé à y répondre, à réagir, à choisir; les interactions sociales et les relations à autrui étant elles aussi au coeur de l'expérience de la souffrance de l'individu (Kleinman et coll. 1997). Au travers les scènes conflictuelles et les drames personnels et familiaux que vivent ces enfants de parents migrants comme Daïna, tantôt signes des nombreuses mutations qui s'opèrent à cet âge de la vie, tantôt amorces d'un infléchissement pathologique, l'anthropologue, tout comme le clinicien et l'intervenant, se retrouve face aux multiples points d'entrecroisements entre les mouvements intimes et les mouvements sociaux qui ne seraient non plus ignorer les mécanismes de socialisation des individualités, le poids des acteurs et des déterminants socioéconomiques classiques, leur capacité à se réappropriier les mutations sociales et culturelles, les luttes qu'elles génèrent et les nouvelles solidarités individuelles et collectives qui en dérivent.

À partir d'une approche anthropologique, dont les inspirations théoriques et conceptuelles témoignent notamment de l'influence de la pensée de Michel Foucault et de ses successeurs, le thème de la « souffrance sociale », dans la foulée des travaux de Kleinman, Das et Lock (1997) servira, dans ce mémoire, de perspective d'analyse qui se veut une alternative, un outil de travail pour explorer la manière dont les dynamiques discursives et institutionnelles de l'expérience intersubjective de ces adolescents façonnent, médiatisent et négocient ses perceptions et ses modalités d'expressions, dessinant les contours des sensibilités et des résonances qui y circulent et s'y diffusent. Dans un travail qui tourne le regard vers ces points de liaisons, subtils et paradoxaux, où le personnel s'enroule dans le social derrière les trajectoires de vie de ces adolescentes et adolescents rencontrés à la consultation ethnopsychiatrique avec leurs parents, menacés par des difficultés, des maux et des fragilités diverses, je fais l'hypothèse que ces phénoménologies plurielles auxquelles font face les différents acteurs du projet

thérapeutique ne viennent pas simplement se loger dans un processus de séparation, de distanciation, de quête de dissymétries relationnelles, de rapports tensionnels et structurants entre le soi et l'autre, mais semble également s'actualiser à la croisée d'un ensemble de jeux de pouvoir, de tensions et de malaises intriqués aux matrices institutionnelles qui encadrent et négocient les relations et les stratégies entre ces différents acteurs porteurs d'une hétérogénéité partagée sur le plan qualitatif (en rapport à une singularité), référentiel (en rapport à une position de classe, de genre, d'appartenance sociale et culturelle, etc.) et affectif (qui touche, qui engage, qui indigne). Ma posture analytique sera donc claire : c'est *parce que* l'individu est devenu la référence culturelle centrale des relations sociales et thérapeutiques qu'il m'est apparu comme le siège de tensions inédites et concrètes, vécues par l'ensemble acteurs du projet thérapeutique, et constituent l'enjeu de leurs interprétations et de leurs échanges dissensionnels. En conséquence, la question qui anime la réflexion se dévoile ainsi : en quoi ces tensions interpellent et représentent (ou non) un défi pour les thérapeutes et les intervenants, avec ses exigences tacites enracinées dans le corps malade, aux attentes socialement et intimement médiatisées, et à cette relation plurielle et ouverte que les acteurs du projet thérapeutique entretiennent avec eux-mêmes et avec autrui?

Après avoir situé et explicité, aux chapitres un et deux, les perspectives théoriques et conceptuelles passant en revue certaines catégories de l'analyse sociale de la problématique concernée, et dont je pose ensuite les principaux jalons méthodologiques et les objectifs de la réalisation du projet, succèdent une présentation sur cinq chapitres des résultats de la recherche. Le premier, articulé sur la démarche ethnopsychiatrique et ses principaux fondements et débats historiques, épistémologiques et pratiques, positionne l'articulation locale et actuelle des modalités de l'intervention clinique et les incidences des contraintes et des enjeux rapportés par certains acteurs de ce milieu, soulignant les particularités du contexte québécois.

Dans le second, j'explore les liens entre l'émergence des conflits de sens et d'interprétations et le rapport qu'entretiennent les cliniciens et les intervenants rencontrés

avec l'environnement pluriel de la clinique en articulant la diversité des écueils relationnels qu'on y retrouve.

Subséquentement, les chapitres cinq, six et sept tendent à développer et approfondir les analyses et les théorisations déjà introduites en les mettant en dialogue avec trois courtes histoires cliniques contrastées et référencées au carrefour d'une trajectoire double : celle de l'immigration (histoires de vies, expériences d'établissements, liens de sociabilité) et celle de la maladie et du travail pour la traduire et la gérer. Par extension, je discute l'hypothèse que ces éléments sont bel et bien reliés entre eux dans ces récits qui m'ont été confiés, mais ils le sont à travers des médiations, des interactions et des processus dialogiques extrêmement complexes, éclairant les caractéristiques et les particularités des parcours de vie, la place des expériences personnelles et familiales, et bien entendu des résonances intimes qui ont accompagné la traduction des phénomènes de souffrance pris dans les réseaux de relations sociales qui les concernent par le biais de l'intersubjectivité.

Au chapitre cinq, intitulé « Au carrefour des rationalités, des savoirs et des idiomes thérapeutiques », je m'intéresse à savoir comment deux ou plusieurs cultures de santé et de guérison, chacune ayant sa propre ontologie et cosmologie du corps, peuvent se chevaucher et s'entrecroiser dans la rencontre pour produire des conflits de sens et d'interprétations. Influencées par sa prise en charge et modifiées en fonction des relations entretenues par la famille avec les professionnels, deux gestions du corps, de la maladie et de la guérison qui, dans ce premier récit, sont mises en scène, incarnées à même le corps d'une adolescente et qui, petit à petit, découvrent des pans inédits de l'expérience de ces tensions dialogiques orchestrées par l'appréciation des limites et des frontières de son exclusion.

Le chapitre six, « Paroles dissonantes, scènes inédites et subversions sociales », explore comment s'est construit l'itinéraire thérapeutique et le positionnement social d'un jeune adolescent de la deuxième génération pris en charge par la DPJ. Avec ses brèches plus ou moins colmatées, son histoire s'élabore à l'intersection de multiples influences et impacts différentiels de gradients (conditions structurelles de l'intervention, connaissance de la langue de la part des parents, précarité et transmission familiale des statuts sociaux)

qui semblent ici agir en synergie, médiatisant les interactions tout en dévoilant les risques la fragmentation de l'espace de soin et d'intervention lui étant pourtant prédestiné.

Enfin, un septième et dernier chapitre ayant pour titre « Travail de mémoire et scénarios identitaires » vient mettre en lumière la façon dont à la fois la personne malade (et son entourage), dans le cadre de leurs relations sociales directes et médiatisées, et les instances institutionnelles, participent ensemble au travail émotionnel de mémoire en les sélectionnant, en les recomposant, en les mettant en signification et en mouvance socialement de façon élargie ou encore restreinte. Leur articulation sur les régimes d'historicités, de corporéités et de temporalités, justifiant et expliquant *a posteriori* les échecs et les blocages du présent en s'emparant parfois des souffrances passées, construisent pour certains de ces adolescents migrants rencontrés à la consultation une identité réactionnelle où se joue, de manière symbolique, la synthèse inédite de ces accomplissements identitaires et émotionnels au travers de la reconnaissance de leurs circulations et de leurs disséminations.

Ces histoires cliniques, aussi contrastées et singulières les unes que les autres, m'ont servi à cet égard à discuter et à nuancer ces « épaisseurs de sens » (Geertz, 1973) sur lesquelles ont été communiquées et traduites, sur un arrière fond pluriel et multiple, les problématiques de santé mentale de ces adolescentes et adolescents. On l'aura compris, ces propositions analytiques s'articulent entre elles selon un schéma général inspiré des approches foucaaldiennes et critiques des relations sociales qui m'aura servi de « fil rouge » tout au long de ce travail, et que je prendrai soin de rappeler dans la conclusion.

## CHAPITRE I

### ORIENTATIONS THÉORIQUES ET CONCEPTUELLES

Ce chapitre présente le cadre théorique utilisé pour ce mémoire, qui porte sur l'étude des perceptions, des explications et des pratiques des cliniciens et intervenants en ce qui a trait aux problématiques de santé mentale qu'ils rencontrent chez certains enfants de migrants vus à la consultation ethnopsychiatrique avec leurs parents. Le cadre théorique et conceptuel est emprunté à l'anthropologie médicale phénoménologique et critique des dernières décennies, et s'inscrit plus spécifiquement dans la foulée des travaux actuels réalisés autour de l'anthropologie du « social suffering » entrepris par Arthur Kleinman, Veena Das et Margaret Lock émergeant à la fin des années 1990 (Kleinman, Das et Lock, 1997; Das et coll. 2001). D'un point de vue conceptuel, l'idée de « souffrance sociale » fait autant référence aux conséquences du pouvoir politique, économique et institutionnel exercé sur les populations, qu'à celles que ces formes exercent sur les réponses possibles aux problèmes sociaux contemporains. Ainsi, une des particularités fondamentales du concept de « souffrance sociale » est de déstabiliser les frontières qui séparent les catégories avec lesquelles nous pensons inconsciemment le social, articulant conjointement les tensions dynamiques entre les ordres macrocontextuels et macrosociaux dans la manière et l'impact qu'elles peuvent avoir sur les histoires locales et les récits de vie (Kleinman, Das et Lock, 1997). Révélant à la fois des processus de médiation, de résistance et de transformation sociale (Das, 1997), cette articulation entre la souffrance individuelle et les dynamiques collectives lui servant de trame de fond se trouvera au cœur de l'analyse que je propose dans ce mémoire. Son but est d'offrir une contribution, aussi modeste soit-elle, à ce programme de recherche.

C'est en ayant pour objectif de me situer par rapport aux principaux courants théoriques de l'anthropologie médicale, d'indiquer clairement mes propres orientations épistémologiques, d'organiser le propos et de distinguer des pistes de réflexion possibles

que j'aurais recours à différentes perspectives rendant compte de la détresse psychologique comme construction expérimentée au sein de contextes incarnés - collectifs, intersubjectifs, individuels -, autant en rapport à l'attribution et l'interprétation de son sens que des possibles causes associées à son vécu. Si par moment j'insiste sur la nécessité de l'éventuel dépassement de certaines tendances théoriques à orienter et à contraindre ou restreindre sa polyphonie essentielle, c'est avant tout pour instaurer un dialogue avec l'objet d'étude proposé par cette recherche. L'idée n'est non pas de disqualifier les approches sémiologiques et narratives faisant état d'une trame symbolique susceptible de fonder tant les relations interpersonnelles que la notion même du « soi », mais bien de distinguer des pistes de réflexion possibles et surtout complémentaires à celles que je souhaite développer.

Un tel survol de l'étude de la souffrance comme expérience socioculturellement informée me permettra de mieux cerner, dans une seconde partie, les grandes lignes d'un regard critique quant aux conditions sociales servant de trame de fond à l'émergence des discours qui peuvent l'entretenir ou l'enrober, se présentant comme des savoirs sur soi et sur l'Autre indissociable d'un pouvoir normatif les dépassant aussi largement qu'il se dévoile comme une condition de leur possibilité. Conséquemment, je souhaite passer en revue certaines catégories de l'analyse sociale qu'exige la problématique considérée, à savoir les concepts foucaldiens de « biopouvoir » et surtout le phénomène de « normalisation » en m'attardant aux modalités et aux limites de ces derniers. Un tel survol nous permettra ainsi de considérer les pratiques cliniques observées comme point d'arrimage entre le politique, le social, le psychologique, la santé et la maladie.

## 1.1 Problématisation et construction de la souffrance comme objet phénoménologique : Points d'articulation autour des théories interprétatives et critiques

En raison de l'escalade des migrations internationales, l'affaiblissement des liens et des distances physiques et virtuelles qui contribuent à alimenter les différenciations, bien qu'elles soient justifiées, structurées et imaginées sur les plans politiques, économiques ou culturels, ont aujourd'hui fort pouvoir d'attractions, s'autorisant une influence nouvelle sur les jeux identitaires et leur syncrétisme, les temporalités multidimensionnelles, les sentiments d'appartenance ou les représentations territoriales et transnationales (Appadurai, 1996; Hannerz, 1996). L'un des grands défis à la lumière de ce glissement d'échelle aura d'ailleurs été d'étudier avec profit ces nouveaux cosmopolitismes qui nous apparaissent aujourd'hui caractériser le monde dans lequel nous vivons (Laplantine, 1999), et au sein desquels ils se développent, entrent en compétition et se nourrissent les uns des autres d'une façon qui défie et confond l'ensemble des modes de représentations et des limites des systèmes conceptuels susceptibles d'être soumis à la distance, la critique et aux stratégies d'investigations du discours sur l'« Autre » (Marcus et Fischer, 1999; Kilani, 1994; Rabinow et Sullivan; 1979) et de sa « déconstruction » par l'anthropologie (Dickens et Fontana, 1994) - y compris par le doute et l'attitude ironique de l'écriture ethnographique, parce que dotée d'une autorité particulière, bien que contestée (Marcus, 1986). Ce sera notamment à l'extérieur de la discipline que viendront les critiques et les débats orientés sur les enjeux politiques du pouvoir autour de ces épistémologies cachées, entre autres à partir des « *Cultural studies* » et « *Post-colonial studies* » qui se pencheront sur les rapports hégémoniques entretenus entre l'Occident et le reste du monde en dénonçant, souvent avec véhémence, l'agenda impérial qui se déploie avec plus de vigueur que jamais dans le projet d'homogénéisation culturelle, intellectuelle et scientifique de cette domination avec des temporalités et des réalités locales à chaque fois différentes, contextuelles et conjoncturelles<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ne parlant pas, loin de là, d'une seule et unique voix, les ethnophilosophes issus des courants post-coloniaux, qui se composent notamment d'intellectuels non-occidentaux immigrés en Occident - dont les figures de proues demeurent certainement Edward Said, Homi Bhabba et Arjun Appadurai -, ont notamment travaillé à la dé-occidentalisation des savoirs, à l'analyse des effets durables du colonialisme à l'instar de Fanon ou Césaire par exemple, et à la reconstruction et la réinvention de leur cartographies mentales et ses

Dans la foulée des sillons et des courants l'ayant traversée, l'anthropologie de la santé et de la maladie<sup>2</sup> (Augé, 1986; 1984), en s'inspirant des épistémologies cachées au coeur des pratiques soignantes comme celles que je souhaite étudier ici, a d'ailleurs su rendre compte de la complexité de ces lieux de débats et de rencontres interactives. Pour plusieurs, la « santé » n'est pas une donnée strictement issue du vivant ou de la personne, mais à la fois comme une *production* et une *construction* de la société<sup>3</sup>, correspondant elle aussi à des réalités sociales et résultent de l'action des agents sociaux en regard à sa reconnaissance dans l'espace public, faisant constamment l'objet de luttes, contestations et de résistances (Fassin, 1996). Ainsi, « ses manifestations les plus simples peuvent-être ses effets sur un corps d'écriture » mentionne de son côté Stanley Cavell (1997 : 98), énonçant du coup cette autre « vérité » ethnologique de la maladie et de la souffrance humaine qui, poursuit Didier Fassin (2004a : 21), se profile d'ailleurs moins d'une « quête de l'autre » qu'une enquête produite « à travers l'autre ». Précaution d'autant plus indispensable que, s'agissant d'expériences douloureuses parfois extrêmes que l'anthropologue ne peut que partiellement saisir (Massé, 2008), la multiplicité des usages et des limites des mots « sens », « discours » et « textes » entourant l'étude des phénomènes de santé nous indique que nous ne sommes pas seulement à une époque de correspondance et de collusion, comme Michel Foucault a eu la prescience de le souligner dans *Les Mots et les Choses* (1966), mais qui, eux aussi, ne cessent d'être entamés et s'enracinent dans des dispositifs de subversions, de fragmentations et de sujétions. Ces questions sont devenues d'autres ouvertures pour réfléchir sur le symbolique, sur le corps, sur la maladie, sur le lien social, sur la reproduction qui sont,

---

effets sur les processus d'affirmations identitaires et collectifs qui tendent, de plus en plus, à mettre en opposition les marqueurs culturels, linguistiques ou encore religieux qui animent les relations entre les peuples.

<sup>2</sup> L'usage de cette expression, renouant en partie avec la volonté exprimée par Marc Augé (1986) d'inscrire d'anthropologie de la maladie dans les registres de l'anthropologie sociale en générale, propose d'étudier les modalités de transformations sociales et politiques qui fondent les rapports des individus et des groupes à la santé, intéressé dans le cas présent à l'expérience de la maladie et aux réactions-interprétations, mettant en évidence l'immanence des théories locales des pouvoirs à la structure sociale. Ces travaux (Augé, 1984; Zemléni, 1985) suivent la voie ouverte par les anglo-saxons et l'école Britannique (autour d'Evans-Pritchard et Turner par exemple) qui ont montré l'importance du contrôle social dans le traitement de la maladie et mis en relief les rôles tactiques des pratiques thérapeutiques dans les processus sociaux et structureaux.

<sup>3</sup> Définie par exemple chez Fassin (2000a: 96) comme « le rapport de l'être physique et psychique, d'un part, et du monde social et politique de l'autre », en raison de quoi « elle est à la fois autre chose et bien plus que l'envers de la maladie à quoi on la ramène souvent ou que l'idée de bien-être global dont les institutions sanitaires assurent la promotion ».

eux aussi nous disait Geertz (1964), dans un état particulier et qui ne seraient être désenchâssées des rapports sociaux dont elles sont également le produit, révélant plus fondamentalement encore les complexités, les contradictions, l'ensemble des projets interreliés et les ambiguïtés des significations que les individus et les groupes humains érigent pour s'entourer d'un monde imaginé qui apparaît comme la seule défense, la seule légitimité à l'égard des inégalités instaurées par l'idéologie et les dynamiques différentielles de pouvoir quand le lien social est rompu ou risque de l'être. À tout le moins, note l'anthropologue Sherry Ortner (1999), un tel travail d'interprétation implique ces processus actifs de collusion et de fabrication de sens<sup>4</sup> qui sont eux aussi susceptibles de devenir le centre de l'attention des sociétés globalisées, caractérisées par un intérêt particulier pour les conséquences des situations de pouvoir, des discontinuités, des hégémonies et des inégalités contextualisées à travers lesquelles sont représentées et vécues les conditions concrètes de l'expérience humaine. Ces mouvements traduisent à l'avenant des exigences de reconnaissances et de justices sociales nous disent plusieurs (Renault, 2004; Honneth, 2000; Castel, 1995a; Bourdieu, 1993; Butler, 1993), dans la mesure où ils éclairent indirectement certaines asymétries établies, mais indiquent également la direction dans laquelle il faudrait préparer l'étude empirique de la face publique d'une lutte de classe réceptive aux conflits normatifs et hégémoniques au travers desquels se fondent, se disséminent et s'actualisent les mondes intérieurs des valeurs et afflictions vécues ainsi que les mondes extérieurs des significations contestées (Das et Kleinman, 2000). Tous ces phénomènes marquent les apories que les interstices des discours qui accompagnent tout acte de traduction ont toujours négociées, et sur lequel des conditions complexes et même conflictuelles marquent les lieux de leur potentialité et de leur complexité qui ne peuvent être pensés comme de simples simulacres.

En privilégiant un tel regard interactionniste (Strauss, 1992), les rapports observés et documentés au coeur de notre objet d'étude, porté sur le thème inclusif des pratiques cliniques auprès d'adolescents en contexte ethnopsychiatrique, seront resitués au sein de

---

<sup>4</sup> Situé à l'intersection entre textualité, pouvoir et critique culturelle, le raisonnement de Clifford Geertz, par exemple, dans « *Thick descriptions: Toward and Interpretative Theory of Culture* » (1973) vise à explorer les contingents de la représentation (Brenneis, 1999), postulant que toute analyse culturelle est par conséquent une construction intersubjective, puisque la vie sociale et la culture est, avant toute chose, un discours, un langage, un message composé d'actes et de significations qui doivent être décodés, interprétés, et donc traduits (Rabinow et Sullivan, 1979).

contextes sociaux teintés par ces rapports plus larges intriqués à la relation patient-immigrant et praticiens-intervenants, au sein de laquelle des différences de statuts, d'accès au pouvoir, d'orientations et de bagages culturels se concrétisent et conditionnent autant l'expérience de souffrance que la façon dont cette souffrance est communiquée et traduite. Son expérience doit donc y être aperçue comme l'encastrement d'itinéraires individuels souvent aléatoires, spontanés et originaux, et d'une trame sociale plus large au sein de laquelle les complexités de ses significations sont incorporées et partiellement déterminées par les pratiques avec lesquelles elles s'articulent et entrent en résonance. Cette souffrance ne peut donc être définitivement fixée, mais bien toujours *en processus*, c'est-à-dire de façon relationnelle qui constitue les lieux de discussions, de négociations, et de résistances. Tout en ayant amorcé ce mémoire avec de telles interrogations épistémologiques préalables, il en résulte une préoccupation *à la fois* interprétative et critique (Massé, 2010) à laquelle nous pouvons maintenant, ne prétendant certes pas à en restituer une vision exhaustive, dégager quelques axes réflexifs indispensables à ce mémoire de recherche.

## 1.2 La question du récit, du sens et de la subjectivité

Dans l'optique de bien cerner comment se constitue la détresse psychologique comme objet social d'étude, l'une des approches permettant de comprendre les liens entre la biologie de la souffrance et l'environnement dans lequel se vit et se traduit son expérience la considère dans son appréhension *sémantique*, c'est-à-dire le sens (subjectif) qui lui est accordé par l'individu autant sur le plan de sa perception que celui de son expérience. L'une des tendances fortes de l'anthropologie médicale d'ailleurs consiste en une ouverture aux approches balisées par un souci de contextualisation ethnographique, autant intéressée par l'analyse des « mondes vécus spécifiques » de la souffrance que préoccupée de la construction socioculturelle de ses manifestations (Massé, 2005 : 73). À la suite de Kleinman et Fabrega<sup>5</sup>, les travaux de Byron Good et Mary-Jo DelVecchio

---

<sup>5</sup> Horacio Fabrega (1974) insistait d'ailleurs, il y a plus de trente ans, sur le fait que les épisodes pathologiques ne prennent sens pour les individus et les collectivités qu'en étant reportés sur l'horizon de valeurs communes, rendant compte du caractère polysémique et

Good (1980) viseront par exemple à associer la construction sémantique au vécu expérientiel de la maladie en prenant pour objet : « [...] le processus de production de sens dans le cadre d'un contexte socioculturel et socioéconomique de l'expérience vécue » (Massé, 1998 : 40). Ceux-ci constatent d'ailleurs que les personnes souffrantes expriment généralement leurs problèmes en recourant à des stratégies narratives (Fox, 2003), modulées par des « d'idiomes de détresse<sup>6</sup> » (Nichter, 1981; Kemp, 2003), c'est-à-dire des idiomes narratifs appréhendés comme des forces actives se concrétisant entre le sens accordé à la maladie et l'expérience associée à son vécu (Kleinman, 1988 : 14), ouvrant ainsi une fenêtre sur la face subjective des problèmes, les dimensions intimes de la souffrance et ce qui l'organise.

Une telle posture interprétative se manifeste notamment en accordant une place à la mise en récit de l'expérience de la souffrance et de la maladie (« *illness* »)<sup>7</sup>. Selon cette dernière, le sens est abstrait d'une histoire ou d'un récit de la maladie et décrit en terme de « modèles explicatifs » (Kleinman, 1980) ou encore de « réseaux sémantiques » (Good, 1977), cherchant à rendre compte des discours et des expressions qui s'échangent et circulent autour d'un épisode pathologique, indiquant les portées articulatoires de ses racines sociales et culturelles à son itinéraire intime et expérientiel<sup>8</sup>.

---

pluriel de la maladie. Parallèlement, Arthur Kleinman (1973) soulève quant à lui l'idée que les représentations de la maladie, les modèles explicatifs et les systèmes de soins ne peuvent être réduits à des structures de connaissances simples et englobantes, mais doivent plutôt être considérées dans leur complexité et leur diversité.

<sup>6</sup> Les personnes souffrantes expriment généralement leurs problèmes en recourant à des stratégies narratives (Fox, 2003) et des idiomes narratifs appréhendés comme des forces actives se concrétisant entre le sens accordé à la maladie et l'expérience associée à son vécu (Kleinman, 1988: 14). Cette notion développée, par exemple, chez Nichter (1981) lors de ses recherches en Inde du Sud, vise à décrire la façon dont les femmes brahmanes possédant un réseau social restreint, expriment leurs souffrances de manière socialement acceptable et culturellement significative. Ces manipulations extériorisées se manifestent par la possession, le jeûne et divers symptômes associés. Notons que ces modes d'expression, souvent polyphoniques et pluriels, varient selon l'âge, la génération, le statut social, le lieu d'origine, etc. (Corin et Bibeau, 1995a).

<sup>7</sup> Eisenberg (1977) établit une distinction significative concernant les termes *illness*, *disease* et *sickness*. L'expression *illness* fait référence aux perceptions, classifications, significations, explications et réactions des personnes face à un problème de santé socialement posé (Kleinman, 1988: 4-5). De son côté, le terme *disease* renvoie plutôt à l'objet de la pratique médicale et ses ancrages ontologiques (Young, 1976), alors que celui de *sickness* est lié à sa nature intersubjective et socialisée de la maladie, ne pouvant être comprise en dehors des différentes forces macrocontextuelles, macrosociales et des relations de pouvoir qui la découpent (Kleinman et Kleinman, 1991; Scheper-Hugues et Lock, 1987; Young, 1982).

<sup>8</sup> C'est dans ce contexte que des anthropologues médicaux comme Mary-Jo DelVecchio Good et Byron Good (1988), par exemple, auront recours, dans leur étude sur la narration des crises d'épilepsie en Turquie, aux théories de la *narrativité*, et plus particulièrement aux stratégies de mise en intrigue orchestrées par les patients et leur entourage. Leurs analyses auront permis, entre autres, de mettre en évidence comment le caractère fragmenté, composite et parfois contradictoire des récits éclaire un cadre plus large d'une stratégie de subjonctivation qui permet au narrateur de préserver l'indétermination et l'avenir et la possibilité de multiples niveaux de lecture de la réalité. Les récits de la maladie contiennent des éléments de subjonctivation non seulement parce qu'ils seraient structurés narrativement et pratiqués afin de provoquer une réponse empathique et imaginaire chez les destinataires, mais aussi, et surtout du fait que ceux qui les racontent (personnes malades, membres de la famille, professionnels de la santé, etc.) tiennent fortement à dessiner ce « monde au subjonctif » où la guérison est une possibilité ouverte. Ancrée dans l'historicité et la temporalité individuelle et collective, la maladie inscrit ainsi facture dynamique d'interprétation ouverte et en construction intersubjective (Kirmayer, 1993), devenant le lieu

La narration se veut alors l'objet d'analyse privilégié d'un courant interprétatif ancré au sein d'une méthodologie *qualitative* cherchant à rendre compte de la souffrance comme langage socioculturel informé et construit<sup>9</sup>, modulée et reliée au travers des principes philosophico-idéologiques qui ne manquent pas eux aussi de s'inscrire dans le soi-corps en s'exprimant à travers celui-ci lors d'un épisode et d'un processus morbide (Vidal, 2008 : 13). Cette approche tend ainsi à réduire la perte de sens propre à la transposition des idiomes de détresses dans un contexte où les modèles professionnels, institutionnalisés et rationalisés, tiennent eux aussi, faut-il le préciser, un rôle central et un statut supérieur (Hohl et Cohen-Émerique, 1999; Gordon, 1988; Baszanger, 1983). Du reste, ces systèmes collectifs de sens, de valeurs, de normes et d'éthos, partiellement déterminés par des hégémonies et des phénomènes de classes (Bibeau, 1999), derrière lesquelles se dissimulent l'idéologie et les représentations politiques marquant la corporéité (Fassin, 1996; Lock et Scheper-Hugues, 1987), entraînent de multiples perceptions de pensées et d'actions eux aussi variables en fonction des systèmes de soins et de guérisons qui produisent, maintiennent et transforment ses réseaux complexes de significations que la personne tend à intérioriser et à mobiliser dans un discours sur soi, sa quotidienneté, sa possible détresse (Sterlin et Dutheil, 2000; Zemleni, 1982). Elles serviront aussi à mieux établir les liens dans cadre narratif (Good, 1994: 162) quand il est clair que la personne souffrante, lorsqu'elle est, par exemple, marginalisée par manque de maîtrise de certains codes en vigueur ou qui ne possède tout simplement pas les ressources nécessaires (sociales, économiques, symboliques, etc.) pour faire état de ses compétences au sein de l'espace thérapeutique (Fortin, 2010; 2008) ne peut faire autrement que de se situer au sein même de ces écarts de pouvoir tacites qui séparent le soignant du soigné (Saillant, 2006; Rousseau, 1998), ceux-ci ayant recours à un certain

---

même d'une circularité phénoménologique dans lequel s'enracine et s'actualisent les mouvements de perceptions du corps, les modalités expérientielles et l'intentionnalité, de même que l'objet qui détermine et constitue ces perceptions (Merleau-Ponty, 1962). L'espace de la narration qui, recourant à un langage iconique inscrit dans les métaphores, les métonymies, les paraboles, ou encore la construction rhétorique, c'est-à-dire cette manière de partager et de refondre par l'intermédiaire du corps, devient le lieu où s'inscrit simultanément l'identité propre, le monde souffrant et étranger, les aspects normatifs des stratégies sociales et les dimensions transgressives des stratégies à construire (Pandolfi, 1993; 1990).

<sup>9</sup> C'est d'ailleurs dans les récits de malades que sont cherchées ces vérités de la souffrance par Arthur Kleinman dans *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition* (1988) ou encore Byron Good dans *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective* (1994), l'un et l'autre protagonistes du programme d'anthropologie médicale américaine de la Harvard Medical School.

modèle de narration pour combler (ou niveler) cette distance<sup>10</sup>. Autrement dit, ce n'est pas seulement l'expression particulière des locuteurs (plaintes ou idiomes de détresses) qui nous fournit l'objet d'analyse, mais tout aussi bien le système de classifications et le cadre idéologique tacite qui sous-tend ces diverses expressions et à partir desquelles celles-ci sont (re)produites, comme une série de transformations variantes, de codes mis en relations affrontant des indices de valeurs contradictoires et hiérarchisés<sup>11</sup>. Les épisodes de souffrances, de maladies, de guérisons, ainsi que les façons de les raconter, se construisent au travers d'interactions complexes entre des acteurs qui occupent différents statuts sociaux, qui ont un accès différentiel au pouvoir et qui possèdent différents points de vue (Corin, Rodriguez del Barrio et Guay, 2008). Ces processus qui viendront ancrer ces récits et ces expériences de souffrance dans la structure sont donc eux aussi modulés dans un « contexte préjudiciel de conception du monde » (Derrida, 1967) dominé par des « variations poétiques polysémiques et créatrices de sens » (Barthes, 1970) plongeant les sujets de l'activité communicationnelle dans une série de temporalisations devant être relié ultimement une trame « intertextuelle » (Kristeva, 1969) plus large dessinant les conceptions de la personne, les repères identifications des rapports sociaux, de classes sociales, les dynamiques de pouvoir et les rapports de domination et de résistance qui les animent (Bibeau et Corin, 1995b). Une anthropologie médicale soucieuse de saisir l'« expérience » de la souffrance humaine dans toute sa complexité cherchera ainsi à penser une épistémologie qui transforme trop aisément en mystification le sens de la maladie et les formes locales du pouvoir normatif constitutif de savoirs sur soi et sur la

---

<sup>10</sup> Tel que l'explique de son côté Sayad (1999: 269): « Ce n'est qu'à la condition d'adopter et de maîtriser le système des exigences objectives avec lequel s'impose l'instance médicale et la condition de s'accorder sur le « sens », ou tout simplement « d'avoir le sens » (qui est un *sens de classe*) de la revendication que l'on peut établir le dialogue indispensable entre, d'une part, le système de santé et d'autre part, le système de disposition des agents. » Dans un contexte où les « partenaires » de la rencontre clinique se situent dans un même paradigme explicatif, notent Fortin et Laprise (2007: 198), ces modèles professionnels sont optimaux. Or, dans les situations où le paradigme diffère en raison notamment de la langue, mais aussi des normes, valeurs ou modèles sociaux, ils peuvent devenir, notent-elles, source d'incompréhension réciproque, et éventuellement, de mise en échec du projet thérapeutique

<sup>11</sup> Ce passage du contenu à la structure, où le sens se manifeste au niveau du code, est caractéristique de l'approche critique, redéfinissant, du moins en partie, certains mécanismes de l'idéologie bien plus complexe qu'il n'y paraît à la surface. « L'idéologie, affirme E. Veron (1971, cité dans Hall, 2008: 148) est un système de codification de la réalité et non un ensemble déterminé de messages codés, (...) en ce sens, elle devient autonome par rapport à la conscience ou à l'intention de ses agents ». Dans cette perspective, « l'idéologie » apparaît comme l'un des nombreux niveaux d'organisation et de production des messages si l'on l'envisage d'un point de vue sémantique. Bien que l'idéologie et le langage soient intimement liés, il convient de considérer plutôt tel que l'affirme Hall (2008: 158), « l'articulation » de l'idéologie dans le langage et le discours, pouvant devenir l'arène où se déroulent contradictions et luttes de sens. C'est de cette inter-élaboration dont il est question ici.

maladie qui sont souvent à comprendre, comme le mentionne K.L. Pike (1982), de manières *simultanées* et *concomitantes*.

### 1.3 Anthropologie critique de la santé :

L'espace politique du corps, de la souffrance et de la maladie

L'examen des conditions qui viendront façonner, légitimer ou invalider les perceptions et l'expression de possible discours sur le mal-être ne peut, me semble-t-il, dans cette optique de démythification des forces en présence, simplement se greffer aux thèses complexes et inachevées que je viens brièvement d'esquisser<sup>12</sup>. On y trouve toutefois une impulsion essentielle à l'argumentation proposée dans ce mémoire, à savoir que la question et la théorisation de ces identités tend également à appréhender simultanément les bases phénoménologiques et critiques de la maladie et de la souffrance, c'est-à-dire cette expérience *intersubjective* du malaise (Scheper-Hugues et Lock, 1987; Scheper-Hugues, 1990; Lock et Bibeau, 1993; Young, 1997; Das, 1997; Fassin, 2000a; Lock, 1993; 2002) qui est, comme toute expérience émotionnelle, partiellement, sinon complètement médiatisée par un réseau complexe de relations qui l'articule, autant dans ses formes que dans ses significations (Kleinman, Eisenberg et Good, 1978; Good et Kleinman, 1985). Pour traduire les propos de Lock et Bibeau (1993 : 148-149), une telle approche tend ainsi à déplacer l'accent vers « [...] la façon dont le savoir relié au corps, à la santé et à la maladie est culturellement construit, négocié, soumis à la reformulation à travers le temps et l'espace, et est de là inévitablement associée avec des rapports de pouvoir. »

Ce n'est donc pas par hasard que l'interrogation surgit d'elle-même sous la forme d'une discordance entre les dispositions des agents - en raison notamment d'un « habitus de classe » (Bourdieu, 1992) -, s'intéressant tout aussi bien aux prises de décision et aux inégalités d'accès à la rationalité médicale (Fainzang, 2002; Benoist, 1996), mais

---

<sup>12</sup> Comme le précise d'ailleurs Littlewood (2002: 75-76): « How culture-specific illness might stand for or reflect shared local experience remains controversial for the theorist [...]. Social anthropology has turned from its earlier emphasis on the "total social fact" as a given, to a recognition that institutions are constructed through instrumental actions, and that rather than take these actions as logically coherent reflections of the mores, mentalities or political structures of society at large, we might examine in finer detail how power is pursued by competing individuals and groups at particular historical moments. [...] That society's patterns of illness are changing is frequently attributed to widespread political and economic changes, both by social scientist and the people themselves. »

également aux façons dont les normes, les valeurs, les intérêts des médecins et des chercheurs façonnent de la maladie, les processus d'attributions de ses causes qui tiennent non seulement eux aussi une place centrale dans sa construction polysémique<sup>13</sup>, qu'ils influencent largement sa pathogenèse, son évolution, le tableau clinique et la variabilité des réponses aux traitements (Young et Robbins, 1994).

De leur côté, Arthur Kleinman et ses collègues (1997) se sont d'ailleurs attardés à analyser comment ces formes professionnelles de la souffrance qui transforment des conditions sociales, familiales, économiques, politiques en langages pathologiques en viennent à obscurcir les tensions et les configurations du pouvoir marquant les différents niveaux de l'expérience de classe et de groupes particuliers d'individus. En Amérique du Nord, précisent-ils (1997 : 14), la rhétorique culturelle entourant la souffrance et sa thérapeutique passe peu à peu d'un langage chargé affectivement - prendre soin, se soucier, se préoccuper, etc. -, à un langage reformulé en matière d'attributs mesurables, quantifiables, rationalisés par les savoirs experts et administratifs, nous ramenant ainsi sur le terrain de la « maladie » comme catégorie (de maladies, administratives, ethniques), de la maladie comme expérience de souffrance, du travail des professionnels qui potentiellement réduisent une expérience de souffrance en maladie, la réifient et font violence aux soi-corps en les incarnant dans un rôle de malade plus largement privé de son histoire.

En ce sens, la « souffrance sociale » n'apparaît pas comme un nouveau vocable pour parler de la maladie, mais permet à l'anthropologie médicale de poursuivre son entreprise de mise en perspective de la complexité des langages médicaux, ne se contentant pas de « mettre du social dans la maladie », mais de poser la souffrance comme sociale, c'est-à-dire d'être attentif, pour paraphraser les propos d'Ellen Corin

---

<sup>13</sup> Par exemple, on peut noter l'un des principaux lieux d'expression d'un tel déconstructivisme critique qui se manifeste dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie (Kirmayer, 2007; Rechtman, 2003; Young, 1997; Kleinman, 1995; Gaines, 1992). Si un concept comme celui du *syndrome post-traumatique* vient mettre en évidence l'influence aussi bien des postulats épistémologiques de la biomédecine que des usages sociopolitiques de ces catégorisations qui sont le produit de constructions intéressées et biaisées (Singer, 2004; Young, 1995; Rhodes, 1990), les conditions historiques et morales ayant menées à la création de psychopathologies particulières telles que le (*PTSD*) et, pour Allan Young (1995; 2000), les désordres associés, présentent un facteur étiologique commun: celui de la construction sociale de la mémoire et de sa (ré)invention comme mécanisme de sélection des épisodes significatifs du passé de la personne, articulant conjointement l'oubli et le souvenir guidant la reconstruction de ses expériences. Ces études chercheront ainsi à cerner comment par exemple les transformations médicales, l'économie politique et les structures sociales sont intériorisées par le corps et la relation psychologique du sujet lui-même.

(1998 : 37-38) envers tout système méta-interprétatif « qui risque d'imposer du dehors à la réalité sociale et culturelle une structure signifiante au lieu justement de permettre à cette dernière de surgir d'un examen attentif des rapports des éléments culturels [et j'ajouterais idéologiques] entre eux, au sein de contextes de pouvoir particulier. »

Or, dans la mesure où il y a absence de langage sur la souffrance, c'est-à-dire un langage dans lequel cette souffrance est reconnue et dont il peut témoigner, tant pour soi que pour autrui, les chercheurs en sciences sociales ne sont, pas plus que les praticiens en santé mentale, exempts du risque d'ignorer les limites des modèles d'interprétations et d'actions qu'ils construisent (Hacking, 1999), voire à participer au silence devant les tensions qui se jouent inévitablement entre leur propre langage et la « vérité » de son expérience vécue, prolongeant ainsi la « violence de l'interprétation »<sup>14</sup>. Par conséquent, l'étude de la souffrance sociale suppose également l'étude des silences dans laquelle une société peut l'accueillir, l'entretenir ou encore la masquer (Cavell, 1997). Une telle perspective, note Ellen Corin (1993 : 13), permet alors de donner forme et parole à ce qui se trouve exclu du système idéologique et sémantique qui fonde - dans le cas qui nous intéresse, la compréhension psychiatrique des troubles vécus par les adolescents en situation migratoire -, de préserver son irréductibilité et d'en faire le point d'articulation d'une réouverture à l'hégémonie<sup>15</sup>. C'est donc nous renvoyer, précise-t-elle (1990 : 15), « aux non-dits des structures sociales ou culturelles ou à ce qui en déborde », c'est-à-dire

---

<sup>14</sup> Pour Gilles Bibeau et Ellen Corin (1995b: 48), l'analyse interprétative du sens associée à la maladie, dans le cadre d'une certaine sensibilité à l'herméneutique et la critique constructiviste, doit demeurer en tension entre une certaine « violence » de l'interprétation et un souci de lecture ascétique: « [...] we have repeated many times in this text that all cultures are built in such ways that they occult the central mechanisms which hold things together. People collectively lie to themselves in order to trick each other and to build "false" worlds that enable them to evert the shortcoming of their mental processes. [...] Cultures are always deceptive and mendacious "texts" ».

<sup>15</sup> Reprise par l'anthropologie médicale critique des dernières décennies (voir notamment Taussig, 1992; Young, 1982; Frankenberg, 1988; Scheper-Hugues, 1990), la notion « d'hégémonie » par exemple chez Gramsci permet de mettre en évidence la complexité, l'articulation et la relative interdépendance, par rapport à la base économique, des institutions, des organisations, des formes de la conscience, de l'idéologie, à travers lesquelles s'exercent le pouvoir normatif d'une classe, dont la force réside moins dans la coercition que dans le fait qu'elle s'exerce plutôt dans la quotidienneté (Gramsci, 1975). C'est cet aspect intrusif l'État que Gramsci cherche à éclairer, opérant à travers, explique Greer (cité dans Good, 1994: 57) « the permeation throughout civil society (...) of an entire system of values, attitudes, beliefs, morality, etc., that is in one way or another supportive of the establishment order and the class interests that dominate it (...) to the extent that this prevailing consciousness is internalized by the broad masses, it becomes part of "common sense" ». Autrement dit, dans les plis et replis de la quotidienneté se fabriquent l'adhésion et le consentement qui assure l'hégémonie, le pouvoir de l'État n'étant pas la source de l'hégémonie, mais bien son résultat. En ce sens, l'hégémonie chez Gramsci accentue davantage, à l'instar de Foucault par exemple, la distinction et la hiérarchisation politique du caractère implicite des normes et valeurs véhiculant des effets de classes spécifiques. Son avantage est la critique de l'essentialisme implicite, construite à travers une série complexe ou processus de luttes d'accès au pouvoir.

à l'arrière-plan du monde vécu, dont la présence n'est d'ailleurs toujours qu'intuitive (Tyler, 1978).

Interroger les intervenants dans le cadre de leurs pratiques d'interventions et de soins en santé mentale me permet ainsi, sous cet angle, de comprendre la façon dont les forces beaucoup plus larges se joignent aux microcontextes de pouvoir locaux pour façonner les problèmes humains et leurs thérapeutiques de telle sorte qu'ils relèvent notamment de conditions systémiques et idéologiques tacites, mais également de choix individuels, de luttes de sens et de résistances qu'elles instaurent. La portée critique de cette remise en question ouvre beaucoup plus largement sur les lieux et les expériences de la souffrance en les reportant sur les horizons à partir desquels une « déconstruction des stratégies à travers lesquels l'ordre politique, économique et culturel dominant d'une société en arrive à modeler le style de vie de ses membres et l'expérience subjective des personnes souffrantes » (Bibeau, 1999 : 221) devient possible. Dans ces conditions, le corps-malade devient un véritable « révélateur analogique » (Vidal, 2008: 7) instaurant des équivalences entre les niveaux sociaux, culturels et cosmologiques qui viennent s'incarner et se jouer dans le corps et sur l'expression et les représentations de sa souffrance et de son éventuelle thérapeutique. On qualifiera ainsi « d'incorporation » (« *embodiment* ») la façon dont les structures et les normes de la société, les épreuves et les émotions viennent s'inscrire et négocier son empreinte dans les corps (Csordas, 1994; 1990; Abu-Lughod et Lutz, 1990).

À cet égard, l'ouverture permise par des auteurs tels que Thomas Csordas avec les notions d'« *embodiment* » (1994) et, comme nous le verrons dans les paragraphes subséquents, Pierre Bourdieu avec l'« habitus<sup>16</sup> » (1994) et Michel Foucault avec le « biopouvoir » et la « normalisation » (1976), ne peuvent que permettre l'ébranlement des représentations et des langages du corps en insistant sur les significations complexes et

---

<sup>16</sup> Au sujet de l'habitus par exemple, note de son côté Gilles Bibeau (2005: 151), dans la mesure où cette notion centrale chez Bourdieu transforme elle aussi le corps en un véritable opérateur analogique qui établit constamment des transferts, des déplacements et des équivalences entre le capital économique, culturel et social d'une personne - qui correspondent au produit de leur incorporation s'exprimant sous la forme de dispositions à agir (schèmes de perception, de pensée et d'action) -, dans chacun de ces différents champs relationnels (scolaires, artistiques, sportifs, économiques, politiques, etc.), ce sont des acteurs sociaux occupant des positions sociales différentes et s'exprimant dans leurs habitus propres qui entrent en contact, au moyen d'alliances et de conflits.

transgressives, défiant la relation espace-temps, corps-émotions, biologie-société. J'emprunterai donc beaucoup, dans le but ultime de nourrir et d'approfondir ce canevas théorique, à la pensée de ces auteurs qui ont démontré avec grande éloquence l'hétérogénéité et les relations équivoques des dispositifs et des idéologies, constituant peut-être plus spécifiquement dans le cas de M. Foucault, en objet historique et contextuel traitable, ce lieu où les procédures, ces techniques opératoires et panoptiques qu'il associe à la « gouvernementalité » (1975) lient de manière plus explicite la théorisation à la situation clinique/politique. Je souhaite ainsi faire le point, dans la section théorique qui suit, sur certains aspects du travail de M. Foucault, principalement parce qu'il théorise, avec sa notion de « biopouvoir », sorte d'espace-flux où se chevauchent les pratiques normatives et l'individualité, se refuge de l'État intrusif dans les corps, devenant eux aussi la cible des pratiques idéologiques étatiques.

#### 1.4 Épistémologies médicales, relations au corps et subversions sociales :

Regard sur les notions de normalisation et de biopouvoir chez Michel Foucault

Force est de constater que les travaux de Michel Foucault ont eu un impact important au sein des sciences sociales au cours des dernières décennies, contribuant, peut-être plus que tout autre sans doute, à « réintroduire le sujet parlant, la quête de sens et le désir de la pratique dans les sciences humaines » (Bibeau, 1999 : 227). Directement sur le chemin de la généalogie du pouvoir, l'histoire de la science, entre les mains de Foucault, s'élargit à l'histoire de la rationalité dans la mesure où c'est à travers le reflet critique de la constitution de la raison instrumentale qu'il dévoile les pratiques instrumentales s'articulant dans les discours de la scientificité contemporaine. Sa démarche généalogique tend ainsi à « expliquer la provenance des formations discursives à partir des pratiques du pouvoir qui s'entrecroisent au hasard de la lutte pour la domination (Habermas, 1988: 302) ». Chez Foucault, le terme « généalogie » ne signifie non pas aller à la recherche d'une origine, mais bien aller à la découverte des commencements contingents des formations discursives, analyser la multiplicité des histoires effectives de la provenance et enfin dissoudre l'apparence de l'identité, à

commencer par celle présumée entre le sujet qui écrit l'histoire de ses contemporains. C'est pourquoi Foucault souhaitera, tel qu'il en fait mention dans son « Archéologie du savoir » (1969), en finir une historiographie globale concevant l'histoire comme une macroscience, congédiant du coup, au plan de la méthode, l'herméneutique de ses prédécesseurs (dont Adorno et Heidegger) visant l'appropriation de sens, en s'attardant plutôt aux conditions externes de la possibilité d'existence des discours. Et c'est justement grâce à ce perspectivisme, c'est-à-dire en soutenant cette thèse selon laquelle la vérité de prétentions cognitives se mesurerait seulement et exclusivement au degré de leur application sociale, nous précise Axel Honneth (2006), que Foucault aura initié tout un mouvement philosophique<sup>17</sup>. Il en résulte d'ailleurs un trait marquant de sa pensée, c'est-à-dire le renoncement à toute tradition philosophique qui conçoit le savoir comme ne se dévoilant que là où les relations de pouvoir sont absentes, muettes, ou du moins suspendues, soulignant qu'il n'y a finalement jamais de savoir sans qu'il n'y ait une construction simultanée d'un champ de pouvoir. Savoir et pouvoir entretiennent, dans une optique foucauldienne, des rapports de concordance plutôt que de causalité, de telle sorte que l'enjeu principal revient à déterminer la spécificité contextuelle et historique de ces rapports et les effets de domination et de résistance qu'elle peut entraîner. Autrement dit, les discours sont en lien direct avec les conditions techniques, économiques, sociales et politiques, et le réseau fonctionnel des pratiques ne servant, finalement, qu'à sa reproduction. D'emblée se pose donc, avec Foucault, le problème du rapport de ces procédures avec le discours, leur mobilité, leur « caractère disséminé » nous dira-t-il (1976: 127) pouvant, on le verra, être le repère formel de tactiques « sans discours », d'une pensée sans objet.

Une grande partie de l'édifice théorique de Foucault s'effectue à travers le discours des sciences, en particulier celui des sciences humaines, étudiant la forme d'un savoir qui prétendra expurger l'intelligible de tout ce qui est empirique, accidentel, particulier,

---

<sup>17</sup> De Richard Rorty - *Objectivité, relativisme et vérité* (1994) à Judith Butler - *Trouble dans le genre* (1990), s'étend toute une série d'auteurs qui, à leur tour, défendent l'idée que dans toute norme transcendant son contexte, il ne faut y voir principalement une construction exprimant un rapport de pouvoir.

profitant de cette prétendue séparation entre validité et genèse pour s'imposer comme un médium de pouvoir. Ce moment disjonctif représente, chez Foucault, un moment où ces régimes de « vérités », mentionne-t-il dans son entretien intitulé « Vérité et pouvoir » (1977), se subordonnent aux régimes de pouvoir et à l'idéologie. « Chaque société, dit-il, a son régime de vérité, sa « politique générale » de la vérité; c'est-à-dire les types de discours qu'elle accueille et fait fonctionner comme vrais; les mécanismes et les instances qui permettent de distinguer les énoncés vrais ou faux, les manières dont on sanctionne les uns et les autres; les techniques et les procédures qui sont valorisés pour l'obtention de la vérité; le statut de ceux qui ont la charge de dire ce qui fonctionne comme vrai » (ibid. 25). Or, pour Foucault, l'étude historique des technologies de pouvoir qui instrumentalisent les systèmes de savoir jusque dans leurs critères de validité est à même d'évoluer sur le terrain d'une théorie naturaliste de la société. La « volonté de savoir » réapparaît ainsi en sous-titre de son « Histoire de la sexualité » (1976) dans laquelle il atteste qu'il y a eu, au cours du XIXe siècle, une généralisation du dispositif de sexualité à partir d'un foyer hégémonique, historiquement bourgeois et induisant des effets de classes spécifiques. Foucault entreprend, cet ouvrage, la problématisation du sujet en s'intéressant aux modes de subjectivations, et plus précisément à la façon dont les sociétés modernes mettent l'accent sur la constitution du sujet à travers les technologies du déchiffrement du Soi (Dreyfus et Rabinow, 1984: 298), posant la sexualité comme dispositif discursif historique de contrôle social. Ce qui se trouve ici investi, c'est précisément la structure contradictoire sous-tendant un processus de normalisation de la classe comme phénomène social qui, de pair avec des techniques de dévoilement et de stratégie définissant certains critères de moralités spécifiques, débouche, d'un côté, sur l'intériorisation et l'individualisation, tandis qu'il produit, de l'autre, de nouvelles zones d'extériorisation et de normalisation<sup>18</sup>. Du reste, précisent Dreyfus et Rabinow (1984 :

---

<sup>18</sup> Par ailleurs, Herbert Marcuse avait, de son côté, interprété ces phénomènes contemporains dans *Éros et Civilisation* (1963) traduisant le phénomène de la libération sexuelle en juxtaposant la pensée marxiste et le psychanalisme freudien, soulignant non seulement leur contrôle et leur mise en scène sociale à travers l'antagonisme des classes, mais aussi leur commercialisation et administration sous forme de sublimation répressive. Toutefois, l'intention de Foucault n'est pas de prolonger ce contrediscours que la modernité porte en elle en honorant, comme le soulignait Marx par exemple, le contenu normatif des idéaux bourgeois, mais bien échapper à la modernité et à ses jeux de langages en expliquant à partir des propriétés ou des mécanismes la formation du pouvoir lui-même. Autrement dit, pour Foucault, en créant cette entité imaginaire qu'est le « sexe » comme élément spéculatif, la sexualité devient synonyme d'une formation de discours et de pouvoir qui, d'une part, met en valeur une quête de sincérité vis-à-vis des émotions

243): « [...] grâce au dispositif de la sexualité, ce biopouvoir a pu emprisonner dans ses filets les moindres mouvements du corps et les émotions les plus ténues de l'âme. Il a opéré au moyen d'une technologie particulière: la confession de l'individu par l'intermédiaire de l'introspection ou du discours. »

Foucault prolonge ainsi sa pensée entamée dans « l'Histoire de la folie à l'âge classique » (1961) révélant avec grand intérêt l'idée que toute société opère un certain contrôle ou une organisation sur l'ensemble de ses discours et de ses pratiques discursives, les premiers étant constamment soumis à des systèmes d'exclusions - ex. : le partage entre raison et folie puis le rejet de cette dernière - et à des procédures de contrôle interne, c'est-à-dire la volonté de se maîtriser soi-même, spécifique à la subjectivité moderne. Pour Foucault, la raison ne se contente plus d'imposer sa loi à la folie; elle la dissémine dans le corps et l'impose désormais, non seulement aux besoins naturels de l'organisme individuel, mais aussi au corps social dans son ensemble. Le discours scientifique sur la folie et, d'une manière générale, les discours dans lesquels le savoir se forme et se transmet constitue, avec d'autres pratiques discursives, des lieux de pouvoir, qui, chaque fois, se concentrent et parviennent à exercer leurs dominations.

C'est sur l'horizon d'une société disciplinaire que les dispositifs de la normalité se sont imposés nous dira-t-il, amenant la possibilité pour l'individu d'être à la fois *sujet* et *objet* de sa propre connaissance, la formation de la médecine clinique n'étant certes l'un des plus visibles témoignages de ces changements dans les dispositions fondamentales d'un savoir qui prend appui sur le corps. D'ailleurs, une des contributions intéressantes chez Foucault, mentionnent Dreyfus et Rabinow (1984 : 167) : « [...] c'est d'avoir réussi à isoler et à conceptualiser la manière dont le corps est devenu l'une des composantes essentielles des rapports de pouvoir de la société moderne. » Ce regard objectivant et

---

propres - désirs, pulsions et expériences vécues - et d'autre part, alimente et stimule un dépassement du corps en fonction d'un réseau de « techniques de vérité » mentionne-t-il, véhiculé par le regard inquisiteur du pédagogue, du médecin, du psychologue, du juge, etc. (1976: 206-207). En ce sens, le pouvoir disciplinaire se développe sans avoir à passer par cette « fausse conscience » issue de la critique idéologique marxiste, qui serait formée par le discours humaniste de la modernité et qui donnerait prise à la critique des instances aliénantes d'oppressions. Au contraire, les discours tenus par les sciences humaines chez Foucault « fusionnent plutôt avec les pratiques auxquelles donnent lieu leur application pour donner un complexe de pouvoir opaque sur lequel une critique de l'idéologie ne peut finalement que rebondir » (Habermas, 1988: 336).

examineur, celui qui décompose et contrôle que décrivait Foucault dans « La naissance de la Clinique » (1963), acquiert une force structurante de l'espace, du temps, du langage et du corps; un regard rationnel qui a perdu tout contact intuitif avec son environnement, rompant les ponts avec la compréhension à travers son isolement et son atomisation. En faisant ainsi de la maladie en entité spécifique isolable de l'individu, le processus nosologique se révèle aussi un processus d'aliénation qui rend étranger l'un et l'autre, le malade et la maladie (Vidal, 2010). En effet, l'épistémologie dualiste à partir de laquelle s'élabore la formation du sujet de la biomédecine occidentale, c'est-à-dire cette tendance au maintien de la division cartésienne du corps et de l'esprit, se présente comme le reflet de « [...] disciplines that provides codes and social scripts for the domestication of the individual body in conformity to the needs of the social and political order » (Scheper-Hugues et Lock, 1987 : 26). En revanche, cette distanciation de tout savoir intuitif « *etic* » au profit d'un savoir scientifique normalisant « *emic* » dévoilera ainsi, explique Foucault (1975), l'embryon d'un contrôle technique du corps, contrôle qui passe par une connaissance détaillée et fragmentée de la population. Ce seront déjà là les premiers pas d'une « biopolitique » qui se forme et se condense en un nouveau complexe de pouvoir parallèle au jeu normatif sous le couvert officiel de discours juridiques relatifs à la souveraineté de l'État<sup>19</sup>. Prolongeant l'effet normalisateur de cette discipline corporelle jusqu'au plus intime des individus et des populations, les disciplines du corps et les régulations constituent ainsi les deux pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie, à la fois objectivée par la science et poussée dans les derniers retranchements de la subjectivité (Habermas, 1988 : 322). Comme le précise Foucault (1975: 226-227):

Le moment où on est passé de mécanismes historico-rituels de formation de l'individualité à des mécanismes scientificodisciplinaires, où le normal a pris la relève de l'ancestral, et la mesure la place du statut, substituant ainsi l'individualité de l'homme mémorable celle de l'homme calculable, ce moment où les sciences de l'homme sont

---

<sup>19</sup> Dans *Surveiller et Punir* (1975), il perçoit notamment dans le déplacement sociohistorique de la pénalité, du supplice à la prison, un processus exemplaire à l'aide duquel il souhaite démontrer que la pensée moderne trouve son origine dans les technologies modernes de domination. Alors enjeux politiques, les châtiments corporels de l'âge classique sont appréhendés comme des formes de théâtralisation du pouvoir mises en scène par l'autorité souveraine disparaîtront avec la modernité au profit de la peine de réclusion et la privation de liberté. Foucault interprètera ainsi la prison panoptique comme dispositifs destinés non seulement à la soumission, mais à la transformation et la normalisation des corps par un pouvoir disciplinaire souvent diffus et disparate aujourd'hui omniprésent et intervenant dans la quotidienneté (Foucault, 1975: 33-34).

devenues possibles, c'est celui où furent mises en oeuvre une technologie du pouvoir et une autre anatomie politique du corps. (...) Il faut cesser de toujours décrire les effets du pouvoir en termes négatifs : il « exclut », il « réprime », il « censure », il « abstrait », il « masque », il « cache ». En fait, le pouvoir produit; il produit du réel; il produit des domaines d'objets et de rituels de vérité. L'individu et la connaissance qu'on peut en prendre relèvent de cette production.

Ce retournement historique que souligne Foucault dans les processus d'individuations témoignant l'hypothèse de l'avancée du biopouvoir comme modalité de domination du corps dans les démocraties occidentales révèle certainement l'engouement envers les pratiques et discours « psy » traquant le désir et le vécu émotif et, à l'avenant, la résistance que certains opposent à toute forme de pressions face au mutisme pathologique<sup>20</sup>. De la forme du pouvoir politique au régime de la vie sociale, les techniques du pouvoir disciplinaire et la construction du sujet sont décrites et conçues, dans son travail, comme étant capable de pénétrer le corps matériellement et en profondeur, intériorisée dans les consciences, sans dépendre de la médiation des représentations des individus. Or, de son côté, Georges Canguilhem (1966) aura su démontré, parallèlement à Foucault, que les normes vitales et les normes sociales conjuguent leurs actions en intervenant sur le cours des existences individuelles, n'ayant certes pas de réalité en dehors de l'action concrète à travers laquelle elles s'effectuent en « [...] s'affirmant et affrontant les limites organisatrices qui définissent l'horizon de son action » (Macherey, 2009 : 138). Autrement dit, ce qui aura préoccupé Canguilhem, c'est justement de comprendre comment l'action des normes affecte le champ des expériences possibles, c'est-à-dire interviennent à la fois comme élément et comme acteur dans un processus transformatif du soi, comme possibilité de (ré)invention à l'intérieur des normes sociales instituées. Cette « normalité », en d'autres termes, nous accompagnerait dans un mouvement nécessairement inachevé permettant d'articuler le processus créateur qui rend possible ces « micros inventions du soi » (Leblanc, 2007), celles-ci n'étant pas

---

<sup>20</sup> S'appuyant sur de tels matériaux cliniques, l'ouvrage notable d'Alain Ehrenberg intitulée *La fatigue d'être soi : Dépression et Société* (1998) interroge ainsi dans une perspective sociologique la rapide augmentation du nombre des dépressions et des symptômes névrotiques. À un moment où les expériences psychiques marquent l'exigence diffuse de l'individualisme de l'autoréalisation qui s'est progressivement imposé, instrumentalisé, fictionnalisé depuis un demi-siècle, le soi s'est ainsi inversé en un système d'exigences largement déshumanisées, sous les effets duquel, soumis à des pressions psychiques excessives, se dissimule nous dira-t-il, l'obligation incessante et permanente de tirer de sa propre vie intérieure la matière et la ressource de son authenticité et de sa reconnaissance.

seulement intériorisées, mais mises au service du sujet posé comme modèle idéologique et existentiel qui, parce qu'elles augmentent l'efficacité des sujets, permettent ainsi de justifier de profondes restructurations créatives par le mouvement dialectique d'intériorisation et de contestation (de Gaulejac et Taboada-Leonetti, 1993).

### 1.5 Normalisation, résistance et paroles agissantes :

Apories et paradoxes d'une théorie du pouvoir

Cette perspective élargie à la dimension intersubjective a ainsi engendré des vues fécondes rejoignant les approches interactionnistes et constructivistes de la socialisation<sup>21</sup>. Mais ce résumé passablement abrupt, je l'admets, laisse ouvert de nombreuses questions d'ordres purement conceptuelles, car des concepts comme ceux de « l'identité » et du « soi » ne désignent souvent dans les courants de la tradition sociologique et phénoménologique que les opérations de synthèses que le sujet doit effectuer afin de pouvoir percevoir une multitude d'expériences, de convictions, et d'actions appartenant à des plans temporels et sociaux disparates d'un même « moi » précise Honneth (2006 : 329), introduisant ainsi un postulat tout aussi flou lorsqu'on admet que les bouleversements évoqués signalent l'abolition d'une contrainte due (exclusivement et non pas seulement) à l'orientation normative du sujet vers la construction des identités sociales et culturelles. On ne serait évidemment non plus réduire, dans cette rhétorique, la définition du social à la seule portion congrue des valeurs poétiques et symboliques, ce qui estomperait potentiellement les effets politiques des inégalités sociales, les luttes qu'elles génèrent et les nouvelles solidarités individuelles ou collectives qui en dérivent (Bajoit, 1992). Il m'est apparu par ailleurs évident que les éléments appartenant à ces canevas plus ou moins composite et labile que sont les identités de classes, le statut socioéconomique, le rang social, etc. composent eux aussi, du moins en partie, cette communication tacite et inconsciente entre le soi et l'autre, c'est-à-dire la frontière d'un espace de négociation interpersonnelle qu'est celui de la rencontre clinique. Or ce que cette brève incursion dans la pensée théorique assurément riche et

---

<sup>21</sup> Citons seulement comme exemples centraux les analyses d'Anthony Giddens dans *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the late Modern Age* (1991) ou encore Jurgen Habermas dans *Théorie de l'agir communicationnel* (1987).

complexe de M. Foucault nous enseigne, c'est justement au fait que ces distinctions (de classes, d'accès au pouvoir, d'orientations et de bagages culturels) comme phénomènes sociaux - c'est-à-dire les expériences de vie conditionnées par celles-ci qui régissent et organisent en partie les idées de maladies, de soins et de guérisons (habitudes de vies, l'éducation, le degré de tension dans les liens familiaux, etc.) -, soit leur affirmation ailleurs ou leur négation ici, sont-elles aussi normalisées et donc véhiculées par les émotions (incorporées) et par la généralisation d'attentes diffuses, fictionnalisées, en matière de réalisation du soi. Les idéologies dominantes véhiculent ces sous-textes de l'intime et de la souffrance, au sens de sa ritualisation, de sa (ré)invention et de sa performativité au sein des espaces publics comme ceux de l'institution clinique et médicale. Cette correspondance, précise de son côté Rechtman (2004 : 134), procède d'une collusion entre ces deux registres distincts du symbolique, d'un côté, l'ordre symbolique qui régit partiellement le fonctionnement de l'inconscient, de l'autre, les instances symboliques de la société qui structurent les modes de représentations de l'organisation sociale et politique. Comme le souligne Michael Herzfeld (1997 : 22) : « [...] fixity of form does not necessarily entail a corresponding fixity of meanings and intentions; exaggeration, parody, irony, and other deforming practices both perpetuate the sense of enduring cultural form and cause substantive change. » Du reste, poursuit-il, lorsque l'on s'attarde aux phénomènes de résistances, on réalise que les performances des bureaucrates qu'il étudie dans « The social production of indifference » (1992) peuvent être lus comme des drames sociaux qui sont également fortement ritualisés (Turner, 1982), lesquels affectent et organisent, à différents niveaux et différents degrés, les relations et les pratiques rattachées à ceux en position d'autorité :

Bureaucrats, who hold the power to admit citizens into the national image, also serve as the godfathers and patrons who retranslate the homogenous state back into social terms, and who control the definition of what is or is not the correct form (in both the abstract and bureaucratic senses of that word!). [...] Cultural identity is the material of national rhetoric, social variation that of everyday experience. The most interesting zone, however, consists of the "middle reaches" between these formal extremes, for it is here that social actors coopt the official rhetoric for their self-interested purposes, while the official rhetoric in turn tries to assimilate and expropriate the language and symbolism of social relationship in support of the homogenous "family" image of the nation. This second, unifying aspect achieves dramatic figurative force in the representations [...].

While local differences persist, this language puts them to work in the service of a transcendent unity (Herzfeld, 1992 : 108-109).

C'est pourquoi ces dimensions ou ces malaises intrinsèques aux matrices institutionnelles qui encadrent partiellement les rapports patients-migrants/cliniciens-travailleurs sociaux représentent, eux-aussi, des indices de la manière dont s'opèrent conjonctuellement ce qui, au point de l'existence individuelle, peut aussi être soumis à des contradictions et à des luttes de sens, si on les considère d'un tel point de vue :

Because national ideologies are grounded in images of intimacy, they can be subtly but radically restructured by the changes occurring in the intimate reaches of everyday life - by shifts of meaning that may not be registered at all in external cultural form. [...] In effect, such tactics call the bluff of formal power and its self-essentializing strategies. They force the recognition that essentialism is always the one thing it claims not to be: it is a strategy, born, no less than these subversive tactics, of social and historical contingency (Herzfeld, 1997 : 31-32).

L'intérêt d'un retour à l'analyse de ces mécanismes d'ingénierie sociale au sein de la rencontre - lorsqu'il est question notamment de l'existence d'inégalités et de vulnérabilités sociales et structurelles -, m'apparaît donc particulièrement pertinent en ce qu'ils dissimulent justement la spécificité des idéologies locales ainsi que le caractère imaginé et temporalisé évacuant précisément les interprétations intersubjectives du passé et de l'espace social. L'anthropologue Lila Abu-Lughod (1990 : 47) a d'ailleurs très justement formulé la question qui s'impose, à savoir la difficulté de développer un certain cadre théorique qui accorde aux acteurs sociaux « [...] credit for resisting in a variety of creative ways the power of those who control so much of their lives, without either misattributing to them forms of consciousness or politics that are not part of their experience [...] or devaluing their practices as prepolitical, primitive, or even misguided. » On ne serait non plus nier ou encore affranchir des paradoxes et des résistances uniques de celles et ceux qui sont, à l'instar de Herzfeld, comme plusieurs des professionnels médico-sociaux engagés différemment au sein des pouvoirs et des structures institutionnelles et bureaucratiques, à générer des stratégies singulières, intimement négociées, face aux idiomes officiels sur lesquels s'appuient leur autorité médicale et/ou sociale. Si les modalités de pouvoir sont multiples, mouvantes et contradictoires, « à mi-

chemin entre perception et conception » nous dit Sherry Ortner (2006), les différents niveaux et les différentes formes que peut prendre la résistance le sont tout autant (Dressler, 2001), s'exerçant dans la quotidienneté et l'intimité à travers un jeu complexe et ambivalent qui fait écho et qui met constamment au défi les mécanismes mis en place par l'idéologie.

C'est la raison pour laquelle, en reprenant un tel canevas théorique éclectique me permettant de guider partiellement l'étude et l'interprétation des rencontres cliniques que j'ai pu observé et documenté, je n'ai pas cherché à arrondir les angles, en faisant disparaître les irrégularités et les collusions dont ils portent les traces et dont ils ne peuvent être expurgés, sous peine de perdre la plus grande partie de ces tensions et ces malaises tacites qu'ils sont, au contraire, en mesure de révéler. Afin de mieux circonscrire le problème à l'étude, il convient ainsi de saisir le milieu de soin dans toute sa complexité, c'est-à-dire ses acteurs, leurs rythmes et leurs logiques d'actions, ses dynamiques relationnelles contextualisées entre professionnels et entre professionnels et usagers des soins comme témoin de la rencontre de perspectives qu'on y retrouve.

## CHAPITRE II

### MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre a pour intérêt la présentation de la méthodologie de recherche ainsi que les sources de données utilisées afin de documenter les différentes perspectives intriquées aux relations parents-adolescents-professionnels dans le cadre d'une prise en charge ethnothérapeutique. Après un bref retour sur l'objet, les objectifs et les notions clés de ce mémoire de recherche, les différents corpus (observations et entretiens auprès des soignants) sont exposés et détaillés. Les considérations éthiques de la recherche complètent ce chapitre.

#### 2.1 Approches méthodologiques et objectifs de recherche

L'objectif général du mémoire est de développer une meilleure compréhension des problématiques et des stratégies d'interventions des institutions de soins québécoises oeuvrant auprès des familles immigrantes en portant une attention particulière aux représentations et aux récits associés aux adolescents de première et de secondes générations rencontrés à la consultation ethnopsychiatrique avec leurs parents.

Dans un premier temps, l'analyse du dispositif thérapeutique et du travail mené auprès des jeunes et leurs familles permettra de mettre à jour les tensions et les malaises intriqués aux matrices institutionnelles qui encadrent les relations (patient-immigrant et thérapeute-intervenant) au sein desquelles des différences de classes sociales, d'accès au pouvoir, d'orientations et de bagages culturels conditionnent autant la manière avec laquelle la souffrance est vécue que la manière avec laquelle elle est communiquée et traduite. Les modalités d'expression, d'explication et de pratique entourant un épisode pathologique ou les raisons qui conduisent un parent ou un proche à consulter peuvent

nous renvoyer à une pluralité de situations et de recours à différentes stratégies<sup>22</sup>. Cet univers, à son tour, est traversé par les trajectoires migratoires individuelles et familiales, les modalités d'établissement, les liens de sociabilité et les ressources dont dispose la personne et/ou la famille. L'univers du soignant complète cette relation triadique (Fortin et Laprise, 2007: 196-97) et comprend, outre l'individu et son propre parcours, la reconnaissance d'une hétérogénéité partagée (tant le patient que le clinicien sont porteurs d'une identité de genre, de classe sociale, de groupe d'appartenance), celle d'une identité professionnelle porteuse de normes et de valeurs et enfin, la reconnaissance d'un rapport inégal inscrit dans la relation de soin (Rousseau, 1998).

Dans un deuxième temps, plutôt que d'appliquer un modèle théorique explicatif en amont à la recherche de terrain, cette démarche inductive favorise l'émergence et saisit la polyphonie des catégories signifiantes pour les sujets à l'étude, faisant ainsi jaillir l'interprétation et les perceptions intersubjectives de nos répondants cliniciens et intervenants mis en relation avec le contexte d'intervention qui structure conjointement leur interaction: le travail émotionnel et le parcours migratoire. Cette perspective méthodologique m'a donc conduit à reconstruire ce qui se met en acte dans des situations concrètes par le biais d'un recueil de récits et d'histoires de cas recueillis et connus de nos informateurs. Ces récits permettent ici d'indiquer comment des signes, des comportements, des symptômes, etc. sont identifiés, repris et commentés en référence à des personnes réelles; comment ils ont été interprétés par les différents acteurs du projet thérapeutique à différents moments et quelles ont été les réactions et démarches qui ont accompagné leur évolution. Pour pouvoir faire ressortir ces ponctuations, ces histoires ont fait l'objet d'une analyse synthétique afin de produire des connaissances *in situ*, contextualisées, transversales, visant à prendre compte le « point de vue de l'acteur » nous dit Olivier de Sardan (2008: 41), des représentations ordinaires, des pratiques usuelles et de leur signification et leur degré inégal de mise en tension. C'est donc à partir du terrain

---

<sup>22</sup> Les récits qui circulent à propos de la maladie et de son origine se trouvent enchâssés dans un contexte plus large (Kleinman, 1988), modulés par des « idiomes de souffrances » (Nichter, 1993), des « matrices socioculturelles » (Corin et coll. 1992) et des « systèmes de signes, sens et actions » (Corin et Bibeau, 1995), les personnes souffrantes prenant place dans un « cadre relationnel et narratif » (Good, 1994) où interviennent médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux et autres professionnels et sur lequel s'élabore l'expérience de la maladie.

d'enquête lui-même qu'ont émergé les catégories d'analyses (Strauss et Corbin, 1998), permettant de combiner les différentes sources d'informations en lien avec leur contexte initial.

## 2.2 Contexte de la recherche

L'enquête de terrain que j'ai mené du mois de septembre 2012 à mai 2013 fût réalisée au coeur d'un milieu de travail, plus précisément celui de la Clinique de Psychiatrie Transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon à Montréal. Située dans le deuxième arrondissement le plus peuplé de la Ville de Montréal (Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension), la Clinique de Psychiatrie Transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon, rattachée au Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) Coeur-de-l'Ile, se spécialise, depuis sa fondation en 1993, dans l'intervention clinique auprès de personnes et de familles issues de contextes et d'expériences migratoires diversifiées. Cette clinique offre des services spécialisés de consultation individuelle, conjugale et familiale. Elle tient également un service de consultation réservé aux intervenants qui souhaitent discuter de situations cliniques spécifiques ou soumettre des demandes en psychothérapie (Lecompte, Jama et Legault, 2006). Ces situations sont présentées à une équipe de spécialiste composée d'intervenants provenant d'horizons culturels variés et de différents champs professionnels<sup>23</sup>. À l'issue de la consultation, des recommandations seront faites et, le cas échéant, les modalités pour la psychothérapie seront convenues. Des programmes de formations et des conférences font également partie de la gamme de services offerts par la clinique.

## 2.3 Sources et choix de la technique de collecte des données

L'élaboration graduelle du sujet de cette recherche et le choix de l'angle théorique et épistémologique mobilisé pour en rendre compte a été inspiré et est issu de diverses sources: observations participantes, expériences personnelles, lectures, conversations, contenu académique, participation à diverses conférences et activités de formation. Bien

---

<sup>23</sup> Dont des psychiatres, médecins, psychologues, travailleurs sociaux, criminologues, anthropologues, infirmiers, ergothérapeutes.

qu'il ne fasse sous-estimer en arrière-plan le rôle escompté de l'observation participante dans le cadre de ce mémoire (Rock, 2001; Lapassade, 1991), puisque celle-ci a alimenté la réflexion sur le thème de l'adolescence et a donné l'orientation générale à ma recherche du questionnement initial à l'analyse des résultats, cette enquête, de nature qualitative et interprétative, porte principalement sur le matériel de travail se composant de contenus d'entrevues individuelles.

Notons qu'au départ, ce projet de recherche fut élaboré dans l'optique de réaliser des études de cas concrets de prise en charge thérapeutique par la Clinique dans lesquels des problématiques vécues par des adolescents étaient en cause. Pour ce faire, la collecte des données suggérait en complémentarité une analyse des dossiers de patients et familles rencontrés antérieurement par les équipes d'intervention de la Clinique. Or, si le comité d'éthique ne s'opposait pas à cette demande, il refusait par contre que des faits concernant des mineurs ne soient relatés sans le consentement parental, limitation qui rendait cette avenue de recherche et de recrutement potentiellement difficile puisqu'il fallait notamment retracer ces patients pour obtenir leur consentement, risquant ainsi de prolonger la collecte des données sur plusieurs mois. Cet élément méthodologique a donc été écarté de la démarche initiale, me conduisant à interroger directement des intervenants et des thérapeutes, qu'ils travaillent ou non en ethnopsychiatrie.

#### 2.4 L'observation participative

L'observation participative de type « périphérique » fut menée préalablement aux entrevues de façon à assurer et instaurer, auprès des participants rencontrés, un climat de confiance et de neutralité. Dans l'observation participante périphérique, les chercheurs qui choisissent ce rôle - ou cette identité - explique Lapassade (1991: 32): « [...] considèrent qu'un certain degré d'implication est nécessaire, indispensable pour qui veut saisir de l'intérieur les activités des gens [...] ils participent suffisamment à ce qui se passe pour être considérés comme des « membres » sans pour autant être admis au centre des activités ». Dans un but de familiarisation avec le milieu, des rencontres formelles et informelles avec le personnel soignant auront également permis de recueillir les

réflexions et les réactions quant à ma présence au sein de la Clinique<sup>24</sup>. Ainsi, en raison d'un contact positif et de l'intérêt de l'institution et de son personnel (soignant et administratif), l'intégration au sein de l'équipe a été rapide et aisée, facilitant de la sorte le déroulement des observations et les étapes subséquentes de la collecte des données.

Cette posture participative que j'ai choisi d'adopter trouve son origine dans un choix d'ordre méthodologique me permettant de participer activement aux consultations comme un membre (stagiaire), tout en maintenant une certaine distance. Par là, j'entends ainsi mon intégration, à compter de septembre 2012, aux séances de consultation clinique du mardi matin<sup>25</sup> de façon hebdomadaire. Entrecoupées de retraits ponctuels du terrain afin de conserver, d'une part, une certaine distance par rapport à l'objet d'étude et, d'autre part, de mettre à jour les notes d'observation et les analyses préliminaires, les données d'observation d'une trentaine d'épisodes et de discussions cliniques composent ainsi ce corpus. Les périodes d'observation ont permis d'identifier les consultations pouvant alors être pertinentes compte tenu de l'objet de la recherche, tout en ayant influencées et facilitées, plus tard, le recrutement des participants. Ce type de collecte de données s'est échelonné de septembre 2012 à mai 2013.

Centré sur l'observation des interactions face à face au cours des consultations, ce propos s'appuie donc sur un nombre restreint de situations familiales et professionnelles hétérogènes. L'observation participative aura permis de recueillir des informations sur les pratiques, les discours, les actions, les réactions, les émotions et les différentes stratégies utilisées par les acteurs en présence. Dans le but de répondre aux objectifs fixés par notre recherche, je me suis concentré évidemment sur des situations cliniques impliquant spécifiquement des adolescent(es), bien que celles-ci ne constituent en rien l'ensemble des cas discutés à l'intérieur des séances de consultation auxquelles j'ai participé.

---

<sup>24</sup> Parmi celles-ci, j'ai donné une conférence en mars 2013 dans le cadre du cycle de formation continue de la Clinique de psychiatrie transculturelle de l'hôpital Jean-Talon (titre: « Adolescence, immigration et santé mentale: réflexions autour de la souffrance sociale ») m'ayant permis d'entamer la discussion avec le personnel soignant sur leur expérience et leur vécu face aux problématiques rencontrées dans le cadre de leurs pratiques concernant les enfants de migrants. J'ai d'ailleurs constaté, lors de cette rencontre, un accueil favorable et intéressé à l'exploration d'une telle thématique de recherche.

<sup>25</sup> D'une durée approximative de deux à quatre heures, variable selon les besoins. Notons qu'il est arrivé, à quelques reprises, que ces séances soient annulées pour diverses raisons et contretemps de la part des intervenants s'y référant.

Une seconde phase de collecte d'observations a eu lieu lors de séances d'ethnothérapie avec les familles<sup>26</sup> (incluant les intervenants, les thérapeutes et les familles ensemble). Cette étape aura permis de faire émerger des éléments plus subtils et possiblement nouveaux quant aux dynamiques interactives qui ont lieu à l'intérieur du cadre d'intervention groupal propre à l'ethnothérapie<sup>27</sup>.

## 2.5 Les entrevues semi-dirigées

Le choix de l'entretien semi-directif constitue le coeur de la démarche méthodologique. Au total, dix entretiens, réalisés auprès d'informateurs-clés, ont été réalisés entre les mois d'avril à juin 2013 à Montréal et sa région métropolitaine, dans les bureaux des répondants ou dans une salle de réunion. Le temps de chacune des rencontres a varié entre 40 et 120 minutes. Celles-ci ont été enregistrées sur support audio afin d'en faciliter la transcription intégrale. Ces entrevues ont traité principalement des thèmes suivants - voir annexes (a) et (b) - se rapportant aux objectifs précédemment explicités:

- **La philosophie et les modalités d'interventions de l'organisme ou institution:** Ce thème m'a permis de comprendre l'approche utilisée par l'institution en question, d'identifier les acteurs impliqués, le mode d'intervention privilégié et déterminer ainsi la place des adolescents dans les interventions envisagées. Il aura permis également d'insister sur les motivations de l'institution de requérir à l'assistance d'un service de psychiatrie transculturelle dans une situation impliquant au moins un adolescent, situant cette recherche d'assistance dans un itinéraire thérapeutique particulier.

---

<sup>26</sup> Au total, j'aurai participé à 9 séances d'ethnothérapie en groupe réparties sur 9 mois d'enquête de terrain (septembre 2012 à mai 2013) à raison d'une fois par mois, toujours le mardi matin.

<sup>27</sup> Selon Nathan (1994), l'approche groupale est essentielle en raison de la « conception de la personne et du fonctionnement des systèmes étiologiques traditionnels qui exigent un dispositif groupal, car ces systèmes qui comportent une médication entre des univers ne peuvent fonctionner dans un situation de duelle (ou face-à-face) » (Lecompte, Jama et Legault, 2006: 14). Ce dispositif réunit ainsi des thérapeutes d'âges et de sexes différents, d'origines, de langues, et aux spécialités professionnelles diverses. Marie-Rose Moro (1998: 102) qualifie la thérapie collective de « dispositif souple à géométrie variable »: il s'agit notamment d'un dispositif de soin dans le cadre duquel le travail thérapeutique permet de se dérouler à des niveaux multiples, de manière parallèle et surtout complémentaire (individuel, familial, académique, en articulation avec les institutions et les différents services de soins, etc.).

- **Les éléments conflictuels et dynamiques de la rencontre:** Dans cette portion d'entrevue, le travail de composition et de négociation du social et du culturel opéré par les répondants aura permis de situer et de nuancer quelques-unes des postures discursives et pratiques en insistant sur la pluralité des regards qui traversent cet espace de soin en portant un regard holistique sur les discours et les dynamiques entre les professionnels et les familles aux origines et aux problématiques diverses.
- **Les perceptions et les discours des intervenants sur les adolescents et les familles:** Orienté cette fois-ci sur des histoires de cas - à l'intersection entre le travail émotionnel et le parcours migratoire -, ce volet me conduit à articuler ce qui se met en action dans des situations concrètes impliquant des adolescents par le biais de différentes scènes sociales (personnelles, familiales et institutionnelles) connues ou observées des répondants. Les représentations, attitudes, opinions ou croyances sont ici analysées et mises en tension à partir des exemples explicités.

## 2.6 Description de l'échantillon des participants

L'objectif fixé par ce mémoire était donc rencontrer une dizaine d'intervenants, hommes et femmes, de différents âges et différentes spécialités, de manière à pouvoir identifier leurs perceptions à partir d'expériences et de pratiques variées. Les participants ont été sélectionnés suivant deux principaux critères distinctifs: 1) les différents corps de métiers des intervenants que l'on retrouve dans les consultations (médecine générale, travail social, psychiatrie, psychologie, services municipaux, intervention jeunesse et autres); 2) leur appartenance ou pas à la Clinique de Psychiatrie Transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon. Il est toutefois à noter que la forte majorité des participants rencontrés lors des entretiens soutenaient plusieurs affiliations professionnelles et oeuvraient simultanément dans différents milieux (universitaire, hospitalier, CSSS, communautaire, clinique privée, scolaire, etc.) au moment des entrevues. Il convenait donc d'avoir des critères de sélection plus inclusifs et surtout représentatifs de ce que l'on rencontre comme type d'intervenants à la Clinique. Cette dernière modalité, combinée

aux objectifs fixés par la recherche, explique la division de notre échantillon en deux groupes d'intervenants: les informateurs de la Clinique elle-même qui prennent place dans ces consultations, de même que les informateurs qui ont fait appel, au moment de notre collecte de donnée, au service de consultation ethnopsychiatrique. Notre étude est donc de manière partielle dans ces deux volets de recrutement, qu'elle concerne la pratique ethnopsychiatrique ou l'intervention psychosociale (au sens large). Notons que, pour le second volet, notre échantillon n'est pas constitué de manière aléatoire ou systématique, mais bien occasionnelle, c'est-à-dire dicté par le seul critère d'accessibilité des participants (De Ketele, 1987).

Au total, neuf femmes et un homme ont accepté de participer à la recherche. Tous sont adultes. L'âge des répondants variait, au moment des entrevues, entre 25 et 65 ans. En ce qui concerne le premier volet, cinq psychothérapeutes affiliés à la Clinique ont été sollicités par une approche directe ou par courriel. Tout comme pour le deuxième volet, notre échantillon s'est construit partiellement de manière occasionnelle puisque j'ai sélectionné des informateurs qui m'apparaissaient accessibles, même s'ils n'étaient pas les seuls à l'être. En plus de remplir les conditions de participations, c'est-à-dire de venir de milieux de travail et de formations différentes<sup>28</sup>, la diversification des pays d'origine des personnes provenant de ce groupe de répondants est à souligner. Les années de pratique en psychiatrie transculturelle sont également très variables dans cet échantillon, allant de un an à plus de vingt ans d'expérience. Notons qu'au moment des entrevues, trois d'entre eux occupaient la fonction de thérapeute principal, certain en alternance avec celle de co-thérapeute. Deux remplissaient le rôle de co-thérapeute. Afin de bien distinguer ces répondants du second groupe d'échantillonnage (non-affilié à la Clinique), je les désignerai à cet égard les « informateurs cliniciens ».

---

<sup>28</sup> Il est à noter que ces personnes combinent en général plusieurs formations - la psychologie et ses multiples déclinaisons (orientation analytique, psychanalyse, ethnothérapie, art-thérapie, counseling familial, psychomotricité), le travail social et les sciences infirmières sont également représentés. Tous ont toutefois été initiés et/ou font partie de groupes où l'approche ethnopsychiatrique de Nathan-Moro est mise en pratique, en tant que thérapeutes principaux, co-thérapeutes et/ou médiateurs culturels. Concernant les âges de nos répondants, une seule a la vingtaine, deux se situent dans la catégorie trente-quarante ans, et deux sont dans les cinquante-soixante ans.

Concernant le deuxième volet, cinq intervenants n'appartenant pas à la Clinique ont été interrogés. On compte parmi ce nombre: 3 informatrices bachelères en travail social, une informatrice bachelère en sexologie et une infirmière bachelère en santé mentale<sup>29</sup>. Tout comme le premier volet, les informateurs ont été sélectionnés en raison des formations et des affiliations professionnelles variées des participants<sup>30</sup>, cette hétérogénéité constituant une richesse pour ce qui est de la diversité des données recueillies. Le recrutement se déroulait une fois la consultation terminée lorsqu'ils quittaient la salle, abordés en les informant de la recherche de maîtrise. Le rendez-vous était parfois fixé à ce moment, mais dans la plupart des cas, les répondants laissaient leurs coordonnées afin d'être contactés ultérieurement.

## 2.7 Considérations éthiques de la recherche

Cette étude fut menée avec le plus grand souci de confidentialité des répondants. Ceux-ci ont été approchés de sorte qu'ils ne ressentent pas la moindre pression quant à la nécessité de participer à ce mémoire. Afin de préserver leur anonymat, les noms, les âges véritables et les pays d'origine ne seront pas divulgués. Toute l'information relative à l'étude a été fournie aux répondants dans un formulaire d'information et de consentement - voir l'annexe (c). Les modalités du projet furent expliquées à chacun des participants, mentionnant la possibilité d'un retrait en tout temps. Tout a été mis en oeuvre afin que le consentement des répondants en soit éclairé et volontaire.

Lors des entrevues, chacun des collaborateurs était amené à citer en exemple des situations d'interventions impliquant des adolescents dans le cadre de leur pratique professionnelle. Ces exemples, qui feront l'objet d'analyse dans ce mémoire, ont été modifiés afin de respecter la confidentialité des familles impliquées. Les noms, les âges,

---

<sup>29</sup> Concernant les âges de nos informateurs, une seule a la vingtaine, trois ont des âges se situant dans la catégorie trente-quarante ans, et une seule est dans la cinquantaine.

<sup>30</sup> On dénombre cinq milieux d'intervention interrogés: service de psychiatrie hospitalier, SIV, CSSS, DPJ et foyer de groupe. De ces derniers, trois m'ont affirmé avoir très peu (sinon pas) de connaissances ou formations concernant la spécificité de l'intervention avec les migrants, alors que les deux autres en ont. En effet, si l'une a travaillé pendant plus de dix ans comme infirmière hospitalière en Haïti, où, entre autres, la médecine créole et le vaudou constituent un système de référence prédominant au milieu du contexte médico-religieux haïtien actuel (Vonarx, 2005), l'autre oeuvre depuis près de dix ans en tant qu'intervenante scolaire dans les écoles de la Rive-Nord de Montréal accueillant une population multiethnique.

et les lieux d'origine véritables véhiculés à travers ces exemples ont été modifiés à cet effet. Il est à noter qu'afin de respecter les règles éthiques émises par le comité ayant autorisé ce mémoire, les consultations et interventions cliniques avec les intervenants et les familles observées lors de notre enquête de terrain ne font l'objet d'aucune analyse dans ce mémoire. Enfin, seules les entrevues réalisées avec les collaborateurs rencontrés sous l'approbation d'un formulaire d'information et de consentement dûment signé ont été utilisées.

## CHAPITRE III

### PSYCHIATRIE ET ANTHROPOLOGIE EN DIALOGUE

Avant de me pencher sur la posture des praticiens rencontrés en entrevue, il m'apparaît essentiel, dans l'optique d'une meilleure appréhension et contextualisation ethnographique du terrain de recherche observé, d'effectuer un bref survol historique et épistémologique des pratiques professionnelles et discursives ici étudiées - soit les ethnopsychiatries et les psychiatries transculturelles<sup>31</sup> -, afin de pouvoir comprendre leurs dispositions et répartitions actuelles au sein du réseau de soins de santé et de services sociaux montréalais d'un point de vue généalogique, développement émaillé d'une grande diversité selon les pays dans les orientations théoriques, les questionnements et la véracité des débats entourant leur pratique (Rechtman et Raveau, 1993).

Bien que, de prime à bord, l'insertion sommaire de la nébuleuse des discours ayant encadrés, organisés et orientés les pratiques concernées dans différents contextes - notamment en raison des aspects politiques qui concourent au succès d'une certaine ethnopsychiatrie française - dont les excès ont d'ailleurs été largement analysés et documentés par Didier Fassin<sup>32</sup> (2000b; 2000c; 1999) -, semble inopportun, néanmoins, mon intention vise ici à mettre en relief leur imbrication tout comme la portée de leur contribution à l'espace ethnothérapeutique québécois. Bien entendu, il n'est pas non plus question de nier que ces orientations soient multiples et ne sauraient s'identifier à un état plus ou moins figé des savoirs et des pratiques. Reste que, *nolens volens*, le statut de la différence (culturelle) y occupe une place singulière, venant parallèlement remplacer celui de l'habituelle différence (anthropologique) dans l'aménagement des espaces de la rencontre; ce n'est, en fait, plus l'invariant qui fonde la diversité, mais semble plutôt, comme nous le verrons, à l'inverse, posé en soi en réponse à une conception particulière

---

<sup>31</sup> Pour une rétrospective plus détaillée des divergences et des convergences dans les divers champs d'appellations - ethnopsychiatrie, ethnopsychanalyse, psychiatrie transculturelle, etc. -, voir l'article de Patrick Fermi dans la revue « l'Autre » (2002): « Ethnopsychanalyse: esquisse d'un roman familial. »

<sup>32</sup> À ce sujet, un numéro complet de la revue *Hommes et Migrations* dans un dossier coordonné par Didier Fassin (no. 1225 - mai-juin 2000) intitulé « Santé, le traitement de la différence » se consacre à de telles interrogations.

de l'intersubjectivité et de ce qui s'en échappe. On ne serait, en ce sens, nier les implications charismatiques et référencées du recours et l'importance que revêt la « culture » (du soigné, mais aussi celle du soignant) dans la prise de décision au fil des trajectoires thérapeutiques comme témoin de la rencontre de perspectives dans la clinique.

À la suite de cette brève discussion, la deuxième section de ce chapitre aborde l'articulation locale et actuelle de l'intervention clinique à partir du contexte d'émergence de l'ethnopsychiatrie québécoise. Ses principales modalités, spécificités et divergences seront précisées à partir des données recueillies et des témoignages de nos informateurs oeuvrant dans le réseau - activités, coordinations, approches cliniques -, en prenant soin de souligner la spécificité du fonctionnement du terrain de recherche observé, les acteurs impliqués ainsi que les incidences de certaines contraintes rapportées.

### 3.1 Regard croisé sur les débats et les pratiques entourant l'ethnopsychiatrie et la psychiatrie transculturelle en France et au Québec

Depuis déjà plus d'un siècle, l'anthropologie et la psychiatrie ont maintenu des rapports à la fois de répulsion et d'attraction, de divergences et de convergences. Lorsque Michel Foucault (1966) évoque la parenté entre anthropologie et psychanalyse, celui-ci y décèle d'ailleurs certaines affinités fondamentales, notamment au fait que chacune des disciplines, à leur manière respective, viennent mettre à jour et incarner le pouvoir d'ébranler considérablement les manières usuelles de radicaliser la critique des représentations en jeu à travers laquelle les sciences humaines pensent l'être humain (Corin, 2010: 11). En outre, la question de l'universalité des critères permettant de définir la normalité, la marginalité et la déviance se sont rapidement trouvés, note Ellen Corin (1993: 5), au centre des débats et affrontements qui ont mené respectivement ces disciplines à des évolutions respectives - notamment vers le paradigme universaliste biomédical en psychiatrie, d'une part, et vers la réflexion critique de l'épistémologie scientifique en anthropologie, d'autre part -, rendant pour le moins paradoxal le lieu de leur rencontre possible. Dans ce contexte, ajoute-t-elle, la poursuite du dialogue entamé

jadis entre psychiatrie et anthropologie pourrait avoir pour objectif de réintroduire et poursuivre un principe d'ouverture au coeur des savoirs dominants des sociétés occidentales en redéployant des approches cliniques sensibles aux dimensions polyphoniques de l'expérience psychopathologique.

D'un point de vue historique, François Laplantine (1988) situe la genèse de la psychiatrie transculturelle à la rencontre de la « pensée rationnelle » et de la « pensée primitive » à travers les horizons ouverts par l'anthropologie vers la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle. En outre, celui-ci replace ses origines aux premiers travaux de psychiatrie comparée D'Émile Kraepelin (1856-1926) réalisés lors de ses voyages d'études à Java (1904), dont l'intérêt fondamental visait à tester le caractère universel de certaines affectations et classifications psychiatriques issues de ses propres recherches concernant les psychoses maniaco-dépressives et les démences précoces. L'une des contributions les plus remarquables viendra certainement du côté de W.H.R. Rivers et la parution de son célèbre ouvrage « *Medicine, Magic and Religion* » publié en 1924, dont les objectifs visaient notamment la comparaison de systèmes médicaux à partir des croyances et des systèmes explicatifs entourant les causalités pathologiques. Par exemple, il écrit:

One way of approaching the problem will be to inquire how far different groups of mankind have set apart certain members of the community to deal with the morbid. When we have evidence of such division and specialization of social functions, we shall have at the same time definite evidence that those who have reached this specialization of function have also reached a stage of thought in which they separate morbid from other natural phenomena (2001[1924]: 5).

Thus, in Murray Island, in Torres Strait, disease is believed to occur by the action of certain men who, through their possession of objects called *zogo* and their knowledge of the appropriate rites, have the power of inflicting disease. Thus, one *zogo* is believed to make people lean and hungry and at the same time to produce dysentery; another will produce constipation, and a third insanity (ibid: 27-28).

Il est à noter également la contribution de Ruth Benedict « *Patterns of Culture* » en 1934, et un peu plus tard, « *The Chrysanthemum and the Sword* » [1946], engageant l'anthropologie américaine sur une piste qui, en passant notamment par Margaret Mead,

se prolonge dans le programme de « Culture et Personnalité » en proposant dès lors de comprendre justement les liens entre le contexte socioculturel et la psychologie à travers des études comparatives portant sur les bases de différents types de personnalités observées chez les populations étudiées. Laissant de côté l'analyse anthropologique des variabilités, ce programme fait aussitôt l'éloge du caractère distinctif des conduites et des comportements en analysant la façon dont la culture s'apprend, se transmet par socialisation et fini par la production de « personnalités » qui font plus ou moins assemblages sous forme de totalités pensées de manière irréductible, individuelle et surtout distincte<sup>33</sup>.

Retenant la vulgate de R. Benedict postulant que chaque culture peut ainsi être caractérisée par une orientation fondamentale des valeurs qui modèle partiellement l'ensemble de l'organisation sociale que se donne une société en produisant un type dominant de « personnalité », la rédaction d'un rapport de John Colin Carothers publié sous le titre « The Psychology of Mau Mau » [1954], dont l'assignation visait à enquêter et à documenter les sources d'un mouvement révolutionnaire local au Kenya imposera, pour la première fois, une interprétation de la révolte des *Mau Mau* sur le plan culturel et psychopathologique, justifiant du coup la répression des instances coloniales comme pratique thérapeutique et instrument de promotion. L'essentiel de son analyse, selon la lecture qu'en fait Fassin (2000b: 234): « [...] revient à faire de ce mouvement sociopolitique un phénomène psychopathologique déterminé à la fois par la personnalité des *Kikuyus*, elle-même étroitement liée à leur culture, et par les bouleversements psychiques collectifs occasionnés par la rencontre avec la société européenne », tentative donc de comprendre la psychologie d'un individu ou d'un groupe devenu « ennemi ». Conséquemment, cet ouvrage révéla à quel point l'ethnopsychologie convenait à l'élaboration et à la rationalisation des modalités de la colonisation sur les populations africaines, et ce en prétendant fonder en théorie les préjugés et légitimer les exactions au

---

<sup>33</sup> Cette école anthropologique, transformant essentiellement le fonctionnalisme social en fonctionnalisme culturel, a d'autant influencé les anthropologues américains que la notion de « culture » consistait à l'époque la clé de voute de toute théorisation anthropologique américaine (Bibeau et Corin, 1995: 30). Un second lieu de rencontre entre psychiatrie et anthropologie s'articule ainsi à travers ces préceptes en insistant principalement sur deux idées fondamentales: a) il existe un lien entre la structure de la personnalité, ses caractéristiques psychologiques et les formes prises par la maladie mentale dans les diverses sociétés; b) il convient d'insister sur la culturalisation et la naturalisation des symptômes - tendance qui débouchera notamment sur les premières critiques de caractère universel des classifications nosographiques prévalentes à la psychiatrie internationale (Bibeau, 1987: 8).

nom du savoir scientifique<sup>34</sup>, ayant ainsi conçu tout un système d'explications qui devait servir de justification idéologique à leurs régimes.

Un peu plus tard, parmi le Groupe de Dakar au Sénégal (aussi appelé l'École de Fann) qui s'est formé au courant des années 1960 autour du psychiatre et médecin militaire français Henry Collomb, comprenant notamment les Ortigues et Andreas Zempléni, on reprendra la réflexion concernant la relation culture/psyché et la prise en charge clinique des troubles et affections psychiatriques dans un désir de renouvellement des cadres d'interventions cliniques en contexte de transition postcoloniale (Corin, 1997: 346). En outre, on peut noter quelques réalisations innovatrices accomplies par les cliniciens de l'École de Fann, soulevant notamment l'inadéquation au sein de l'environnement africain des pratiques psychothérapeutiques occidentales basées sur l'individualisation des idées de maladies et de guérisons. Leurs travaux révèlent plus spécifiquement le rôle non négligeable des représentations traditionnelles au sein de l'intervention et introduisent, notamment, l'accompagnement de la famille à travers le processus thérapeutique (ibid: 347). Aussi, les membres de ce groupe tiendront compte du fait que les positions respectives des cliniciens et des patients, incérées et médiatisées par des ensembles de représentations et de statuts particuliers, ne demeurent pas sans influences sur la consultation, ouvrant ainsi progressivement la voie aux enjeux socioculturels de la rencontre clinique (Collignon, 2002). On considère ainsi la complexité des mécanismes de transmission qui assurent le transfert des processus collectifs vers les personnes, dont le spectacle paraît se découvrir à l'affaiblissement des mythes collectifs et de l'individuation:

Il restera toujours que l'autre, malade, n'est pas celui dans lequel j'ose me reconnaître. À des titres divers, l'indépendance du psychiatre est limitée par son adhésion plus ou moins implicite aux règles sociales qu'il a souvent intégrées à son insu. Gardien du fou ou gardien de la société, ces rôles s'éloignent beaucoup de celui de serviteur du malade (Collomb (1978); cité dans Boussat et Boussat, 2002: 415).

---

<sup>34</sup> Tel que le soulignent Kirmayer et Minas (2000: 439), les relents de cette période se font encore sentir dans le contenu du DSM-IV (*Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder*) avec les « *culture-bound syndromes* » en y présentant les catégories émergentes issues de l'histoire européenne et américaine comme étant le modèle universel auquel peuvent se greffer les particularités culturelles et locales de la personne ou encore certaines caractéristiques des sociétés modernes. Les différences observées dans ses modalités d'expressions doivent cependant être interprétées sur l'arrière-plan de conditions socio-politiques spécifiques ou sur celui des valeurs, des conceptions et des relations interpersonnelles que tissent les contextes particuliers (Littlewood, 1993).

Cette scène assurant simultanément l'essaimage de dispositifs en même temps que le renouvellement d'une pensée critique et d'une pratique clinique s'efforçant d'appréhender les différences culturelles dans les modes d'expressions et de prises en charge de la maladie (Collignon, 1995), sous la bannière réservant tantôt le terme « ethnopsychanalyse » à la théorie et à la méthodologie, tantôt celui « psychiatrie transculturelle » aux observations tant ethnologiques que cliniques, mais que l'usage habituel nommé ethnopsychiatrie<sup>35</sup>, n'avait évidemment pas sonné le glas de la réflexion et de l'intervention sur des terrains désormais politiquement indépendants, affirme de son côté Fassin (1999), mais toujours pensés de manière exotique et liens généalogiques avec l'entreprise postcoloniale. C'est d'ailleurs précisément au moment où la France, faut-il le souligner, commence à regarder différemment son passé colonial, que le culturalisme en psychiatrie prend progressivement son essor et se pose comme la nécessaire opposition à une psychiatrie de la migration désormais désavouée pour certaines de ses compromissions, notamment celles des oppositions psychiatriques classiques entre les pathologies d'importations et des pathologies d'emprunts, passant sous silence les particularismes des expériences d'immigrations (Rechtman, 2000). Au même moment, les travaux Roger Bastide (1965) et Georges Devereux (1972), en l'occurrence la contribution à une « Sociologie des maladies mentales » pour l'un, et la fondation d'une « Ethnopsychanalyse complémentariste » pour l'autre, serviront dès lors de témoins privilégiés de questionnement des certitudes hégémoniques et savantes de la psychiatrie internationale en faisant des dérapages entre le normal et le pathologique dans les diverses sociétés son objet d'enquête. Reposant sur l'idée de la limite inhérente à tout paradigme de recherche quant à ce que son approche permet de comprendre de la réalité

---

<sup>35</sup> Il semble que l'on discute dans les milieux anthropologico-psychiatriques de cette question du terme à utiliser pour rendre compte de la collaboration entre les deux disciplines, chacune des appellations incorporant une conception particulière de leur apport mutuel. Tel que le notent Bibeau et Corin (1995a: 60), H.B.M. Murphy, oeuvrant dès 1956 aux côtés d'Eric Wittkower et Raymond Prince à la section d'études psychiatriques transculturelles de l'Université McGill, se réfère jusqu'à sa mort à ce champ d'étude sous les termes « psychiatrie comparative », renouant avec les travaux de psychiatrie comparée d'Émile Kraepelin, alors que ces collègues l'auront baptisés du nom de « psychiatrie transculturelle », héritage de la *Division of Social and Transcultural Psychiatry* aujourd'hui sous la direction du Dr. Kirmayer. Dans les années 1960, le terme de remplacement était celui d'« ethnopsychiatrie », l'ouvrage de G. Devereux *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide* (1961) ayant lancé et maintenu vivant à la fois dans les milieux américains (Gaines, 1992) et français avec la *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* dirigée par Tobie Nathan à partir de 1983. C'est aussi d'ethnopsychiatrie dont parlait le GIRAME (Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et en Ethnopsychiatrie) de Montréal. Avec sans doute plus de vérité anthropologique, poursuivent Bibeau et Corin (1995), l'École de Harvard aux États-Unis réunie autour d'Arthur Kleinman et Byron Good notamment, se limite à parler de « psychiatrie culturelle » comme l'indique le nom de leur revue *Culture, Medicine and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Research* donnant l'impression que les fondateurs ont senti le besoin de préciser que les comparaisons se faisant « across » (à travers) et non « inter » (entre) les cultures.

humaine, la vision du rapport entre psychanalyse et anthropologie que reflète la pensée infiniment complexe de Georges Devereux<sup>36</sup> converge dès lors vers un certain désir de se décaler et de saisir l'« Autre » dans ses propres termes, que ce soit à partir des catégories de la langue, de la pensée et des émotions qui articulent la vision du monde et des êtres dans une autre société, ou encore, dans une perspective psychanalytique, à travers la méthode des associations libres et de l'écoute latente qui bousculent la cohérence manifeste et les formes de rationalité qui organisent les discours ordinaires (Corin, 2010: 11).

Se réclamant des principes de Devereux (1970), Tobie Nathan (1986, 1988, 1994), à ce jour chef de file de l'ethnopsychiatrie française, propose ainsi, au tournant des années 1980, une nouvelle vision clinique de la psychothérapie du patient immigrant saisie à partir de son univers familial et culturel. Les aspects sensibles de ses observations et ses travaux feront le plus souvent recette sur le terrain de la différence culturelle, tant ils semblent dès lors intrinsèquement véhiculer l'indispensable dose de relativisme qui ferait apparemment défaut à la psychiatrie et à la psychopathologie occidentale<sup>37</sup>. Tel que le note Ellen Corin (1997: 353), à la différence de ses premiers écrits où il semblait orienter ses intérêts à la négociation des frontières culturelles, ses plus récentes analyses cliniques donneront plutôt l'impression d'un projet de réarticulation du patient dans sa tradition culturelle spécifique<sup>38</sup>, dont il évoque par ailleurs toute sa singularité dans la structuration entre l'individu et le lien social:

---

<sup>36</sup> L'ethnopsychiatrie complémentariste développée par Devereux énonce, en outre, deux principes fondamentaux à la base de la compréhension de l'être humain: l'*universalité psychique* et la *spécificité culturelle*. Sa démarche coordonne une rupture avec les sciences du comportement en réintroduisant la place de l'observateur (et de la subjectivité) 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. C'est en ce sens que les deux discours psychanalyse/anthropologie sont dit complémentaires, conditionnant l'obtention de données et nécessitent un apprentissage de la décentration au niveau de la transformation d'un fait brut en donnée savante, relevant de l'une ou l'autre de ces sciences (Moro, 1992: 74).

<sup>37</sup> En France, c'est précisément chez Tobie Nathan (1986) que nous retrouvons une version des plus radicale de cette proposition, alors que le recours à des emprunts ethnographiques sur les représentations de la maladie viendrait justifier une telle contestation.

<sup>38</sup> Ursula Streit (1996: 321-343) décrit en détail les éléments clés de l'approche clinique de Tobie Nathan. Les choix méthodologiques orientées notamment sur la mobilisation, pour les patients présentant « [...] des symptômes implicitement structurés par les théories étiologiques traditionnelles de leur culture d'origine », serviront ainsi « [...] en tant que support d'un travail d'élaboration psychique semblable à celui qu'on peut attendre d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique » (Pierre (1999), cité dans Warnant, 2010: 38). Son rôle principal se donne notamment à souligner l'importance des dispositions psychologiques et les attitudes humaines fondamentales à la rencontre interculturelle en privilégiant trois grands principes : 1) le travail sur les liens d'origine, les liens d'appartenances et les liens actuels; 2) un travail sur différentes dimensions identitaires en lien avec l'altérité; 3) un travail sur la cohérence et le sens des situations vécues, passées et actuelles (Pocreau et Borges-Martin, 2006 : 51). Ainsi, en réservant une part égale à la dimension culturelle du désordre et de sa prise en charge et à l'analyse des fondements psychiques, le décentrage que cette

[...] 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 du hasard, l'appareil psychique assure la même fonction pour l'individu, la frontière en étant ce que Freud appelait la 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 seuls systèmes dynamiques susceptibles de gérer le lien avec l'autre (Nathan, 1994: 183).

C'est ainsi qu'au travers de son ouvrage « L'influence qui guérit » (1994) par exemple, l'homologie de la psyché et de la culture chez Nathan introduit la nécessité de considérer non plus seulement le contenu de la parole, des croyances et des représentations, mais aussi le contenant comme informateur des logiques de structuration psychique susceptible de déclencher certains mécanismes, résolument pragmatiques nous dira-t-il, amenant à localiser les phénomènes de guérison dans les techniques mêmes du guérisseur. En d'autres termes, en faisant de la culture un élément disjoint de la structuration du « soi », c'est-à-dire coémergente (et consubstantielle) à l'appareil psychique, le travail thérapeutique à partir des aspects « culturels » est susceptible de déclencher certaines affections psychiques d'une manière aussi assurée que si l'on travaille sur les productions induites par les conditions mêmes de l'intervention. Or, cette position, remarque Ellen Corin (1997: 355), pose un certain nombre de problèmes, dont notamment celui de mettre de l'avant la question de l'autorité au sein du projet thérapeutique, positionnant le guérisseur (ou le thérapeute) par rapport à un supposé « savoir » certifié, et surtout partagé, lui confiant sa légitimité<sup>39</sup>.

On s'étonnera qu'un tel conformisme social puisse apparaître chez Nathan, présupposant une vision pour le moins homogène et consensuelle des rapports sociaux en évacuant les chevauchements, les contradictions, les luttes de sens qui se jouent et qui structurent constamment les mécanismes mis en place par l'idéologie. Tel sera d'ailleurs le cheval de bataille de Didier Fassin (2000b; 1999) et autres protagonistes (Policar et

---

approche impose permet une lecture critique de la classification des données donnant lieu à une refonte des catégories nosologiques (Moro, 1992 : 72).

<sup>39</sup> En dialogue avec Nathan (1994), Corin note: « [...] In African traditions, healers almost never speak from their own authority or appoint themselves healers. Some are called, or are chosen by spirits or ancestors; others are the recipient of a family gift; and other are initiated after having themselves suffered and being cured [...] Their relation ship to patients is mediated by supernatural beings or powers who legitimize their actions [...] self-designated healers are also more likely to be quacks. » (Corin, 1997: 335).

Taguieff, 1997; Benslama, 1999; 1996 ; Rechtman, 2003; 1995) menant aux débats autour de la pratique de l'ethnopsychiatrie en France à compter du milieu des années 1990, se soulevant en outre contre ce qu'ils estiment être de l'ordre d'un essentialisme culturaliste, voire d'une campagne d'enfermement des individus dans leurs appartenances culturelles<sup>40</sup>. Pour Fassin (2000b) plus précisément, le type d'ethnopsychiatrie pratiquée dès lors par Nathan manquerait à reconnaître le caractère d'emblée métissé et en continuelle transformation des expériences vécues, mais aussi qui tend à mettre de l'avant une irrémédiable altérité, évacuant les paradigmes où les considérations sociales, économiques et surtout politiques de l'immigration seraient prises en considération. Ses critiques se dirigent notamment à l'endroit de cette tyrannie du symbolisme culturel pratiquée selon lui chez Nathan:

En montrant que les troubles psychiques dont souffrent les immigrés sont d'origine culturelle, c'est-à-dire liée à la rencontre funeste entre des systèmes de pensée traditionnels et des modes d'intelligence moderne, il place le registre étiologique sur un terrain consensuel que le mirage des procédures divinatoires, des interprétations surnaturelles et des thérapies rituelles rend plus attrayant encore. La combinaison du psychologisme et du culturalisme, ici teintée du merveilleux de l'exotisme, permet d'éluder non seulement les conditions concrètes d'existence qui sous-tendent les expériences des immigrés et déterminent pour une large part les problèmes que les amènent chez le médecin ou chez le juge, mais également l'inadéquation des réponses qu'il s'agit précisément d'occulter en montrant qu'au bout du compte, en lui adressant le patient, le professionnel a fait le bon choix (Fassin, 2000b: 240).

Devant cette perspective, insister sur la culture du patient comme variable explicative d'un comportement ou d'une pathologie individuelle, critique ailleurs Fassin (2001), priverait les sujets de leurs droits à la résistance et à la décision, créant ainsi un espace où la liaison entre pouvoir et savoir se dévoile le plus manifestement, car si la culture est ainsi mise de l'avant, non seulement dans l'analyse du problème, mais également dans la recherche des solutions, on s'attend à ce qu'elle fasse ainsi l'objet d'une investigation particulière. La différence de l'Autre serait ainsi, à l'inverse, posée en soi, s'affranchissant

---

<sup>40</sup> On peut notamment rappeler à cet égard l'irritation de Georges Devereux contre les interprétations ethnicisantes et culturalistes de sa théorie, se plaint-il dans *Les Essais d'ethnopsychiatrie* (1970, cité dans Fassin, 1999: 153), soulignant les abus de sens et la réinterprétation de certaines de ses terminologies.

de toute référence à son contexte d'expression en devenant autoréférentielle, et ce au risque de soustraire et voiler la démarche heuristique et idéologique qui incline la manière avec laquelle elle est pensée et traduite en langage scientifique tacite (Wear, 2003). Ce paradigme commun s'accompagnerait ainsi, commente Richard Rechtman (2003: 162), du risque de l'influence grandissante d'un régime d'autorité normative qui viendrait « [...] accorder aux modalités sociales de la gestion de la déviance ou de la souffrance, le soin de répartir les populations dans de nouvelles catégories de « demandeurs de soins » en lieu et place du savoir clinique. » Dans le même sens, Benslama (1999) rappelle que cette reconnaissance différentialiste devrait plutôt s'accompagner et s'articuler d'une reconnaissance de sa capacité de singularisation qui échappe aux identités (de classes, de genres ou de générations par exemple) au profit d'une normalisation sociale, pourtant étroitement associée aux inégalités en matière de santé.

En réponse aux critiques qui lui sont formellement adressées, Nathan (2000a: 139) soutient notamment que le propre de sa démarche est de proposer davantage une alternative à la manière dont la psychopathologie organise sa mondialisation et son internationalisation, affirme-t-il, en « [...] disqualifiant les produits locaux et en faisant par tous les moyens une demande spécifique chez les nouveaux consommateurs ». À l'instar d'être qualifié de néocolonialiste face aux « produits psychiatriques certifiés rationnels » ou « certifiés universels » ajoute-t-il, celui-ci estime en outre que les pratiques traditionnelles peuvent fournir elles aussi - et non pas seulement - une solution méthodologique aux problématiques rencontrées. Aussi, Nathan perçoit-il sa position comme une réponse politique face à l'idéologie dominante française, empreinte de républicanisme et d'universalisme. Il soutient notamment que la clinique ethnopsychiatrique met en scène ces enjeux dans la forme même de son dispositif:

L'ethnopsychiatrie a pris l'habitude de repenser avec le patient tant sa souffrance singulière - ce que font habituellement, chacune à sa manière, les thérapies de la parole - que les théories qui ont contenu cette souffrance, qui l'ont, d'après nous, construite, élaborée. Généraliser la logique de l'ethnopsychiatrie à tout patient, quelle que soit son origine, amènerait à ne jamais hésiter à la penser « construit » comme « cas »; à postuler, surtout, que cette fabrication le concerne et l'intéresse - en un mot: que le patient est l'interlocuteur privilégié de ce que la théorie du clinicien pense de lui (Nathan, 2000a. 152-153).

En somme, l'ethnopsychiatrie aura défini ses propres risques ainsi: c'est la présence de l'immigrant au sein du dispositif de soin qui peut en quelque sorte nous renseigner sur nous-mêmes et sur nos façons de soigner. Conséquemment, Nathan corrige l'idée voulant que l'ethnopsychiatrie qu'il promeut soit une psychiatrie spécifique pour migrants en la ramenant au seul cadre de la représentativité afin de repenser la compréhension et la prise en charge des problématiques cliniques. Or, un tel postulat revient précisément à la critique même de ses détracteurs, c'est-à-dire celle de la signification politique d'un dispositif d'interprétation et de traitement des troubles mentaux et de déviances sociales qui constituent l'altérité comme un indispensable horizon épistémologique et pratique détournant le regard des ethnopsychiatres des facteurs structurels de la société d'accueil, facteurs pourtant générateurs de souffrance nous disent plusieurs (Sterlin, 2006a; 2006b; Rousseau, 2004; Fassin, 2000). Et ce, parce que l'orientation donnée à cette question trouverait précisément sa reconnaissance sociale auprès des pouvoirs publics, des institutions et des professionnels, elles aussi foncièrement tributaires, notent Kirmayer de Minas (2000: 444), de l'histoire migratoire du pays et des idéologies locales de citoyenneté.

L'émergence du culturalisme ethnopsychiatrique en France, on le constate, emprunte aux débats sociaux et politiques sur l'immigration et l'intégration les thèmes *a priori* les plus porteurs ayant contribué à l'exacerbation de tensions que les conflits et débats idéologiques dans le champ thérapeutique semblent avoir cristallisés. Si l'ethnopsychiatrie québécoise tend simultanément à s'en distinguer et s'en inspirer par moment (Corin, 2010; 1997), elle est à ce jour enrichie du fort courant de recherches universitaires anglo-canadiennes et américaines rattachées à la collaboration psychiatrie et anthropologie à compter des années 1950 qui nécessiteraient évidemment, à eux seuls, un survol plus détaillé. Il apparaît par ailleurs évident que les positions que défend T. Nathan sont, faut-il le préciser, à bien des égards, bien éloignées de celles de l'anthropologie médicale clinique américaine qui, pour certains de ses plus illustres

représentants dont Arthur Kleinman<sup>41</sup> s'avère davantage tournée vers une compréhension sociopolitique et historique des phénomènes de souffrance et son expression comme preuve d'« agencéité » et de résilience régulée bien plus par sa réception que par son énonciation. Il apparaît cependant important de distinguer le contexte et l'originalité qui a prévalu à l'émergence de l'ethnopsychiatrie au Québec du contexte français où l'ethnopsychiatrie a su enraciner ces principaux fondements et débats épistémologiques et cliniques. En effet, si la psychanalyse a pu être accusée par moment de vouloir prendre possession de l'espace clinique en France (Baillon, 2009), on doit plutôt cette domination à l'approche psychiatrique d'orientation biomédicale en Amérique du Nord, et notamment au Québec.

### 3.2 L'intervention locale et actuelle: la place de l'ethnopsychiatrie et de la psychiatrie transculturelle dans le contexte québécois et montréalais

Si l'évaluation et la logique d'efficacité sert actuellement de lieu de cristallisation des arguments de prise en charge des populations (migrantes ou pas) à travers des « réseaux intégrés de services en santé mentale » (Perron, 2005; Fleury, 2002; Mercier et White, 1995) - efficacité dont on semble aussi opacifier ses règles normatives et prescriptives -, il apparaît également que l'organisation bureaucratique régulée par des logiques de rentabilité croissante en matière de santé et de services sociaux influence les rapports d'aides avec les personnes en difficultés dans le sens d'une standardisation accrue des plateformes d'interventions, le développement de pratiques uniformisées et d'une domination de plus en plus basée sur l'objectivisme technologique et la raison instrumentale (Grenier et Fleury, 2014; Fleury et Ouadahi, 2002). Conséquemment, les ressources psychiatriques et alternatives en santé mentale sont traversées par différentes positions quant à la place de la personne, sa prise de parole et l'exercice de son autorité et

---

<sup>41</sup> Un point central et instigateur de la réflexion psychiatrie/anthropologie de l'École de Harvard aux États-Unis à compter des années 1970 sera notamment le constat subjectif d'un surplus de sens qui, sans exception, débordé de la « maladie-entité ». C'est d'ailleurs sans doute la crainte de voir l'analyse des expériences subjectives se détacher de son ancrage interprétatif culturel qui a conduit Kleinman à son ouvrage *Rethinking Psychiatry* à mettre en sous-titre « *From Cultural Category to Personal Experience* » (1988). Préoccupation sans cesse réaffirmée chez Kleinman par le défi d'une anthropologie de la souffrance à cartographier les causes, les traits, et les implications de la transformation de la condition humaine en Occident, construite en objet de savoir et de contrôle et enchaînée dans l'expérience et la vie sociale. De fait, ses travaux marqueront notamment l'entrée massive des approches sémiologiques et phénoménologiques (voir à la section 1.2 La question du récit, du sens et de la subjectivité).

de son pouvoir au sein des dispositifs cliniques (Corin, Rodriguez del Barrio et Guay, 2008).

Dans ce contexte, la psychanalyse, et d'autres types d'approches psychothérapeutiques destinées aux populations migrantes, dont notamment l'ethnothérapie, sont considérées à ce jour dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois comme étant des pratiques complémentaires et surtout alternatives à la technocratisation et la standardisation des services d'aides aux personnes, aux familles et aux communautés. Représentant simultanément une voix discordante à l'influence qu'opère sur la psychiatrie et la psychologie sur le comportementalisme, les sciences cognitives et biologiques, mouvement qui semble s'imposer de plus en plus aux États-Unis, mais aussi progressivement sur l'ensemble du territoire nord-américain, l'ethnopsychiatrie tente d'échapper à ces tendances, nous dira Cécile Rousseau (1997), notamment en raison de ses liens avec l'anthropologie critique nord-américaine. Elle résume la situation québécoise ainsi:

« Le paradigme québécois de l'ethnopsychiatrie clinique se situe alors entre la tradition européenne et l'influence américaine avec ces deux pôles qui sont représentés et entre les deux de multiples ancrages possibles. Au Québec, certains comme Ursula Streit voudraient reproduire la technique de Tobie Nathan telle qu'elle, d'autres à l'opposé tel que Laurence Kirmayer se situent dans la mouvance américaine et son très proche de Kleinman. Entre deux pôles, on trouve des cliniciens qui ont développé des modalités d'intervention souple et multiple tels que notre équipe au Montréal Children Hospital ou Carlo Sterlin à l'Hôpital Jean-Talon. Ces cliniciens mettent moins d'emphase sur la théorisation et introduisent du jeu entre les différents modèles. Ils constituent des bricolages à géométrie variable qui intègrent à la fois le modèle médical, les conceptions plus classiques de prise en charge et les modalités culturelles de compréhension et d'action. [...] En revanche, au Canada, la pratique clinique est un peu en retard sur la pensée et les recherches théoriques et anthropologiques. Mais l'ensemble reste beaucoup moins idéologique qu'en France. »

Cécile Rousseau, entrevue accordée en 1997 à Marie-Rose Moro  
<http://www.carnetpsy.com/Library/Applications/Article.aspx?cpaId=1421>  
consulté le 20/03/2014

Cet informateur initié au dispositif de l'ethnopsychiatrie souligne également le caractère distinctif de l'intervention québécoise en ethnopsychiatrie et son dialogue constant avec les approches cliniques et théoriques françaises et américaines:

« [...] avec le recul, après certaines années, on s'est rendu compte qu'au Québec, on est pas en France non plus [...] que notre façon d'aborder le migrant ou la migration, ou l'intégration des gens qui viennent d'ailleurs est différent. Les Québécois aussi sont différents. Les services sont peut-être organisés différemment aussi. Donc oui, il y a eu une grande influence. Il y a encore une grande influence parce qu'on continue à lire, à se documenter, à partager l'expérience de ce qui se vie en ethnopsychiatrie en France, mais aussi avec toute l'influence d'ailleurs Nord-Américaine. Alors ça je pense que ça demeure encore une façon de nous distinguer, de nous différencier [informatrice clinicienne, mai 2013]. »

Quant à la place qu'occupe l'ethnopsychiatrie dans le réseau, bien qu'on puisse la considérer à certains égards comme centrale puisqu'elle est pratiquée au sein de certains centres de santé et de services sociaux (CSSS)<sup>42</sup> du réseau public, elle apparaît également marginale puisqu'elle n'est que partiellement financée par la Régie de la Santé du Québec. En effet, certaines équipes sont soutenues notamment par la collaboration et la participation de bénévoles professionnels, étudiants et retraités provenant de divers champs disciplinaires. Alors que le caractère hétérogène et métissé de la société québécoise reste souvent ignoré des institutions dominantes, une démarche de sensibilisation et de partenariat au sein du réseau de la santé et des services sociaux dans un contexte de restriction et de maximisation des services a d'ailleurs dû être initié en prenant compte des réalités locales:

« [...] le travail avec la collaboration de tous les professionnels bénévoles, c'est d'une grande richesse. C'est sûr que notre survie tient beaucoup à eux. Notre survie tenait aussi, et tiens toujours à l'aide qu'on reçoit de l'institution qui, au début, a été très aidante [...] La compréhension, puis l'appui qu'on pouvait avoir des directions. Parce qu'évidemment, ça implique une autre façon de faire, ça implique aussi une réorganisation du travail, du temps de travail. Donc c'est de faire comprendre aussi à nos directions ce pour quoi on adopte ce modèle-là qui est beaucoup plus complexe et puis qui est peut-être plus exigeant. Plus coûteux aussi en terme d'investissement de temps professionnel. [...] Je pense que c'est quelque chose qui est à défendre constamment. Dans un contexte de restriction. Mais je dirais il y a une grande sensibilisation qui s'est faite, et puis elle s'est faite à travers tous le réseau. Parce que je sais pas si on a pu contribuer au départ, je

---

<sup>42</sup> Fondé sur le concept de réseaux intégrés de services et dont les objectifs témoignent d'une intention de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement et la prise en charge des individus vulnérables, cette réorganisation du réseau québécois de la santé à compter de septembre 2003, avec l'adoption du projet de loi 25, s'appuie sur deux grands principes: la proximité et la hiérarchisation des services (Rodriguez Del Barrio et Drolet, 2007: 171). Le principe de hiérarchisation des services vise alors à garantir une meilleure complémentarité dans les services et à faciliter l'itinéraire de l'utilisateur entre les services de première, de deuxième, et de troisième ligne comme c'est le cas des services de psychiatrie transculturelle et d'ethnothérapie (intégrés désormais dans certains CSSS).

pense, à sensibiliser les gens par les formations qu'on a données auprès de différents services, auprès de différents intervenants qui oeuvrent dans différents milieux, que ce soit dans les milieux qui touchent la jeunesse, le juridique, le monde de l'éducation. Peu importe, je pense qu'il y a une sensibilisation, et je pense qu'on en ressent un petit peu maintenant l'impact, parce qu'on on reçoit maintenant des intervenants qui travaillent dans différents milieux, on sent quand même... on est plus en 93 (*rire*). Ils sont beaucoup plus sensibilisés qu'avant [informatrice clinicienne, mai 2013]. »

Depuis le début des années 1990, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec propose à cet égard des interventions en psychiatrie transculturelle ou en ethnopsychiatrie dans certains centres hospitaliers de la région urbaine et métropolitaine, notamment Montréal, Québec et Laval<sup>43</sup>. En 1993, un premier service de consultation destinée aux familles et aux intervenants à la Clinique de Psychiatrie Transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon à Montréal voit le jour sous la direction du Dr Carlo Sterlin afin de mieux pouvoir répondre aux besoins des populations immigrantes environnantes. Les activités cliniques, s'inspirant des techniques de consultation d'ethnopsychiatrie groupale telle que pratiquée en France par Tobie Nathan et Marie-Rose Moro (Marotte, 1996), laissent entrevoir l'intention d'introduire cet aspect socioculturel dans la démarche thérapeutique:

« [...] Au-delà de l'approche biopsychosociale, les composantes culturelles, lorsqu'elles sont présentes, doivent être prises en compte et décodées. L'approche thérapeutique doit donc cerner la personne dans sa globalité. [...] Ce cadre permet d'aborder des questions telles que les pratiques culturelles, les souvenirs, le parcours migratoire de la personne, la religion, les rêves, les difficultés vécues, les coutumes, les rituels, bref, tout sujet qui préoccupe le client et sa famille. »<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> Dans la foulée entamée par la création en 1993 de la Clinique de Psychiatrie de l'Hôpital Jean-Talon, dont l'équipe était initialement dirigée par Carlo Sterlin et Cécile Marotte, l'Hôpital de Montréal pour l'Enfant emboîte le pas en 1997 avec la création d'un premier dispositif de consultation de psychiatrie transculturelle consacré à la santé mentale des enfants et des familles réfugiées dirigé à ce jour par l'équipe de Cécile Rousseau. Suivra la même année le Centre Jeunesse de Laval (voir Legendre et Ondongh-Essalt, 2007), un peu plus tard en 1999 la fondation du Service d'ethnopsychiatrie de l'Hôtel Dieu du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), année au cours de laquelle la Clinique de Pédiatrie Transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a aussi vu le jour sous l'influence du modèle Nathan/Moro (Pedneault et coll. 2004). Il en va de même pour le service de consultation en ethnothérapie et en santé mentale (CESAME) du CLSC St-Michel avec, pour directeur, le Dr. Frantz Raphael (voir Raphael et coll. 2002). Pour pallier les lacunes des programmes de formation professionnelle, l'Hôpital Juif de Montréal offre également, outre des interventions en clinique menées sous l'expertise du Dr. Kirmayer, un service de consultation destiné aux praticiens du secteur de la santé mentale et de la psychiatrie qui rencontre certaines embûches à diagnostiquer ou traiter un patient pour des raisons culturelles. Enfin, on verra apparaître au tournant des années 2000 un service d'aide psychologique spécialisé aux immigrants et réfugiés situé dans les locaux de l'École de psychologie de l'Université Laval à Québec (voir Pocreau et Martins-Borges, 2013).

<sup>44</sup> Extrait du document offert à l'intention des intervenants disponible sur le site internet du CSSS Coeur-de-l'Île: [http://www.cssscoeurdelle.ca/fileadmin/csss\\_cdi/Soins\\_et\\_services/pdf/EquipeCliniqueTransculturelle.pdf](http://www.cssscoeurdelle.ca/fileadmin/csss_cdi/Soins_et_services/pdf/EquipeCliniqueTransculturelle.pdf). Consulté le 23/03/2014.

Notons également que cette clinique locale ne se limite en aucune façon aux interventions professionnelles en institution. En effet, elle s'est donnée pour mandat de répondre aux nouveaux besoins d'une clientèle diversifiée, d'améliorer la qualité des soins et de sensibiliser les acteurs de différents milieux (médical, psychosocial, scolaire, juridique, communautaire, etc.) en offrant notamment des services de consultation clinique et de psychothérapie, mais également des programmes de formation ainsi que des conférences adaptées aux besoins des intervenants, organismes ou institutions. L'offre de service des consultations cliniques est donc d'offrir une meilleure compréhension et des pistes d'intervention plus sensible aux variables culturelles et migratoires des familles auprès de qui l'on intervient. À cet effet, une inadéquation des services offerts à la population locale est notamment mentionnée par une répondante ayant participé aux balbutiements du module de psychiatrie transculturelle du CSSS:

« [...] À l'époque c'était un projet qui était novateur. Et puis c'était un projet qui, évidemment, présentait beaucoup de défi parce qu'il fallait d'abord se former. Et c'est un projet qui répondait aux besoins à ce moment là d'une clientèle de secteur qui était de plus en plus multiculturelle. Donc on pensait que ça nous aiderait à avoir une meilleure... que ça améliorerait nos interventions auprès des clientèles qui se présentaient avec des problématiques de santé mentale qui étaient d'autres cultures. [...] C'était pour offrir des services qui étaient mieux adaptés [...] faire face à des interventions qui étaient plus appropriées en manifestant une ouverture culturelle face à la personne souffrante [informatrice clinicienne, mai 2013]. »

En corolaire, on observe paradoxalement leur inclusion dans le discours - rectitude politique ou institutionnelle oblige parfois -, mais également leur exclusion dans les conditions émises par certains espaces de rencontre. Ces paroles d'informateurs l'expriment bien:

« [...] On a essayé d'autres types de ressources aussi là. En fait, on voulait mettre le plus d'outils dans notre chapeau possible. On a essayé plusieurs... différents organismes, des places où ils pourraient nous aider. Personne ne pouvait vraiment nous aider. On a pas reçu vraiment l'aide qu'on espérait. [...] C'est pas que les portes nous étaient fermées, c'est comme si... comment dire... si y avait pas de réponses à nos questions. Pis c'est sûr qu'on arrive avec peu d'informations. On a un dossier qui est pas complet, on a pas beaucoup de choses non plus tsé [intervenante en foyer de groupe, mai 2013]. »

« [...] Et bien je pense qu'au niveau culturel, y a pas beaucoup de choses d'offertes là. [...] Alors moi j'étais pris un peu là-dedans... dans comment on va orienter cette famille-là tsé.

J'y allais en me disant: peut-être que ça ne sera finalement pas ce service qui va répondre à ce besoin-là. Alors de voir qu'il y a d'autres opportunités pour des familles, surtout quand il y avait l'aspect "santé mentale", l'aspect bon que la famille était très centrée sur leur réseau familial et communautaire tout ça qui était impliqué dans la situation... y a pas beaucoup de services qui offrent un soutien par rapport à ça. Et puis surtout avec d'autres cultures. [...] C'est intéressant de voir qu'il y avait d'autre chose de ce qu'on veut bien penser ou voir des fois [intervenante à la DPJ, avril 2013]. »

Si par ailleurs, pour certains, la diversité sociale et culturelle de la société québécoise reste souvent ignorée des institutions dominantes et de la population dans son ensemble, l'importance de la prendre en considération et son éventuelle contribution à la thérapeutique des migrants font partie des éléments mentionnés. Pour plusieurs, cette expérience est d'ailleurs très positive:

« [...] Je pense que le fait qu'on soit de diversité culturelle... ça apporté un petit peu plus haut là, la coche je dirais, au niveau de la perception de la situation du cas qu'on avait présenté. [...] Parce que c'était important effectivement parce que chacun pouvait justement, de par son vécu, sa culture, sa profession tout ça, intervenir. Donner quelque chose de plus. Donner des informations de plus. [...] Pour moi c'est important dans le sens que ça permet de voir que chacun avait eu des expériences ici, les intervenants, les familles tout ça. [...] C'était pas comme banal... parce que ça aurait pu être banalisé. Même souvent ça l'est [infirmière clinicienne, mars 2013]. »

« Ça m'a aussi ouvert beaucoup à la compréhension d'autres façons de penser, d'autres façons de penser le monde, de penser la maladie, de penser ce qui nous arrivent » me dira également une répondante dont les nombreuses visites à la consultation lui sont apparues à chaque fois pertinentes, voire incontournables à sa pratique clinique pour reprendre ses termes. Quant à cette travailleuse sociale, une telle démarche permet aussi selon elle de briser l'isolement des protocoles individuels des grandes structures de soins:

« Tu sais [nous] on travaille beaucoup en silo au CSSS. On est seul. On porte nos dossiers souvent tout seul. Je trouve que, quand tu rentres [là], c'est pas ton dossier tsé. Tout le monde se l'approprie. Tout le monde participe. Et ça c'est une grande richesse. Tu ne sens pas la lourdeur des difficultés, on amène une vision plus complexe de la situation... parce que quand t'es intervenant, t'es pris. T'as le nez collez dessus. Et tu vois ça des fois c'est lourd [...] et donc ça devient un peu plus léger pour l'intervenant [intervenante en CSSS, avril 2013]. »

Au cours de la section suivante, je m'attarderai davantage à la coordination et au fonctionnement des activités cliniques conduites par ce module d'ethnopsychiatrie. Dans le but de participer à une compréhension concrète de la démarche ethnopsychiatrique qui, bien que prenant des formes différentes d'un centre à l'autre comme il a été mentionné précédemment, permet souvent l'émergence de questionnements similaires que nous retrouverons à travers les témoignages de nos informateurs, j'ai choisi de m'attarder ici à présenter les aspects généraux de son fonctionnement en prenant soin de souligner sa spécificité au sein du réseau de la santé québécois et montréalais. Cette synthèse me permettra donc de bien contextualiser les expériences des personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche - en l'occurrence celle des équipes soignantes et des intervenants qui en font la demande. Elle me permettra également de souligner, en définitive, quelques-uns des facteurs structurels pouvant avoir un impact sur l'orientation des malades vers ce type de consultation, évoquant simultanément des particularités dans la dynamique relationnelle et les critères utilisés par les travailleurs médico-sociaux pour justifier un tel itinéraire thérapeutique. Ces divers éléments seront par la suite développés plus en détail dans la section suivante ainsi que le chapitre à venir, par l'entremise d'histoires et de vignettes de familles et de patient adolescent ayant été raconté et/ou adressé vers un tel dispositif de soin.

### 3.3. La question de la demande et les dispositifs de la rencontre:

#### Particularisme et contextualisation

Suivant l'article de Lecompte, Jama et Legault (2006) faisant mention plus en détail des modalités d'intervention spécifique à la Clinique de Psychiatrie Transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon<sup>45</sup>, ce module d'intervention comptait, au moment de notre enquête de terrain, quatre équipes constituées de cinq membres de la clinique externe de psychiatrie et de dix à quinze autres thérapeutes bénévoles provenant d'institutions et

---

<sup>45</sup> Cet article publié en 2006 dans un numéro de la revue *Santé Mentale au Québec* destiné précisément aux approches ethnopsychiatriques pratiquées au Québec y décrit notamment les principaux paramètres de l'intervention en ethnothérapie en prenant exemple sur le module d'intervention de la Clinique de Psychiatrie Transculturelle Jean-Talon. Ces fondements inspirés de l'approche française Nathan/Devereux, les problématiques de consultation, les paramètres de son fonctionnement, et la finalité de cette approche y sont présentés. Dans une publication précédente (2005), Tshisekedi-Kalanga et Legault font également l'analyse d'une intervention clinique à partir du même module d'intervention.

d'organismes divers. Bien que ce groupe soit constitué d'un noyau plutôt stable de cliniciens et d'intervenants, il est à signaler que, d'une année à l'autre, de nouvelles figures s'arriment au module et d'autres le quittent pour une période déterminée, indéterminée ou définitive. En plus de leurs formations personnelles respectives ainsi que des appartenances culturelles diversifiées de notre échantillon d'informateurs provenant de ce dispositif<sup>46</sup>, plusieurs répondants (cliniciens et intervenants) rencontrés au moment des entrevues ont souligné d'autres sources de formation ayant grandement contribué à leur expertise actuelle. Les voyages, les lectures scientifiques, le travail bénévole et communautaire, les stages professionnels, les pratiques cliniques, stages et autres activités de formations à l'étranger sont les plus fréquemment cités. Dans l'ensemble, les approches thérapeutiques par nos informateurs cliniciens peuvent être qualifiées d'hétérogènes, mais d'autres vocables sont utilisés pour décrire leurs pratiques cliniques, dont: « un système à géométrie variable », une « approche psychodynamique modifiée », « herméneutique », qui « combine le systémique et le familial », une approche qui « permet de travailler à plusieurs niveaux simultanément », ou encore « en constante évolution et adaptation par rapport au modèle de l'ethnothérapie inspiré de l'approche Nathan/Moro ».

Les activités cliniques menées par les membres de ce service au moment de notre enquête de terrain se divisent principalement en deux types: la *consultation* et le *suivi* ou *l'intervention clinique*. Elle complète ainsi l'offre de services en santé mentale offerte par le CSSS local. Bien que l'analyse des effets d'un recours aux évaluations psychologiques dans l'établissement par rapport à une clientèle adolescente représente un sujet d'étude fort intéressant, voire même impératif, là n'est pas l'objet de discussion souhaité de ce mémoire. L'analyse portera donc uniquement sur la consultation clinique.

Il convient d'abord de préciser que les patients ne sont d'ailleurs jamais pris en charge directement par la clinique sans la présence et l'intervention d'une personne accompagnatrice (que nous pouvons appeler le référent) assurant la continuité du suivi thérapeutique avec la famille. Appelé à travailler en étroite collaboration avec l'équipe en

---

<sup>46</sup> Voir à la section 2.6 du chapitre méthodologique.

place, ce référent est le professionnel qui, en appliquant son protocole de soin et/ou d'intervention standard avec le patient en question, bute sur des difficultés et voit son travail auprès de son client et/ou la famille piétiner. De fait, les travailleurs sociaux, les psychologues, les médecins, les intervenants psychosociaux de différents organismes (dont ceux ayant une mission liée à l'accueil des nouveaux arrivants, les services communautaires, etc.) et des institutions (para)gouvernementales (DPJ, milieux scolaires, correctionnels et hospitaliers) sont les plus interpellés. Le service se donne à cet égard un mandat d'accompagnement du référent en complémentarité avec les modalités d'intervention établies préalablement pour le client. À l'étape de pré-évaluation (que l'on nomme aussi la consultation), lors de la discussion avec l'équipe clinique, le référent apporte généralement les informations connues sur la situation de l'individu ou de la famille concernée. À l'issue de cette étape de consultation, des recommandations seront faites et, le cas échéant, si une intervention d'ethnothérapie est proposée, c'est à elle qu'il revient le choix d'offrir le service à la famille, avec le support de la personne responsable de l'équipe d'intervention. Elle verra ainsi à planifier les rencontres en respectant le consentement de la personne et de la famille. Tel que le précisent Sylvaine de Plaen et ses collègues (2005), l'importance de connaître qui fait la demande de consultation et qui la rémunère à l'intérieur d'un mandat institutionnel bien défini (et donc limité) constitue également un aspect important à prendre en considération au moment de l'évaluation clinique (c'est-à-dire avant la demande de consultation):

[...] la perspective, les comportements, ou encore les attitudes de la personne responsable de l'entrevue vont varier selon les institutions d'appartenance et les mandats spécifiques dont elle est tributaire (DPJ, CLSC, hôpital, école). Ce contexte institutionnel particulier a aussi des impacts évidents sur la personne visée par l'évaluation, notamment au niveau de sa collaboration et de sa confiance dans le processus. Par exemple, une évaluation clinique est très différente selon qu'elle est faite dans le cadre d'un processus d'audiences pour l'immigration, pour statuer sur l'orientation d'un enfant dont le développement est jugé compromis<sup>47</sup> (en fonction de la Loi de la Protection de la Jeunesse) ou encore pour obtenir davantage de services scolaires pour un enfant en difficulté (De Plaen et coll. 2005: 284).

---

<sup>47</sup> À ce niveau, notons le défi supplémentaire que peut induire la présence d'un intervenant de la DPJ (Direction de la Protection de la Jeunesse) ayant en charge le dossier de l'enfant concerné, dont le rôle est aussi celui de représentant de la loi, ayant le pouvoir de faire conserver ou de récupérer la garde de celui-ci en imposant une limite au libre exercice de certains droits de l'enfant ou des parents. Selon les articles prévus à cet effet dans la *Loi sur la Protection de la Jeunesse* (MSSQ, 2010), l'enfant et ses parents ne peuvent s'opposer à l'application de telles mesures, bien que leur adhésion soit souhaitable et le consensus, envisagé.

Au début de chaque séance consultative, le référent explique brièvement ce qui lui semble être les difficultés de la personne et/ou de la famille, comment il perçoit leurs souffrances, présente l'évolution de la situation, etc. Celui-ci peut alors introduire de nouvelles interrogations et faire état des interventions effectuées entre les rencontres s'il y a lieu. Selon Raphaël et coll. (2002)<sup>48</sup>, de nombreuses informations circulent à travers ce type de dispositif groupal, d'autant plus que les cothérapeutes sont actifs à provoquer des hypothèses et à favoriser les récits. Ces séances sont généralement précédées d'une étape de consultation où le référent reçoit des informations éclairant la situation et contribuant au projet thérapeutique, l'équipe clinique s'assurant de voir avec celle-ci à son articulation au plan d'intervention initialement prévu. Malgré les variations au sein des discours des cliniciens, certains aspects vont généralement orienter, à divers degrés, la consultation; en ce qui concerne la séance à proprement parler, Tshisekedi-Kalanga et Legault (2005) nous rappellent qu'elle débute toujours par la présentation des membres de l'équipe, chacun déclinant son ou ses nom(s), sa ou ses occupation(s) et sa ou ses origine(s). Des explications sur le dispositif sont données et la confidentialité du service est assurée aux bénéficiaires. Chaque séance, d'une durée approximative d'une heure et demie, consiste avant tout à documenter:

1. **Le profil sociodémographique de la famille:** âge, genre, langue maternelle, statut social, compréhension (ou non) du français ou de l'anglais, le besoin d'un interprète, le lieu de naissance du patient et des parents, date d'arrivée au Canada;
2. **Le parcours migratoire de la famille:** pays de départ jusqu'à l'arrivée, lieux de transitions (s'il y a lieu), conditions de départ et motivations; participation ou non à des conflits sociopolitiques; conditions d'arrivée et d'établissement, conditions de vie actuelles; liens familiaux et/ou communautaires; statut d'immigration actuel;
3. **Information générale liée à la santé de la personne et historique de la maladie actuelle:** modalités d'apparitions des symptômes et/ou du problème observé (contexte), situation physique et psychologique de la personne, suivi médical particulier (prise de

---

<sup>48</sup> Cette équipe clinique est celle du CLSC Saint-Michel offrant des services de consultations en ethnothérapie et en santé mentale (CÉSAME) dirigé par le Dr. Franz Raphaël. D'après leurs analyses, on retrouve d'ailleurs à la base de toute référence en ethnopsychiatrie, l'une des trois problématiques suivantes: les problématiques associées au parcours migratoire, les problématiques de la fonction culturelle, ainsi que les problématiques mystiques et relatives aux croyances, lesquelles sont également discutées plus en détail dans la thèse doctorale de A. Warnant (2010: 35-37).

médicament, suivi hospitalier, thérapie familiale, etc.), impacts et résultats des itinéraires thérapeutiques préconisées (dégradation, amélioration, abstention, etc.); perceptions du soignant et de la famille/entourage sur la condition du patient; systèmes et horizons explicatifs de la maladie; perceptions sur les causes des difficultés ou des troubles présentés;

4. **Les attentes entourant la demande de consultation:** la ou les raisons du questionnement, demande d'information, demande de suivi, pistes d'interventions à préconiser avec le patient et/ou la famille (s'en suit généralement une explication et/ou précision du mandat de la Clinique et des services offerts);
5. **Discussion - recommandation - modalités accompagnement:** pistes et hypothèses à explorer, modalités des rencontres, horaires, consentement de la famille à participer à l'intervention (s'il y a lieu); discussion concernant la pertinence de l'approche ethnopsychiatrie dans la situation (s'il y a lieu).

Bien que la structure des consultations soit sensiblement la même pour l'ensemble des référents, la plus grande partie du travail attribuable à son mandat consiste ainsi, me précise une informatrice, en son rôle d'« accompagnateur » qu'elle me résume ainsi:

« Le type de relation qu'on a [avec les institutions], c'est-à-dire on est là pour répondre à leurs demandes, les aider. Donc on est pas là pour leur dire quoi faire, on les accompagne dans ce qui a à faire. Hein. Si c'est pour dire quoi faire, y a des espaces pour ça. Donc ils vont nous demander s'il y a des formations, si... on va leur apporter de l'éclairage, mais on travaille avec eux. On est pas là pour dire faites-ci, faites ça. Non non non. On les accompagne dans les petits bouts qui manquent, on vient compléter. Et ces petits bouts-là qui les compliquent le plus souvent, les petits bouts qui ont un lien avec la culture. [...] Donc on ne peut pas dire nous on travaille, non on complète. On vient donner un coup de pouce à ce qu'ils font, où ils sont bloqués, pour débloquer et puis ils avancent. On se revoit à nouveau, on vérifie, et puis ils avancent à nouveau voilà comme ça [Informatrice clinicienne, mai 2013]. »

La démarche d'aide et d'accompagnement auprès de ces intervenants s'organisera ainsi dépendamment de l'ouverture et de l'intérêt du référent (et aussi de la famille) à entreprendre une démarche de ce type, tout comme des objectifs poursuivis. Par conséquent, la position des intervenants dans le cadre d'évaluation n'est donc jamais tout à fait neutre, puisqu'elle peut en effet participer du *statu quo* lorsqu'on décide du bien-fondé (ou non) quant à la pertinence d'une telle démarche. Aussi, la complexité émanant de l'entente et de l'organisation de tous ces partenaires au sein de l'itinéraire thérapeutique m'est apparue évidente, la spécificité du mandat de la Clinique s'exprimant d'ailleurs par

la grande quantité de professionnels avec lesquels ils peuvent avoir à collaborer, et dont les mandats spécifiques peuvent diverger de manières significatives. Il faut cependant rappeler, à l'instar de De Plaen et ses collègues (2005: 287), qu'à l'intérieur de chaque institution, des différences parfois significatives existent au niveau même des cultures professionnelles en place, avec des cadres théoriques et des façons de faire et de dire qui peuvent varier, les intervenants et les professionnels se situant également dans des géométries variables par rapport aux cadres dominants et aux normes de pratiques dans lesquels ils évoluent et essaient parfois, comme nous le verrons, de s'en décentrer.

Les observations et les entretiens réalisés auprès de nos répondants montrent d'ailleurs des discours et des identités médicales plutôt labiles et scindées, et met à jour les tensions et les ambiguïtés issues des croyances, des rationalités et des pratiques soignantes qui colorent et conditionnent partiellement les « taches aveugles<sup>49</sup> » - tant collective qu'individuelles -, qui viennent influencer leur propre discours, et en particulier les stratégies de communication en établissant des ordres de priorité, des conceptions particulières de la clientèle immigrante ou encore des modes de relation de pouvoir spécifiques qui peuvent intervenir à leur insu dans l'espace thérapeutique. Ces professionnels mobilisent en effet des éléments disparates dans leurs stratégies de soin, plusieurs registres et savoirs (normatifs et profanes) parmi lesquels figure également de multiples affects souvent disqualifiés ou mis en distance en fonction des réalités micro et macrocontextuelles qui influencent les modalités polyréférentielles de la santé (mentale) et de maladie. L'appréhension du corps-malade, les niveaux d'écoute particulier de sa souffrance, les explications qui lui sont accordées, etc. ne sont pas des acquis que l'on pourrait réduire aux savoirs savants (parmi lesquels figure celui de la consultation transculturelle), mais bien des constructions complexes - parfois peu formalisées et peu interrogées -, élaborées au cours des expériences professionnelles et personnelles de chacun des acteurs en présence dans la relation de soin (Fortin et Laprise, 2007).

---

<sup>49</sup> Lorsqu'elle parle de « tache aveugle », Julia Kristeva (1969) touche ici à la partie et à la portée du rapport entre *notre* interprétation (individuelle, subjective) et l'objet qui l'a partiellement déterminée (collectif) qui préexiste donc à toute interprétation.

En conséquence, le prochain chapitre vise à illustrer plus concrètement l'impact variable de ces appartenances et de ces identités (personnelles et professionnelles) sur le travail clinique auprès des adolescents (es) et des familles immigrantes, particulièrement lorsque les champs d'expériences et d'expertises des intervenants y décèlent la présence d'enjeux et de malaises qui se retrouvent intriqués aux demandes et aux contextes de la consultation. C'est à ce titre que j'examinerai ces interactions plus en détail, afin de saisir les convergences et les divergences de point de vue qu'ils traduisent entre les personnels médico-sociaux interrogés, ainsi que les multiples sens qu'ils accordent à leur expérience de la diversité culturelle des malades. Ces données articulées à la clinique ont permis d'effectuer des analyses à la fois intra corpus (chaque entretien en lui-même, par catégorie professionnelle, par unité) et inter corpus (triangulation entrevues-observations et analyses de cas), mais également (et surtout) à la lumière des biais révélés par l'enquête elle-même.

## CHAPITRE IV

### LA PRISE EN COMPTE DE LA DIVERSITÉ CULTURELLE, SES LIMITES, SES STRATÉGIES:

#### Orientations et articulations des discours soignants

Au bout du long corridor qui mène à la salle destinée à la rencontre, j'aperçois une famille franchir les portes du service et se présenter au secrétariat de la consultation. Je décèle la présence de l'interprète qui se lève aussitôt pour les accueillir. La travailleuse sociale arrive à la course peu de temps après leur entrée, essoufflée, s'excusant de son retard. Annoncés à l'équipe thérapeutique, ils attendent d'être reçus dans une salle d'attente au milieu du va-et-vient de la clientèle de la clinique externe, à plusieurs ou seuls. Un espace bureau plutôt sombre, agrémenté d'une bibliothèque et d'un « coin enfant » au centre de la pièce avec quelques jouets les accueille. Un des deux enfants du couple s'y précipite aussitôt, bousculant presque sa mère, et y découvre quelques crayons de cire et une feuille blanche. Il s'exécute. Le groupe est reçu par un cercle de thérapeutes qui se présentent les uns après les autres. Beaucoup d'entre eux ont reçu une formation en psychologie, les autres sont interprètes, travailleurs sociaux, médecins, anthropologues. Ceux-ci sont congolais, français, haïtiens, québécois, indo-pakistanaï. Le médecin-anthropologue et thérapeute principal, installé face aux patients, médiatise toutes les questions. La famille, accompagnée de l'interprète chinois-français et de la travailleuse sociale, est alors invitée à exposer et partager leur souffrance au groupe.

Notes d'observation, séance d'intervention clinique en groupe  
février 2013

L'objectif de ces consultations, on l'a vu, est de donner la possibilité aux malades d'exprimer leur souffrance en considérant les spécificités culturelles et sociales du patient (Nathan, 1991), tenant au fait qu'il met à leur disposition un interprète de la langue maternelle, et qu'il prend en compte, m'explique une ethnothérapeute « leur culture d'origine, mais aussi leur situation migratoire et les difficultés d'adaptations à la société d'accueil ». C'est donc autour des conditions d'insertion dans la société d'accueil, leur engagement dans des processus d'acculturation incontournables, de « la place des symptômes dans la reconstitution d'une histoire et de son interprétation » poursuit-elle, que s'organise la problématique des soins. Les modalités de ce partage sont variables et nombreuses, les savoirs, à découvrir.

Ce chapitre a pour but de mieux situer et de nuancer quelques-unes des postures discursives et pratiques thérapeutiques en insistant sur la pluralité des regards qui traversent les espaces de soin comme ceux de la Clinique transculturelle en portant un

regard holistique les discours, les soins, et plus particulièrement les dynamiques entre les professionnels de la santé qu'on y retrouve et les familles aux origines et problématiques diversifiées. Non pour dénoncer, à l'instar de plusieurs, la psychologisation du social à travers une critique anthropologique de la souffrance humaine qui risque bien d'être à son tour tautologique, mais bien à voir comment le social et le culturel sont problématisés dès lors que l'on saisit à partir des atteintes psychiques et normalisées qui lui sont généralement imputées, puisqu'il officie à la santé et à la guérison dans un local lui-même traversé par des différences et des rapports de classes sociales, d'accès au pouvoir, d'orientations et de bagages culturels qui se chevauchent, découpent, conditionnent autant la manière avec laquelle la souffrance est vécue, communiquée et traduite.

Ce qui nous intéresse ici, je le réitère, c'est le travail de (re)composition et de négociation du social performé par les acteurs - ethnopsychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers psychiatriques (et la société avec eux), en discutant l'hypothèse que cette pratique particulière d'attribution de sens et qui recouvre les pratiques cliniques se portant au chevet du culturel et du social est *aussi* une clef d'entrée de la compréhension des malaises sociaux intriqués aux matrices institutionnelles qui encadrent les rapports cliniciens-intervenants et patients-migrants. Cette complexité réfère à bon nombre de facteurs incluant non seulement la diversification des origines nationales, ethniques ou encore religieuses, mais intègre *a fortiori* des variables liées notamment à la différenciation sociale et culturelle (Juteau, 2003; Bourdieu, 1982) tout comme la hiérarchisation des groupes (Simon, 1997; Guillaumin, 1972) - âge, sexe, classe sociale, etc. (Fortin et Carle, 2007) comme témoins de la rencontre et qui suscitent des réactions qui peuvent rendre difficile la compréhension de l'Autre méritant, à mon avis, la même attention que l'étude sur sa différence<sup>50</sup>.

Au-delà des dimensions culturelles en jeu, et ce tant au niveau du patient que du thérapeute ou intervenant, les rencontres et les évaluations cliniques se produisent également dans un contexte qui possède ses propres enjeux de pouvoir et de contrôle à l'image de toute interaction sociale (Rousseau, 1998), les soignants et les soignés ayant

---

<sup>50</sup> La revue *Hommes et Migration*. No. 1225, Mai-Juin 2000-5, a d'ailleurs consacré justement au thème de la santé et du traitement du patient migrant un éditorial intitulé: « Santé: Le Traitement de La Différence » à partir duquel je reprend cette expression.

leur propre système de références, systèmes construits à partir des normes et des valeurs prônées par la société majoritaire, renforcées au cours de leur formation professionnelle et imprégnée de leurs propres expériences et enjeux identitaires. La question est de savoir à quel point cette prise de conscience de ces jeux de pouvoir (tacites) peut potentiellement agir et conditionner, favoriser ou dénaturer les échanges, soulignant non seulement l'impact variable des mandats et des appartenances institutionnels, mais aussi des conceptions particulières de l'« immigré » et de son traitement ou encore des modes de relations hégémoniques spécifiques qu'ils peuvent entretenir à l'insu des professionnels mobilisés dans l'espace thérapeutique. Comment ce contexte vient-il informer le matériel qui y circule et qui encadre la complexité de ses relations, à un degré ou à un autre? C'est avec l'intention d'examiner l'articulation de ces différents aspects de l'interprétation du mal-être tels que formulés à la consultation clinique par les répondants, à l'intersection d'une littérature déjà riche en analyses, que se dessine la présente discussion.

#### 4.1 De la Clinique comme passeur de l'altérité à la recherche d'une perspective

Il apparaît que le cadre ethnopsychiatrique, on l'aura compris, a finalement peu à voir avec ceux de la plupart des écoles thérapeutiques offertes dans les centres de soin en santé mentale du réseau québécois. Non seulement la méthode de travail est différente, tout comme les objets thérapeutiques utilisés<sup>51</sup> et les thématiques abordées avec les référents et les familles: étiologies traditionnelles, idées concernant la nature et le rôle de l'enfant, proverbes, principes de nomination, théories implicites, façons de faire de son groupe d'appartenance, systèmes de parenté, les parcours migratoires, etc. On peut avancer, à l'instar de la thèse de A. Warnant (2010)<sup>52</sup>, que cette discipline apporte aussi une dimension particulière dans la compréhension des cas cliniques auxquels elle s'applique, puisque les référents « culturels » y sont privilégiés alors qu'ils sont, la plupart

---

<sup>51</sup> Pour une illustration de l'utilisation des outils thérapeutiques en thérapie ethnopsychiatrique, lire les articles de Nathan (1993): « L'oeil, le poisson magique et le talisman. Cause et sens en pratique ethnopsychanalytique »; (1990) « De sable, de plomb et de cola. ethnopsychanalyse des objets actifs ».

<sup>52</sup> Concernant la mobilisation de la question de l'honneur au sein d'un tel dispositif et son entendement vis-à-vis des ethnothérapeutes et des intervenants montréalais et parisiens.

du temps, laissés de côté dans d'autres orientations psychothérapeutiques. Or, d'un côté, les séances en ethnopsychiatrie permettent à ces thématiques particulières d'émerger sous la présomption conceptuelle et théorique qu'ils y seront valorisés et prises en considération par les différents acteurs (y compris les familles<sup>53</sup>); de l'autre, la consultation, qu'elle soit d'orientation transculturelle ou non, est aussi cet espace où ce qui pose problème est exposé et discuté: il n'y a, en effet, pas de consultation sans une problématique à sa base, et évoquée à travers des sujets connexes représentant les multiples points de départ à la demande de consultation, porteur d'enjeux à la fois collectifs et personnels:

« [...] Souvent ce que je me rends compte, c'est souvent un manque de lien avec les familles. C'est qu'ils [les intervenants] arrivent pas à faire un lien avec la famille parce qu'il y a des résistances, et on explique ces résistances soit par des troubles de comportement, une maman qui a un trouble psychiatrique et qui veut rien savoir de la DPJ par exemple, ou bien soit on les explique par des résistances religieuses, culturelles comme une famille musulmane qui est très pratiquante et qui veut pas faire intervenir d'autres agents, des agents de l'État, dans l'union de la famille, de peur que les enfants deviennent plus... deviennent émancipés, et qu'ils nient leurs pressions. Soit ont les expliquent par ça et les familles vont se fermer. [...] Mais souvent, c'est une difficulté d'établir un lien d'alliance, un lien de confiance avec les familles, avec les jeunes, un jeune qui est parfois résistant. Ou bien des fois c'est des problématiques de langues, des difficultés de communications, parce que les familles ne parlent pas du tout français ni anglais, et ont des difficultés à trouver des traducteurs. Il y a comme... souvent des enjeux qui empêchent la famille et les intervenants de communiquer ensemble. Ils vont dans tous les sens. La famille va dans un sens, ils vont par exemple recourir à des moyens culturels pour comprendre leurs difficultés, et les intervenants vont dans le sens des lois et leurs propres compréhensions [informatrice clinicienne, juin 2013]. »

Comme l'indique cette informatrice, plusieurs intervenants se disent préoccupés par la difficulté à établir une relation efficace et significative avec les patients et leurs familles, à cultiver une attitude ouverte et flexible face aux pratiques de soin ou encore à témoigner d'une sorte d'insuffisance de la traduction professionnelle à décoder les signifiants culturels, notamment dans les situations chargées sur le plan affectif. Les pratiques

---

<sup>53</sup> On peut également penser que si une telle démarche ne se substitue pas non plus au traitement médical, pharmacologique ou encore correctionnel, s'avérant parfois nécessaire, la faillite à reconnaître l'existence des difficultés socioéconomiques, politiques et institutionnelles pour les nouveaux arrivants en dévoilerait peut-être alors ses limites inhérentes. On peut noter à cet effet certaine préoccupation ou crainte d'intensité variable que plusieurs spécialistes en transculturel (Rousseau, 2004; De Plaen, 2004; Sterlin, 2006a, 2006b, Crenn, 2000a; 2000b) ont soulevés, dont celles, note particulièrement Cécile Rousseau (2004: 11-12), de surdéterminer l'influence du culturel dans le vécu des patients au profit des déterminants sociopolitiques ou économiques par exemple.

ethnopsychiatriques d'accompagnement se veulent toutefois un moyen de relier l'expérience subjective de la maladie et du soin à leurs dimensions (inter)subjectives, langagières, corporelles, familiales. Elles se veulent également une réponse à la fragmentation de l'expérience dont nous avons déjà parlé, séparation de l'individu et de son environnement, de son corps, de sa *psyche*<sup>54</sup>. Mais l'expérience de la maladie par l'intermédiaire des soins, qui sont en effet ces formes variées « d'attentions à l'Autre » pour reprendre les mots d'une répondante, n'est-elle pas en soi expérience de rupture et de fragmentation?

En entrant en contact les un avec les autres, l'effort de singularisation du soignant pour constituer le malade en sujet de sa maladie, nous précisait M. Foucault (1963), s'exposant à différentes manières de saisir et de traiter la nature du malaise, se heurte constamment aux limites de toute individualisation et à la nécessité de consentir à exister dans un monde partiellement défini par la relation à l'autre<sup>55</sup>, et donc à s'aliéner<sup>56</sup> partiellement, ce qui pose tant de difficulté à ceux-là mêmes qui sont engagés dans la relation de soin. À la nuance près que ces écarts peuvent être implicites, et j'insiste sur le terme, le projet de prise en charge technique et professionnelle de l'expérience intime du corps-malade et le rôle de la biopsychopathologie et des dispositifs d'interventions censés pallier, corriger, gérer (Castel, 1980) le marquage des manques est ici peu banal; un peu comme si les malaises exprimés ne trouvaient plus d'écho dans les savoir-faire professionnels et les actions pouvant y répondre, ou plus exactement, de leur passage de l'état latent à l'état patent vers ce type de consultation, contribuant à la fois à les rompre et à les (re)créer.

---

<sup>54</sup> À l'instar des propos (critiques) recueillis auprès de certains cliniciens et intervenants (les points de vue étant aussi variés) au sujet de la rencontre clinique, notamment lorsqu'il est question d'écarter l'amalgame biosocioculturel plus représentatif me disent plusieurs, des situations qu'ils rencontrent.

<sup>55</sup> Entendu ici comme l'expérience ressentie et incluant sa propre position dans le champ des relations de pouvoir.

<sup>56</sup> En réponse à cette menace de désobjectivation tacite qui hante les rapports cliniques nous disait M. Foucault, et donc dans un monde partiellement « inventé » par l'autre. Autrement dit, c'est l'attention tournée vers le « soi » qui cause problème. S'il y a un rapport à l'altérité, nous devons en effet d'abord considérer que pour que s'engage la négociation, il faut non seulement qu'il y ait conflit (potentiel), que les acteurs affrontent leurs valeurs et leurs normes, mais encore que les soignants (détenant le sous-texte de pouvoir) acceptent de réinterroger leur propre perspective. Tel que le mentionne Alexis Nouss (2001: 53) « l'altérité » puise les mêmes racines étymologiques qu'« altération » qui, dans son usage de la langue française, est presque synonyme de dégradation, de dénaturation, évoquant toujours plus ou moins la perte (et j'ajouterais la transformation) de l'identité qui sont l'effet de processus et d'influences particulières exercées par un autre (ou des autres?).

De la même manière, l'analyse des discours tenus par les différentes catégories de soignants rencontrés à la consultation met en exergue et atteste de l'importance que prend le champ des représentations<sup>57</sup> des professionnels médicaux et paramédicaux, de leurs patients et des proches sur la situation clinique et leur incidence sur la relation de soin, c'est-à-dire entre *soignants* - acteurs normés par les valeurs dominantes et dont les actions ont une visée éducative et normative; et *soignés* - qui pense et agit dans un autre registre de normes (je pense bien sûr en premier lieu aux différences de classes, de genres, ou de générations).

#### 4.2 Éléments conflictuels et dynamiques de la rencontre: Entre l'imposition normative et le traitement de la différence

Une des premières explications de la survenue des ruptures de sens et d'interprétations que l'on retrouve intriquées à certaines demandes de consultation tiendrait d'ailleurs à ce moment où l'un ou l'autre des acteurs, parfois les deux, mais généralement un seul - et surtout le patient -, se dérobe de la (ou des) figures repérées<sup>58</sup> (et classées) par les soignants comme entité altérée par ces jeux de pouvoir qui lui sont projetées, en lui révélant d'autres que le soignant ne comprend plus, ne « reconnaît » plus comme il m'a été donné d'entendre, mais qu'ils n'ont en fait jamais connues. À cet effet, Fortin et Le Gall (2007: 9) ajoutent que:

Les professionnels de la santé et les familles sont porteurs de croyances, de normes et de valeurs qu'ils ne partagent pas toujours. Chacun intervient avec son cortège d'identités, de statuts, de rôles et de références. Les premiers interviennent sur la base d'une compétence d'experts, en vertu d'un mandat de soutien aux familles. En plus de normaliser les

---

<sup>57</sup> Comme le rappelle très justement Véronique de Rudder (2002, cité dans Cagnet, 2013: 202): « considérer les univers de représentation et de significations collectives en tant qu'élément intervenant objectivement dans les interactions permet [...] de concevoir des relations virtuelles ou effectivement conflictuelles, comme de comprendre leur négociation. »

<sup>58</sup> Ces agglomérations (qui sont en réalité des marqueurs soigneusement sélectionnés et auxquels on donne une valeur plutôt emblématique) constituent plus souvent des appartenances groupales assignées que des appartenances revendiquées (De Rudder et coll. 2000), et laissées à l'appréciation du médecin ou de l'intervenant (Bernard et McAll, 2004; Gilloire, 2000). Des pratiques qualifiées « d'étiquetages » ont d'ailleurs pu être relevées par Anne Vega (2000; 1999) par exemple qui, dans leurs enquêtes en milieu hospitalier, ont montré comment le personnel soignant organise son travail à partir de telles catégorisations ayant des implications pratiques au niveau, par exemple, de l'ordre de passage aux urgences des patients ainsi que sur la répartition des secteurs des infirmières hospitalières. Cette circulation donne, note de son côté Marguerite Cagnet (2013), autant de « cas » - (ex: « mon cas lourd, mon cas difficile, mon cas facile, mon jeune à problème, etc.) - qui peuvent être entendu également à la consultation et auxquelles s'articulent des figures archétypales qui non seulement à l'état de santé à proprement parler, mais aussi à d'autres variables sociales (professions, âge, statut social, sexe, origines ethniques, etc.) et psychologiques (caractère, tempérament, qualité des relations avec les proches, sens de l'humour, etc.).

pratiques de ces dernières, ils ont un pouvoir parfois direct, parfois indirect de sanctionner les conduites jugées inadéquates, ou, dans le certain cas, de se substituer aux familles<sup>59</sup>.

Or, d'autres formes de pouvoir iront bien au-delà de telles menaces formelles; le simple fait d'être patient, non-fonctionnel donc, dans le cadre où l'intervenant bien habillé, composé, dans son milieu institutionnel, doit créer un malaise qui transforme même une tentative d'aide en menace sous-textuelle appliquée, par exemple, à des modes de subjectivation et de médiation émotionnelle et cognitive: « [...] je doute de leur capacité à faire face à la situation »; « [...] il devrait davantage se responsabiliser »; « [...] j'essaye de les amener à changer les choses progressivement, mais ce n'est pas facile ». Cette menace tacite n'est cependant pas l'arme des seuls détenteurs du pouvoir nous précise S. Fainzang (2013: 91): « [...], car chacun, à l'intérieur de cette relation, gère sa parole et s'interroge sur les paroles de l'autre, et chacun cherche à acquérir un pouvoir à travers l'usage qu'il en fera ». Par exemple, dans cette situation qui m'a été confiée où les paramètres fondamentaux impliqués dans la constitution du sujet et de son objectivation ont été compromis, le sentiment personnel d'intégration émotionnelle et cognitive, les représentations, les relations au corps et les perceptions de la réalité, sont ici aux premières loges d'un tissage complexe où ces langages et paradoxes concernés à l'expérience des malaises intimes y résonnent à différents niveaux et en multiplient les écueils.

Un père afghan, récemment arrivé à Montréal, qui ne parle ni français ni anglais, est judiciairisé pour avoir battu son fils aîné de 16 ans. Il ne comprend pas ce qui se passe lorsqu'il est questionné à la Cour du Québec en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse : « Nous sommes musulmans, le fils doit obéissance à son père, et il m'a désobéi ». La travailleuse sociale chargée d'étudier le signalement observe lors de sa visite au domicile que le père, qui insiste pour que son fils maîtrise le Coran et l'accompagne à la mosquée de son quartier, s'expose à de violentes querelles avec celui-ci lorsqu'il lui avoue vouloir diminuer ses visites et ses lectures coraniques. L'équipe soignante évoque la « distance culturelle » pour expliquer le comportement du père, jusque-là hostile aux recommandations des agents sociaux. Les échanges sont faibles, l'alliance, compromise. L'intervenante m'explique en entrevue : « [...] ce cas-là était vraiment difficile [...] c'était vraiment difficile d'avoir accès aux parents, de leur faire changer les choses parce que pour eux, c'est normal tsé ce qui se passe. En tout cas c'est ce que je comprends. Mais nous [en parlant de la DPJ] on ne voulait pas nécessairement retirer l'enfant, parce que quand on retire l'enfant du système familial, souvent, s'est difficile de le réintégrer. Il fallait vraiment... tout en protégeant...

---

<sup>59</sup> À l'avenant, Saillant (2000) note que l'intervention en santé, toujours inscrite dans une dynamique professionnelle et une matrice organisationnelle, qui définit les mandats, les statuts, et les rôles des participants, impose par le fait même une asymétrie tacite dans les rapports où prédominent les statuts « experts » détenteurs de savoirs et de pouvoir sur la personne en difficulté et sa famille.

notre mandat s'est de protéger l'enfant, mais en même temps on veut pas qui soit... comment dire... mis à l'écart du système familial. Il fallait vraiment aller avec doigté pour faire changer les choses. [...] On ne savait vraiment plus où donner de la tête. »

Résumé de verbatim, intervenante en CSSS  
avril 2013

Dans tels contextes de divergences de perception des phénomènes de violence envers les enfants et des stratégies à privilégier pour y remédier, il devient difficile pour l'intervenant d'appliquer la Loi de la Protection de la jeunesse et de planifier un programme d'intervention qui répondrait aux besoins de l'enfant et de la famille en question. Lorsque l'intervenante psychosociale dénonce le comportement déviant et mal adapté de son client envers ses compétences parentales (étrangères ici aux valeurs québécoises), comportement que l'on doit sanctionner, corolairement, la présence ou l'absence de ressources et de capital social et symbolique<sup>60</sup> lui aussi inégalement partagé dans l'échange - exprimé notamment par le biais d'une bonne compréhension du système judiciaire, par l'aisance dans les structures, la maîtrise de la langue, etc. (et aussi de la forme « adéquate » lié au « *parenting* »<sup>61</sup> avec ses normativités et ses exigences institutionnelles) devient un atout essentiel pour celui-ci, pour la perception qu'en aura l'équipe psychosociale et les relations qui s'en suivront (Fortin, 2013: 184). Suivant la situation d'interaction dans laquelle elle se module, une identité ethnoculturelle discriminante ou marginalisée qui, dans certains cas, effacerait alors toutes les autres identités sociales de l'individu, ne peut être que mutilante dans la mesure où elle peut

---

<sup>60</sup> Entendu ici comme: « [...] la somme des ressources, actuelles ou virtuelles, qui reviennent à un individu ou à un groupe du fait qu'il possède un réseau durable de relations, de connaissances et de reconnaissances mutuelles plus ou moins institutionnalisées, c'est-à-dire la somme des capitaux et des pouvoirs qu'un tel réseau permet de mobiliser » (Bourdieu, 1992: 95).

<sup>61</sup> Au Québec, c'est l'intervenant de la protection de la jeunesse qui se charge de planifier l'intervention afin de corriger tout comportement parental jugé compromettant pour l'enfant. Les divergences d'opinions sont parfois très grandes, notamment lorsqu'il s'agit de reconnaître les caractéristiques fondamentales qui délimitent le modèle parental dans ces rapport (autorité) avec les enfants (Hassan et Rousseau, 2007). Cela semble également attribuable, notent Chan et coll. (2002), au fait que les professionnels ont une certaine tendance à utiliser le « modèle normatif » du groupe ethnique dominant pour évaluer et intervenir lorsqu'un comportement parental est jugé dysfonctionnel auprès des familles immigrantes. À la consultation, les discours de certains intervenants sur ces problèmes m'ont d'ailleurs semblé imprégner d'une telle vision qui est le reflet d'un attachement particulier à un modèle de référence et de comparaison qui sert implicitement à l'évaluation des familles, dont la conception dépend aussi du point de vue à partir duquel on évalue la chose. En contexte d'immigration, l'adoption d'une norme de référence est, en plus complexifiée par le fait que plusieurs niveaux de subjectivités entrent en jeu lors de son énonciation. Aussi serait-il pertinent d'explorer davantage les répercussions de ces mécanismes sur la famille et sur les jeunes qui les vivent.

aboutir à l'abjuration de toutes individualités *sui generis*<sup>62</sup> à partir de caractéristiques culturelles extérieures qui sont considérées comme leur étant consubstantielles, et donc quasi immuables. Sans doute vaudrait-il mieux retenir comme concept opératoire celui « d'identification » plutôt que celui d'« identité<sup>63</sup> » (Gallissot, 1987); l'assignation de différences signifie moins la reconnaissance de spécificités (culturelles dans ce cas-ci) que l'affirmation de la ou des identités attribuées, catégorisées, classées par le groupe dominant, et qui ne peut se faire, comme cela a été dit, qu'en fonction d'un cadre de relations et d'hégémonies spécifiques à une situation d'interaction particulière. Ce sont, en l'occurrence, les effets de sutures, de collusions, c'est-à-dire de la fabrication de ce qui lie (partiellement) le sujet dans des structures de sens, requérant non pas seulement que le sujet soit situé, mais qu'il s'investisse dans cette « position », se prêtant donc à des variations, des reformulations, voire des manipulations des références et des expériences identificatoires de chacun - dont les limites ne coïncident d'ailleurs pas toujours -, mais évoluent donc et se construisent aussi selon les intérêts matériels et symboliques du moment<sup>64</sup>.

Comme les intervenants psychosociaux entrent en scène lorsque l'intervention a échoué, la perspective d'écoute est donc élargie aux troubles relationnels liés à la situation d'intervention qui n'a pas marché, alors que parallèlement, ils doivent aussi faire face à l'incapacité (ou au sentiment d'incapacité) des personnes les plus précaires et les plus

---

<sup>62</sup> Comme l'a exposé par exemple Georges Devereux: « [...] lorsqu'une identité ethnique hyperinvestie oblitère toutes les autres identités de classe, elle cesse d'être un outil, et bien plus encore une boîte à outil; elle devient [...] une camisole de force. De fait, la réalisation d'une différenciation collective au moyen d'une identité hyperinvestie et hyperactualisée peut [...] amener une oblitération de la différenciabilité individuelle » (Devereux, 1972; cité dans Cuche, 2001: 108).

<sup>63</sup> Puisque l'identification peut fonctionner comme affirmation ou comme assignation identitaire, et donc comme « acte de pouvoir » écrivait Ernesto Laclau, (1990), l'identité, dépendamment du point de vue, est toujours un compromis, résultat d'une articulation et façon de se situer (Oriol, 1985) ou d'une négociation pourrait-on dire (Taboada-Leonetti, 2002; 1994), de « points d'attaches temporaires à la position du sujet élaborée par les pratiques discursives » (Hall, 1995). Les catégorisations produisent plutôt des artéfacts décontextualisés des rapports sociaux qui ont présidé leur construction (Barth, 1969). Pour Judith Butler (2009, cité dans Hall, 2008: 284): « [...] les identifications font partie de l'imaginaire; ce sont des efforts fantasmatiques d'alignement, de loyauté, de cohabitation ambiguës et inter-corporelles; [...] Les identifications en sont jamais totales et définitives; elles sont reconstituées et, en tant que telles, sont sujettes à la logique volatile et l'itérabilité. Elles sont ce qui est sans cesse contrôlé, consolidé, défendu, contesté, et parfois, obligé et céder. »

<sup>64</sup> Comme l'explique Pierre Bourdieu (1980), ces identités deviennent aussi l'enjeu de luttes sociales, notamment parce tous les groupes n'ont pas le même « pouvoir d'identification », car ce pouvoir dépend lui-même de la position qu'on occupe dans le système de relations et des possibilités de faire reconnaître comme fondées ses catégories de représentation de la réalité sociale et ses propres principes de division et de référence. Dans la mesure où l'identité est aussi la résultant donc d'un processus d'identification au sein d'une situation relationnelle, quelle soit emblème ou stigmaté, elle peut donc être instrumentalisée dans les rapports sociaux (Taboada-Leonetti, 2002; De Rudder, 1999) et n'existe pas non plus en dehors des stratégies d'affirmation des acteurs sociaux qui sont à la fois le produit et le support des luttes sociales et politiques (Bell (1975), cité dans Cuche, 2001: 111).

vulnérables à répondre aux injonctions d'autonomisation, catalysant le sentiment d'injustice et/ou de frustration. Lorsque les rendez-vous manqués, les démarches administratives non suivies, les hésitations face au plan de traitement, les résistances à l'ingérence des mandats législatifs, etc., entraînant une aide sociale et/ou thérapeutique difficile - par exemple l'implication des parents dans la trajectoire de soins de l'enfant ne correspond pas à celle attendue par l'équipe soignante -, sont rapportés à une ou plusieurs caractéristiques ou attributs (culturels) assignés par le soignant en raison de l'origine immigrante de la famille, sa perspective d'écoute est alors reformulée dans un langage tensiogène qui tirerait potentiellement profit d'une connaissance singulière en tenant compte des particularités (réelles ou imaginée<sup>65</sup>) à construire et à partager à la consultation:

« J'avais l'impression que c'était très culturel dans leur manière de penser... qu'ils avaient peut-être des barrières à aller vers l'extérieur. Et puis c'était dans un souci de mieux répondre à leurs besoins à eux, parce que des fois je pense que ça doit pas répondre à tous les types de familles [travailleuse sociale à la DPJ, avril 2013]. »

« J'avais l'impression que la façon d'intervenir ne sera pas la même, l'approche d'intervention ne sera pas la même... tout ça à cause de la culture, à cause de son éducation, à cause de son vécu. [...] C'est pas comme les jeunes ici tsé. C'est un jeune qui est arrivé au Canada ça fait même pas deux ans, qui a passé sa vie dans un camp de réfugiés. [...] on sait que travailler avec lui ça sera pas pareil que de travailler avec un jeune québécois qu'on connaît la culture. On veut adapter nos interventions pour répondre à ses besoins. Faique c'est pour ça qu'on veut aller chercher de l'aide au niveau des gens qui connaissent peut-être mieux ces cultures-là [intervenante en foyer de groupe, mai 2013]. »

« On n'avait accès à rien [...] Le système client était complètement fermé. [...] donc nous on voulait avoir un peu des trucs à savoir comment faire pour justement avoir accès un peu plus à l'information. C'est difficile pour [nous] d'amener les choses. Ils collaborent en surface, mais dans les faits, c'est autre chose. [...] et c'est normal après tout ce qu'ils ont vécu, c'est tellement empreint de souffrance. De la peur de la crainte... parce que l'État chez eux, c'est pas comme ici. [...] Ça m'a amené à faire le recul, à dire: ok t'es pas avec

---

<sup>65</sup> Je fais écho ici aux propos de Richard Rechtman (2000: 57-58), postulant qu'il serait en effet pour le moins surprenant de conclure, à partir des logiques collectives et normatives, que les migrants, parce qu'ils sont étrangers « ne pensent que ce qu'ils disent et ne disent que ce qu'ils pensent ». En effet, poursuit-il en rapportant les propos d'Eisenbruch (1991), même derrière par exemple l'idiome of détresse d'un patient cambodgien se plaignant de maux de tête « *chu kball* » fort répandu en Asie du Sud-Est et qui signifie littéralement « mal de tête », mais qui associe en fait tristesse, fatigue, rencontre avec des esprits, et traduit en fait une nostalgie de la terre natale il peut exister une réalité *subjective* différente, qui pourtant empruntera pour s'exprimer les voies que la culture lui procure. Ils intègrent en ce sens des prémisses morales, des valeurs, des représentations qui sont constamment retravaillées et recomposées par les personnes, surtout quand elles sont en situation migratoire (Bibeau et Fortin, 2008).

une famille québécoise que tu connais la culture. T'es pas dans tes vieilles chaussures. T'es dans autre chose: un post trauma qui est grand. [...] Moi je voulais avoir un peu leur opinion à savoir comment être avec ces gens-là. Tu sais, des fois, y a des choses qu'on sait pas dans leur culture [...] on pense que les gens sont automatiquement informés de notre culture, qu'ils sont adaptés à nous, à notre façon de voir les choses. Mais non c'est pas comme ça [intervenante en CSSS, avril 2013]. »

En eux-mêmes, que ces critères de représentation soient réels ou non a finalement peu d'importance: ceux-ci s'engagent plutôt, avec ou sans intention, à *signifier* les rapports et les référents (de genres, de classes sociales, d'orientations culturelles, etc.) par le jeu des différences distinctives (Bourdieu, 1982), destinés à fonctionner comme autant de rappels à leur consécration selon le degré auquel les destinataires seront plus ou moins disposés à l'accueillir<sup>66</sup>. Même la « culture<sup>67</sup> » (interprétée et imaginée) du patient-client, au sens où elle a ses « raisons » sociologiques et/ou thérapeutiques, fait elle aussi l'objet d'une investigation et d'une autorité particulière aux termes de laquelle la motivation de la demande en consultation s'inscrit et se concrétise « pour le bien » du patient, dans l'idée de « [...] savoir si on avait fait les bons choix, si nos interventions étaient bien correctes à ce niveau » évoque une infirmière hospitalière, n'en est d'ailleurs pas moins paradoxale au regard des choix des acteurs concernés et, en l'occurrence, des objectifs d'éducation et d'information du patient migrant reconduit dans son statut de subordonné. À bout de souffle, certains travailleurs médico-sociaux cherchent alors à prendre contact avec des ethnopsychiatres afin, me disent-ils presque à l'unanimité, et on le comprend très bien, de « mieux aider leurs clients », oscillant ainsi entre la nécessité d'être « à l'écoute » et le besoin d'avoir des « outils » ou des « pistes d'interventions », claires, définies, indicatives, l'existence d'actions situées ici et maintenant. En ce sens, l'intervention tend à être définie par les données du problème lui-même et non par l'horizon (incertain) de sa résolution

---

<sup>66</sup> On peut se demander ici, à l'instar de Corin et Lauzon (1986), si l'idée de l'aménagement, ou la négociation des différences n'est pas elle-même une des modalités plus subtile de l'exclusion. Tel que le précise R. Castels (1995b: 14), les traits essentiels des conditions d'exclusions « [...] ne se trouvent pas dans ces situations elles-mêmes, mais sont plutôt l'aboutissement de trajectoires et l'effet de processus partiellement invalidés par la conjoncture des traits structuraux qui l'organisent ».

<sup>67</sup> Mais de quelle « culture » s'agit-il? Du médecin traitant ou du patient et sa famille? Le recours à la notion « culture d'origine » (ou des origines? souvent confondu avec les origines nationales et ethniques comme le questionne Oriol et Hily (1984), a d'ailleurs tendance, note Denys Cuhe (2001: 133), à minimiser les contacts et leurs effets, car l'utilisation d'une telle notion ici propose qu'une « culture » serait un système plutôt stable et aisément transférable dans un nouveau contexte, ce que toutes les observations empiriques semblent démentir. Sémantiquement floue et faiblement opératoire et imprécise, elle revient également à sous-estimer son « invention » (Castoriadis, 1975) sous forme d'une construction contextuellement, historiquement et socialement située, sans pouvoir, même à ce niveau, éviter à terme changement, interaction, et diversité inéluctable tout aussi complexe (Schnapper, 1998).

dans cette construction dialogique simultanée des buts et des ressources au cours de l'action (Ravon, 2004: 3).

#### 4.3 Asymétries relationnelles et restauration des liens: Perspectives et perceptions d'un malaise indicible

Un mouvement se cristallise donc plus en avant de la demande de consultation, jugement que prolonge et confirme la mise en scène de l'(in)certitude et l'(in)sécurité des limites intrinsèques imparties aux positionnements professionnels et personnels, impression qui fait parfois écho à un sentiment de « ne plus avoir de repères » ou « d'être en échec », de devoir « faire tomber les barrières », basculant dans ce cas-ci dans l'indécision et la transgression des limites qui structurent (partiellement) leur manière d'appréhender les choses:

« [...] Tu sais, je pense qu'ils viennent chercher, autre que des outils précis, ils viennent chercher, je pense, une façon d'être, une façon de voir, de percevoir les choses... parce que souvent ce que je conclus moi, ce que je comprends, c'est qu'on transmet... comme une vision, une vision de la compréhension des difficultés. [...] Quand ils viennent discuter avec nous [...] l'autre attente, c'est qu'ils viennent aussi ventiler leur vécu. Ils viennent pour raconter que finalement, ils n'ont pas de ressources, ils sont à court, ils ne savent plus quoi faire, et c'est des cas qui sont trop complexes tout ça, trop lourd, et qu'ils... leurs moyens et leur mandat... finalement ça dépasse leur mandat. Mais comment ils peuvent intervenir avec ces familles-là? Donc l'autre attente, c'est aussi qu'ils viennent chercher un endroit pour se contenir, un contenant qui va leur donner peut-être une base, un esprit, une autre façon de penser, une autre façon de voir les choses [informatrice clinicienne, juin 2013]. »

Sans aller trop loin dans la révélation de ces malaises tacites, les intervenants me parlent presque toutes et tous de situation ou de relation qui, par ailleurs, « les mettent au défi », qui sont « contre mes valeurs », où encore « j'ai de la misère », « je suis hors de ma zone de confort », « ça dépasse mon mandat » et autres formulations qui laissent supposer un frein ou une mise en tension intrinsèque. En me parlant de leurs impressions et de leurs attentes à la consultation, c'est la plupart du temps leur sensibilité propre, intime, plutôt que les généralités par rapport à leur mandat commun qui a retenti, exacerbé de ses capacités d'actions:

« [...] Tu sais, il y a ça, qui est différent. Dans notre approche au Québec, tu intervien, mais tu ne parles pas de toi. Tu demandes aux gens de se livrer, d'être authentique avec toi, même s'ils te connaissent pas, et de te livrer leur souffrance. Pis toi, t'es comme un intervenant, tu sais. T'es là, t'as des choses à faire, et ta vie personnelle à toi... parce que des fois ces gens-là viennent te chercher personnellement et y a des choses que tu vis aussi comme intervenant qui font que ça vient te toucher, et ils ne faut pas que tu les dises. [...] Faut pas que toi, ta vie personnelle entre en jeu. [...] Chose qui [ici] c'est pas tolérée. [...] Ça des fois j'ai de la misère avec ça, parce que je suis sensible... j'essaye toujours de garder mon professionnalisme là, mais on peut être touchée comme personne aussi tsé. Et ça reste que ton intervention est teintée de qui tu es aussi. Mais ça, on doit pas le faire savoir [intervenante en CSSS, avril 2013]. »

« [...] Souvent dans les transferts, dans les références, on a pas toujours accès au senti de l'intervenant, dans ce qu'il a comme expérience. Des fois, les papiers, ça ne donne pas... en tout cas moi j'ai l'impression que ça donne pas toujours le réel d'une situation. En pouvant en parler, j'ai senti qu'il y avait un souci de bien transférer les choses, de bien transférer les connaissances, les informations sur la famille [...] Tsé dans le concret de ce qu'on peut pas rendre par écrit par exemple. Dans les non-dits, dans le non verbal. [...] On a tous un peu un senti de comment on perçoit une situation... c'est pas des choses qu'on peut dire ou écrire nécessairement [intervenante à la DPJ, avril 2013]. »

Les pratiques et les postures des intervenants peuvent donc être analysés notamment à partir de cette capacité à investir des lieux interstitiels au sein des matrices institutionnelles pour déconflictualiser une situation d'aide où l'aidant et l'aidé n'arrivent pas à sortir de la dualité et des malaises que l'intervention véhicule à son insu. Ces postures, tendues dans des injonctions contradictoires entre contrainte organisationnelle et engagement intime, parfois épuisées par la répétition de la souffrance des personnes aidées, sont par ailleurs loin d'être confortables. Les intervenants connaissent et sont affectés eux aussi de telles tensions - le mal-être des intervenants devenant du même une condition de la clinique -, lequel créer potentiellement cette demande d'écoute et ouvre à la mise en place de réseaux de réflexivité et de partage via un groupe d'analyse comme celui de la consultation transculturelle. C'est aussi au fait que ces antagonismes que m'expliquent ces répondants refusent d'être justement ordonnés, institutionnalisés à certains moments précis de la vie sociale et politique, où le stéréotype et le conventionnel transformerait trop aisément les matériaux et les expériences en passant aux mains de bureaucraties établies sur des systèmes décisionnels-relationnels de plus en plus opérationnalisés et sophistiqués (Parazelli, 2011), refusent eux aussi de fusionner autour

d'un seul axe de différenciation, mais se retrouvent plutôt renvoyés à leurs espaces de résistance intimement négociée nous dit Michael Herzfeld (1997; 1992), tant pour le soignant que celui ou celle auprès de qui l'intervention est dédiée ou proposée, d'une manière plus dialogique donc que strictement oppositionnelle<sup>68</sup>.

Il s'agit donc d'une autre « face cachée », bien davantage référencée cette fois-ci, qui découlerait des identités et des registres tant professionnels (et idéologiques) que de leurs résonances (bien personnelles) qui me sont dévoilées à la consultation. L'utilisation parfois simultanée de registres différents et de référents quasi contradictoires leur échappe souvent, et donne à leur discours une dimension parfois paradoxale, souvent relevée par les ethnothérapeutes enquêtés (injonctions opposées, inédites ou mi-dites en constate réaffirmation d'oppositions duelles entre patients et intervenants):

« [...] Je me souviens d'une situation c'était pour un enfant... et là du coup on nous parle de culture, mais de culture religieuse parce que [musulmane]. Pour une évaluation orthophonique la maman d'un cas en question était présente, et puis il y avait une image, c'était un cochon. Et puis elle dit: non, je vais pas montrer ça à mon enfant! L'intervenante était comme gênée avec ça. Elle savait qu'il y avait quelque chose, la religion, mais elle n'osait pas demander: alors, dites-nous pourquoi on ne peut pas? [...] Et là ils avaient des questions très précises: comment ça se passe? Et qu'est-ce qu'on leur dit? Qu'est-ce qu'il faut faire? Comme si on avait le savoir et qu'on allait leur sortir une liste. [...] Et puis de leur dire finalement: et bien, expliquez-moi? Parlez-moi de vous? Plutôt que de garder le malaise à l'intérieur [informateur clinicien, mai 2013]. »

Solidaire de cette dimension émotionnelle et relationnelle des soins, me confiant ses propres impressions et introspections de ses apprentissages aux rencontres de type ethnopsychiatrique, les écueils du souvenir de ce psychothérapeute et de sa fascination nous ouvrent à mon avis cette fenêtre sur laquelle se construit la face intersubjective de la rencontre en nommant ce qui la déborde et ce qui l'envahit:

« Ça commencé, bon je pense que l'intérêt personnel pour la différence culturelle, les voyages, la différence on va dire... ça commencé je me souviens dans un stage de deuxième année à Lyon, l'hôpital psychiatrique de [...], un centre de jeunes où il y avait des enfants autistes, il y avait un enfant d'origine africaine, Afrique subsaharienne, je

---

<sup>68</sup> En ce sens, de tels obstacles révélés par le biais des entrevues elles-mêmes mériteraient, à mon avis, d'être documentés et traités théoriquement plus en profondeur, et non seulement sur le seul plan du jugement critique, éthique ou encore idéologique.

pense que s'était le [Sierra Leone], et puis cet enfant là, il arrivait en séance enveloppée d'une couverture brune, et puis ça évoquait des images de morts... et puis j'avais aucune connaissance. J'en ai parlé à mes supérieurs... on dirait que ça renvoie à des reportages que j'ai vus en Afrique, des gens qui sont habillés dans des cérémonies. Je sais pas si c'est pour le deuil, mais dans des espèces de couvertures couleur terre. Et puis ça m'envoyait ce genre d'images là.

[...] et puis, cet enfant-là, on n'avait pas dit ce qu'on vivait en thérapie. C'était très lourd comme séance. C'était un enfant très très autiste... on avait parlé aussi de sa mère qui, chaque année, retournait en Afrique le faire désensorcelé. Elle était seule, monoparentale, deux ou trois enfants, je pense, à sa charge, des petits enfants, et puis elle économisait, elle gagnait pas beaucoup, pour l'amener en Afrique. Prendre l'avion avec un enfant autiste, on s'imagine la galère! Et puis on s'était dit: et bien, elle fait ça? Et puis le médecin m'avait dit: moi, j'y crois pas. Mais si je lui dis de pas le faire, elle viendrait plus ici. Alors on travaillait avec [informateur clinicien, mai 2013]. »

#### 4.4 Connaître l'« Autre »: renforcer le pouvoir médical?

Ce qui est évoqué ici inclut tout aussi bien l'influence des institutions ou des professionnels avec lesquels la famille est entrée en contact, chacun possédant son système de référence et sa logique propre de fonctionnement, que la façon dont le message ou les bribes de celui-ci ont été comprises, interprétées et traduites par ces différences (réels ou imaginés) dans le champ des rapports qui caractérisent la rencontre (la précarité de la famille, le statut médical de la condition de l'enfant, les écarts entre les différents signifiants du symptôme, le regard du stagiaire, le point de vue dominant du thérapeute principal, etc.) et ce qu'ils injectent dans l'échange. Or, la réduction à l'objet fétiche de la souffrance de madame et de son jeune enfant n'augmente pas pour autant ses chances d'être mieux reconnue, expulsées des savoirs psychologiques dominants et réduits à des signes à traiter, mais en restant pleinement productif de ces différences. Horizon sur lequel se déploie d'ailleurs, parallèlement, un second mouvement de subjectivation: résistant d'un côté à un excès d'interprétation de ce que l'on vient justement de « pathologiser », et donc d'identifier comme potentiellement « soignable »; et de l'autre, protégeant un espace de pensée: « [...] moi, j'y crois pas, mais on va devoir faire avec » évoque le médecin traitant. En particulier se pose alors la question de la sélection et de l'interprétation de l'objet à traiter qui, en fait, est ce travail sur le même objet, soit ce qui rend malade, d'une part, et sur ce qui peut guérir en même temps, d'autre part. « Je

pense que j'arrive mieux à cerner qu'est-ce qui est du culturel et ce qui ne l'est pas dans l'explication des problématiques » m'explique-t-il plus loin dans notre entretien « avec l'idée que tout n'est pas culturel, qu'il y a des choses personnelles et individuelles à régler avant ». C'est bien là une assertion intéressante, il me semble, car ce que l'on considère en effet comme « culturel » à la consultation, et donc potentiellement pathologique ou source de « tensions » pour le patient - en l'occurrence dans ce récit la mesure des écarts existant entre les différents signifiants du symptôme qui, dans leur réduction, pourrait s'avérer thérapeutique pour l'enfant -, n'est, dans les faits, non pas seulement la « culture » du patient en tant que telle, mais sont tout autant tributaires des représentations des soignants par leur présence et leur intervention en jouant sur cette ouverture à l'intérieure de la trame (ré)inventée et affirmée par le dispositif même de la rencontre. « Qu'est-ce qui est culturel, qu'est-ce qui est normal? Souvent on peut entendre ça à la consultation, m'explique une informatrice clinicienne, « [...] on entend que ok la DPJ est intervenue, mais les parents sont pas d'accord parce que bin, chez eux, c'est comme ça, alors on nous dit: c'est quoi le problème? » Non pas que les ethnothérapeutes rencontrés souhaitent établir un tel rapport, mais bien que la décision parfois exprimée de passer le relais aux soins transculturels amène certains soignants et intervenants à repérer une telle incertitude que l'on peut qualifier d'ontologique au sens où elle ne concerne pas, ou pas seulement, les expériences cognitives de chacun élaborées au cours des expériences professionnelles et personnelles des acteurs impliqués, mais plus fondamentalement le fait qu'elle annulerait potentiellement cette distinction, par ailleurs essentielle nous disait Canguilhem (2009[1966]), entre malade et non-malade, cette fois par une double logique d'altérisation (avec une clinique et un traitement à part certes), mais également de naturalisation (avec son inscription corporelle) précise Richard Rechtman (2000: 60): « [...] en naturalisant la différence culturelle jusqu'à l'inscrire dans la nature même de l'adhésion individuelle des croyances collectives [...] », et donc qui permettrait aux professionnels de conserver, finalement, leur propre identité (mise en exergue) en devenant les témoins muets de la rencontre.

On comprend que telles catégorisations peuvent parfois avoir pour effet collatéral d'enfermer le patient dans une image d'altérité culturelle qui le maintiendrait de fait à

distance, et que certains peuvent justifier, par exemple, par leur propre expérience de prise en charge: « [...] c'est quelque chose que j'ai moi-même constaté souvent avec les familles immigrantes » [informatrice en CSSS]. On peut comprendre également qu'une telle posture puisse potentiellement rendre la relation de soin ou d'accompagnement d'emblée plus difficile, sans faire consciemment le lien avec leurs *a priori*, alors que les difficultés à communiquer, à se comprendre, à accepter la maladie ou les traitements sont expliquées ou envisagées en termes d'obstacles « culturels » comme un révélateur de la différence plutôt qu'un « espace de résonance » (Fabian, 2001) où de tels rapports (de pouvoir) seraient eux aussi occultés.

Relevant d'une telle mise en scène, un épisode relaté dans les entretiens éclaire particulièrement la gestion de la charge émotionnelle associée à l'imposition et la juridicisation comportementale dans une situation impliquant un jeune adolescent migrant. Une intervenante à la DPJ me souligne qu'elle éprouve parfois la difficulté de s'écarter (officiellement) du discours et du statut dominant qu'elle détient en tant que représentante du système licite de la Protection de la jeunesse, notamment lorsqu'il est question des difficultés d'ajustement aux modèles parentaux dominants de la société d'accueil que vivent certains parents qu'elle rencontre parfois dans le cadre de sa pratique:

**Informatrice:** « Tout dépend du chapeau qu'on a comme intervenant aussi tsé. Je pense qu'au CSSS, c'est une optique différente par le volontariat des gens. [Nous] - en parlant de la DPJ -, on arrive un peu imposé. Et ça fait pas toujours l'affaire. Le rôle d'autorité qu'on a peut avoir un enjeu sur la famille immigrante. »

**Enquêteur:** « Ah oui? Comment ça? »

**Informatrice:** « Y a beaucoup de familles c'est de la peur, de la méfiance. Mais je pense qu'il y a beaucoup d'incompréhension. Moi c'est mon impression. De l'incompréhension... mais pas juste [eux] qui ne comprennent pas, mais... [nous] qu'on ne comprenne pas peut-être leurs valeurs... tsé ce qui a été véhiculé là-bas. Ou bien on a peut-être des stéréotypes en se disant: ah bin eux autres, c'est d'même que ça se passe tsé. C'est pas toutes les familles qui ont été élevées de la même façon malgré qu'ils viennent de tels ou tels pays tsé. Et ça, je pense que c'est quelque chose qui est en changement au niveau de l'intervention interculturelle. Moi c'est mon impression. »

**Enquêteur:** « Ah c'est en train de changer? Comment ça? Ça évoque quelque chose de particulier chez vous ou... »

**Informatrice:** « C'est sûr que moi, personnellement, ce que je retiens dans mon mandat, où j'ai été moi dans les situations où j'ai été le plus confronté, ça été vraiment plus au niveau des cadres, des règles imposées aux adolescents... et puis comment ça peut faire réagir tant le jeune que le parent. Mais les parents qui pour eux... tu sais on a des parents qui disaient: ça pas de bon sens! Ils défient l'autorité! Et tu sais pour eux défier l'autorité parentale c'est vraiment un manque de respect épouvantable. En plus les jeunes pourtant font des comportements que la majorité des jeunes vont faire ici tsé. Alors pour [nous] c'est d'expliquer aux parents le fait qu'on n'est pas dans les mêmes barèmes de troubles de comportement, mais en même temps c'est des parents qui... je pense qu'il faut les valoriser aussi dans leur rôle parental et de dire: vous avez raison d'exiger le respect. [...] Et souvent la perception qu'on a c'est qu'on leur donne tous les droits aux adolescents ici au Québec. Ils ont le droit de tous faire tsé. [...] Alors c'est de ramener le pouvoir aux parents quand c'est possible. »

Extrait de verbatim, intervenante à la DPJ  
avril 2013

#### 4.5 Faire usage de son pouvoir décisionnel:

##### La résurgence des strates individuelles

L'articulation de ces différents registres et de leur perméabilité au sein de telles scènes sociales apparaissent ainsi comme des lieux de tensions au sein desquels se détachent des éléments pivots qui engagent les acteurs inscrits différemment dans la relation de soin à naviguer au sein de cette zone sur laquelle se précisent et se dévoilent les mécanismes (les émotions) du déséquilibre qui sont produites, et qui sont assumées tant par l'adolescent(e) et la famille, que l'intervenante en question (qui a tenté de s'écarter du discours « officiel » qui est projeté). Les paramédicaux doivent d'ailleurs ouvrir ou maintenir constamment la communication avec les familles, sans trop aller loin dans leur révélation: « [...] on essaye tout le temps de relativiser, et de leur faire comprendre, de défaire certains mythes... mais ce n'est pas facile [...]. On doit y aller tout en douceur pour faire changer les choses [intervenante en CSSS] ». Éclairant du dessous le sous-texte de domination de la relation et que les pratiques renforcent et légitiment à leur manière respective, ces pratiques nous renvoient aussi à la gestion relationnelle du soi<sup>69</sup> qui se constitue au sein

---

<sup>69</sup> La question centrale de l'individuation au sein de la relation d'aide semble par ailleurs peu explorée dans les écrits sur l'*empowerment*, alors que la psychologie sociale et la sociologie en examinent largement les effets (Lemay, 2005). Certains auteurs (Ackerson et Harrison (2000), Le Bossé (2003), Breton (1994) Cohen (1998), cité dans Lemay, 2007) vont ce référer à l'*empowerment* pour y déceler les conceptions sous-jacentes du pouvoir et ses implications relationnelles sur la relation patient-médecin, supposant « [...] un double mouvement de conscientisation et d'action par lequel les personnes développent des conditions leur permettant d'agir par elles-mêmes et d'exercer un plus grand contrôle sur des dimensions qu'elles jugent importantes dans leurs vies » (Lemay, 2007: 170). Les conceptions de l'*empowerment* permettent donc de cibler les actions requises par le changement par la reconnaissance de la

des systèmes de repérage et de différenciation où les tensions structurelles se traduisent, dans la conscience des individus, par des tensions existentielles forgées par l'intériorisation des limites liées aux ressources et aux contraintes inhérentes à cette même « position » dans la relation. Ce schisme m'est d'ailleurs apparu comme une source d'ambiguïté dans les discours (parfois même contradictoires chez un même praticien, ou opposant les professionnels entre eux). En interrogeant ou se soustrayant, par exemple, des assertions et des figures relatives au statut du patient-acteur qui lui est projeté, où l'accent est mis sur l'autonomie et la responsabilisation lorsqu'on l'invite (inconsciemment) à participer activement à la restauration de sa santé et/ou de son corps, les réactions suscitées par le patient marginalisé ou vulnérabilisé - par son niveau d'éducation plus ou moins élevé, la non-maîtrise de la langue, son aisance dans les structures locales et médicales, etc. -, donnent lieu à diverses manières d'investir l'intervention, de la complexité du problème de santé aux différences d'accès au pouvoir qui viennent modulés la relation thérapeutique et les réactions qu'elles peuvent susciter, de par et d'autre. Si bien qu'entre ces attentes (intériorisées) et les possibilités de les réaliser effectivement, un décalage tend à s'installer. L'usage ou la manipulation souvent inconsciente de l'individualité prétendument « active » du patient dans le processus de guérison, en faisant appel à sa volonté et à ses ressources (Good et DelVecchio Good, 1993), est potentiellement source de tension dans la libération des attentes tacites forgées par l'intériorisation des limites et aux contraintes inhérentes à ce même positionnement dans la relation de soin:

« [...] tu sais [quand les parents immigrants] vont commencer à avoir un enfant qui a des problèmes de comportements [ils vont pas toujours] s'adresser à un travail social, un organisme qui pourrait vraiment l'aider à sortir les enfants [de ce problème-là], parce qu'ils ont vraiment beaucoup de méfiance. Voyez-vous? [...] Il faut toujours que j'explique le rôle des travailleurs sociaux. [...] Parce qu'une fois je me suis déjà fait raccrocher le téléphone au nez parce que j'avais dit à une femme de consulter. Donc c'est comme... ça prend beaucoup de temps. Et puis il faut que la personne arrive à réaliser qu'il y a un problème. Parce que nous on peut pas faire plus pour la personne. Donc lui on lui montre la voie, mais c'est à elle de prendre sa décision. Moi je lui dis tout le temps la

---

capacité d'autodétermination des personnes vues comme des agents actifs leur permettant d'agir sur les niveaux individuels et collectifs (LeBossé, 1996). Il s'agit donc des mécanismes d'intériorisation (Csordas, 1990) sous l'impulsion des valeurs d'autonomie dotant le patient d'un statut particulier, transformant parallèlement la relation qui s'instaure entre médecins et malades (Fainzang, 2013) marquée par l'émergence d'un patient-acteur.

balle est dans votre camp. Moi je peux m'informer pour vous, je peux vous référer, mais c'est à vous de faire le premier pas. Donc ça, ça demeure difficile [infirmière clinicienne, 2013]. »

En devenant les coauteurs et les coproducteurs des connaissances à propos d'eux-mêmes, pour se constituer « acteurs » de leur maladie, les « malades » doivent combattre la peur, l'ignorance, l'indifférence, voire l'hostilité dans la population (Blais, 2004), aussi bien que les lourdeurs bureaucratiques des systèmes de santé et services sociaux peuvent infliger. En minorant le malaise, le traitement ou l'intervention, de telles stratégies d'instrumentalisation des discours soignants (Fainzang, 2006; Vega, 2000) visent globalement à modérer ses chocs, palier les risques d'exacerbation de l'anxiété ou encore s'assurer de l'observance thérapeutique, notamment lorsqu'il est question de croire que leur devenir est partiellement déterminé par les actions (ou les habiletés) de chacun qui en expliquerait l'efficacité, ou son contraire, l'échec de l'intervention préconisée:

« [...] Ça dépend des gens, tu sais. Cette famille-là, je pense qu'elle était ouverte à recevoir de l'aide. Alors c'était facilitant. Mais est-ce qu'elle comprenait tous les enjeux, tout ce que ça amenait? Je ne suis pas certaine. Malgré que l'on a fait des rencontres avec un interprète là, je ne suis pas certaine que tout le processus « DPJ » a été compris par la famille. C'est compliqué ça aussi. [...] Y en d'autres où c'est plus difficile là. [...] Ça dépend des gens, des personnalités, des situations, de ce qu'ils ont vécu aussi et d'où ils viennent dans leur vécu. Parce que dans certaines régions, dans certains pays, le gouvernement... et bien là c'est plus autoritaire. Ils ne voient pas ça comme de l'aide, ils voient ça comme une restriction. Malgré que nous, on essaye, bon malgré la loi que l'on doit faire respecter, d'offrir une aide... et pis là ils ne nous voient alors pas toujours ça comme une aide. Tu comprends? [...] Tu sais, je pense que ça dépend tellement des problématiques aussi qui sont regardés. Y des familles aussi qui sont prêtes à apprendre, à embarquer dans les services d'aides, dans l'intégration aussi qui y vont d'eux-mêmes. Y en a qui n'ont juste pas eu les moyens de s'intégrer de façon plus facilitante. Et puis y en a qui sont plus rigides... ça dépend [intervenante à la DPJ, avril 2013]. »

Sous les déplacements plus subtils de cette responsabilisation, la famille en question reste à porte-à-faux avec l'institution (et la réalité médicale) du problème soulevé, notamment, me dit-on parce qu'« elle ne connaît pas les services », « n'a pas questionné la bonne personne », « a mal compris », voire « qu'elle ne veut peut-être pas comprendre ». Les tensions se feront donc sentir ou se ravivent lorsque les contraintes et les attentes auront à affronter des déceptions douloureuses, des choix déchirants, des renoncements pénibles

ou encore des persévérances laborieuses. D'ailleurs, les professionnels en aval des soins ou décentrés des logiques médicales (travailleurs sociaux, psychologues, etc.) sont les premiers à nuancer ou critiquer ces postures qui induisent le sentiment « d'une projection parfois violente chez la personne », source de souffrances plus subtiles pour certains des répondants. La primauté du discours médecin spécialiste par exemple, sans tenir compte des conditions de vie et trajectoires migratoires des familles immigrantes que rencontrent régulièrement cette intervenante psychosociale en milieu familial, rend compte de son agacement, si ce n'est que sa frustration, autant à l'égard de la hiérarchie médicale et son rôle inquisiteur qui la met mal à l'aise, que dans la mesure où les questions psychosociales sont parfois abordées de manière purement administrative et non orientées sur la création d'un lien solide et durable avec les familles. C'est en utilisant l'ironie dans son récit qu'elle parvient à manipuler le sous-texte de pouvoir qui encadre ses rapports avec la famille en question, qu'il prenne la forme de la réponse à un instrument standardisé ou celle de la reconstruction d'une histoire de vie:

« [...] J'ai parlé au médecin traitant qui m'a dit que [l'enfant] était en choc, un stress post-traumatique qui m'a dit. Mais déjà quand [il est arrivé ici], c'est un choc! [La famille] ne comprend pas... c'est différent de leur milieu d'origine, mais en plus de ça, juste des fois nos expressions, qu'est-ce qu'on fait... eux autres ils ne comprennent pas. L'enfant arrive à l'école, on le met en classe d'accueil, pis on s'attend à ce que rapidement, il va intégrer les classes régulières tout ça. Mais c'est extrêmement difficile pour les enfants! Il y a beaucoup d'enfants qui vivent de l'anxiété, faïque là y sont diagnostiqués troubles anxieux, difficultés au niveau relationnel tout ça. Mais de l'anxiété qui est générée par des changements aussi fréquents parce qu'il y a beaucoup de familles qui se promènent. C'est pas toujours des contextes migratoires faciles non plus [intervenante en CSSS, avril 2013]. »

Autrement dit, la posture arrogante (et dominante) de « celui qui sait pour l'autre » peut elle aussi être dénoncée en reprenant les priorités de ces formes d'interventions au chevet du malaise social. On constate alors comment les termes de la critique opérée au front du travail sur le sujet sont parfois renversés. La question n'est pas celle de l'excès du contrôle institutionnel, précise Bertrand Ravon (2007: 161), exercé sur les individus (socialement entendu en intégration dans des normes sociales), mais aussi celle de la capacité des dispositifs à restaurer ou aménager du « lien » en l'absence de cette « réponse sociale » aux demandes de structuration du soi.

#### 4.6 Quand l'ethnocentrisme réduit la complexité

Délivrée la clinique de toute influence individuelle et/ou collective renverrait ainsi à l'illusion d'une objectivation de la souffrance humaine plaçant le professionnel de la santé hors du champ culturel et social, ce qui pose problème à cette répondante. Par ailleurs, si les patients immigrants interrogés dans le cadre de l'étude montréalaise de Rodriguez del Barrio et Drolet (2007) concernant l'importance, la signification et la diversité de leurs liens thérapeutiques avec les intervenants et les organisations de soins et d'interventions locales sont particulièrement sensibles à la manière dont les professionnels de la santé accueillent leurs difficultés concernant le traitement psychiatrique<sup>70</sup>, dans tous les cas, il est moins question pour eux de trouver un « expert » de la culture d'origine que de rencontrer une personne capable de comprendre et de reconnaître les contraintes, les difficultés et les paradoxes auxquels ils ont à faire face, tout en respectant les valeurs et les paramètres à partir desquels le patient interprète sa propre situation. L'image du patient migrant dépourvu de recours et en proie au désespoir de sa condition de victime démunie est aussi, en ce sens, une construction qui participerait aux formes contemporaines de la souffrance visant, comme l'ont montré de leur côté Fassin et Rechtman (2007), à « délégitimer les revendications minoritaires sous le couvert de prise en charge médicale ». Ainsi, à trop vouloir penser la relation thérapeutique comme étant la seule rencontre d'un « spécialiste » et d'un client dans l'espoir de maximiser la portée des soins et leur efficacité, on ouvre une voie accentuant plutôt ces zones normalisations et d'intériorisations focalisées vers un certain déterminisme qui relèguerait aux oubliettes la conflictualité des rapports sociaux pouvant, possiblement, hypothéquer le lien, le soin et la visée de l'intervention en « alimentant » davantage les conflits psychiques<sup>71</sup> (Rousseau et coll. 2007). Une ethnothérapeute me souligne d'ailleurs ce double régime de production fondé sur l'occultation et la

---

<sup>70</sup> En ce qui concerne les pratiques, notent Rodriguez del Barrio et Drolet (2007: 171), les usagers soulignent plus particulièrement l'importance de l'information sur les services et leur rapidité d'accès. Pour l'établissement d'un lien positif avec le CLSC, on relève notamment: « la qualité de l'accueil et de l'écoute, la flexibilité et la possibilité d'influer sur les décisions concernant le traitement, l'adaptation des services à la diversité culturelle. »

<sup>71</sup> Telle que le notent Rousseau et ses collègues (2007: 41), les évaluations psychosociales des jeunes et/ou des familles se multiplient dans le processus de prise en charge, donnent une aura de certitude au diagnostic qui vient par conséquent « survaloriser les pratiques spécialisées [...] aux dépens des autres composantes intersectorielles de l'intervention ».

surdétermination, en partie comme une donnée essentialisée à laquelle il conviendrait plutôt d'être vigilant:

« [...] les attentes en général ce qu'on va nous dire, la formulation souvent utilisée, c'est d'être mieux outillé... mais derrière ça bon y a beaucoup de choses hein (rire). C'est souvent plus complexe. Et des fois, les attentes sont formulées de façon beaucoup plus spécifique. [...] Parfois ça peut être beaucoup plus général: comment on fait pour traiter une problématique de santé mentale quand il s'agit d'une communauté haïtienne? Euh... alors c'est pas tout à fait comme ça qu'on travaille. On ne travaille pas par communauté, on travaille avec une approche sensible à la culture, ce qui ne veut pas dire qu'on connaît toutes les cultures [...]. Mais évidemment, il faut parfois aider l'intervenant à reformuler un peu ses attentes à la lumière de ce qu'on peut aussi leur offrir [informatrice clinicienne, mai 2013]. »

Penser que nous pouvons acquérir des compétences qui vont les aider à mieux performer dans des situations cliniques spécifiques, selon la « culture d'origine » du patient concerné (qui est de l'ordre de l'interprétation) peut être, selon une autre répondante, faussement rassurant puisqu'elle ne constitue en rien un obstacle à l'établissement d'une communication nécessaire à l'efficacité du soin ou d'un traitement médical. On pourrait résumer une telle assertion à partir des propos de Léandre (2002: 158) en disant que: « s'il existe bien une différence d'usage des systèmes de soins en fonction des catégories socioprofessionnelles, le problème ne vient pas tant d'une demande différente, mais plutôt d'une offre différenciée en fonction des *a priori* des soignants et des modèles thérapeutiques ». Cela peut en effet donner le sentiment illusoire que le décalage entre le patient et l'intervenant puisse être plus ou moins comblé au moyen de connaissances et de compétences spécifiques (Suh, 2004)<sup>72</sup>, générant paradoxalement un risque de perpétuer davantage la discrimination et les préjugés que les ethnothérapeutes cherchent pourtant à condamner. À cet égard, Laurence Kotobi<sup>73</sup> (2000) constate que, face aux difficultés qu'ils rencontrent parfois dans la prise en charge de certains malades africains en région parisienne, les professionnels hospitaliers produisent, souvent à leur insu, des discours culturalistes et largement ethnocentriques lorsque les spécificités relationnelles mises de

---

<sup>72</sup> Dans un ouvrage dédié à cette notion, Purnell (2002, cité dans Fortin et Laprise, 2007: 203) précise que « [...] la compétence culturelle est le résultat d'une adaptation des soins offerts dans le but d'être cohérent avec la culture du client. Ainsi, la compétence culturelle est un processus de prise de conscience qui est non linéaire. »

<sup>73</sup> Cet article est tiré d'une enquête portant sur l'expérience et la construction de la maladie chez les migrants africains et les intervenants dans leur prise en charge en contexte hospitalier parisien, menée entre 1996 et 1998.

l'avant renvoient à des différences de comportement qui leur posent problème ou les amènent à s'interroger dans le cadre de leur travail<sup>74</sup>, et que ces représentations donnent notamment lieu à la reproduction de catégories discriminantes qui influencent (potentiellement) négativement les soins.

Au regard de telles contraintes, certains de nos collaborateurs s'élèvent plutôt, comme on le constate, contre ce genre de pratiques<sup>75</sup>, estimant au contraire qu'il faut éviter un traitement « à part » de ces malades, car cela entraînerait le risque de les marginaliser davantage<sup>76</sup>. D'où l'intérêt que ce service de consultation se situe en tandem avec les différents services sociaux, m'explique une informatrice. Ils ont d'ailleurs été nombreux à m'avoir finalement exprimé leurs doutes et leurs perplexités quant à la volonté ou le besoin parfois exprimé à la consultation de « mieux connaître » comme éléments significatifs d'une quête de connaissance supposée améliorée l'accompagnement et les soins. Les communautés supposées existantes et perçues sous le vocable de « culture », me rappelle une informatrice clinicienne, sont trop souvent, comme les identités, romantisées et essentialisées, soulignant le caractère problématique de cette notion:

« Or les cultures ont... tu sais que la culture est très vaste, très très vaste, même sa propre culture, on peut pas... moi personnellement je ne peux pas avoir, je n'ai aucune prétention de dire que je connais la culture de mon pays. En fait ça veut pas dire grand-chose hein (rire). Déjà juste ce pays là [...], y a plus de trois cent cinquante dialectes et langues. Tout ça, ça veut dire des façons de faire différentes. Je n'aurais aucune prétention de dire que toutes ces façons-là, je sais les faire. Non pas du tout! Il faut faire attention avec ça oui [informatrice clinicienne, mai 2013]. »

On peut donc penser qu'une tension un peu différente anime sans doute ce désir de dire et de raconter, c'est-à-dire celle qui produit ainsi la mise au silence de larges pans de l'expérience sociale et individuelle parce qu'elle est jugée peu ou pas pertinente par

---

<sup>74</sup> L'auteur note les irrégularités ou les retards aux rendez-vous de ces patients, leurs recours à d'autres rituels religieux (groupes de prière) ou thérapeutiques (potions, grisgris, coran), la polygamie, la barrière linguistique, l'isolement, la précarité, l'absence de couverture sociale voire de papiers en règles comme autant des éléments participant potentiellement de cette mise en tension lorsqu'ils sont interprétés en termes d'habitudes spécifiques, de modes relationnels et d'écarts entre les statuts sociaux (Kotobi, 2000: 63).

<sup>75</sup> Pour plusieurs d'entre eux, la « culture » de leurs patients/clients ne constitue d'ailleurs en rien un obstacle à l'établissement d'une communication nécessaire à l'efficacité des soins ou d'un traitement médical.

<sup>76</sup> Les différences risqueraient en effet à ce rationaliser de manière très sélective, les prenant parfois de façon a-critique et a-historique en les séparant de leurs mécanismes sociaux et leur degré inégal de légitimité et de tension (Oriol, 1988).

rapport au savoir qui préside et aux pratiques préconisées puisqu'elle serait, elle aussi, potentiellement idéalisée. Or, trouver les mots pour la dire, marquée d'un profond désir de « faire du sens » évoque une autre collaboratrice, devenir acteur ou actrice de l'éventuel processus de relecture, de « désenclavage » de la perspective, s'enclenche à cette étape de la consultation transculturelle, puisque l'« Autre » bénéficie d'un soin et d'un regard particulier du fait de la volonté des travailleurs sociaux, médecins, anthropologues, ou psychologues. Une intervenante montréalaise en santé mentale me soulignait d'ailleurs « [...] pourvu que les choses soient dites, et de trouver les bons moyens pour les dire, ça déplace la souffrance. Et là on peut aller à fond dans le traitement ». Une articulation profonde, tacite et instrumentalisée par les personnes ayant ainsi la légitimité et la compétence pour en parler, est donc nécessaire pour que la voix (*phonos*) qui indique la douleur, la souffrance, le mépris, le mal-être, la frustration, se transforme en parole (*logos*) qui manifeste, rend évident pour une collectivité de sujets, les modalités de sa prise en charge et de son éventuelle thérapeutique (Lamoureux, 2008). Mais dans tous ces cas de figure, bien plus que la réalité anthropologique de l'état de santé psychique des immigrés, « [...] c'est la construction des catégories servant à l'appréhender qui pose question par les effets de désignations et les réductions de sens qu'elle opère (Crenn, 2000a: 4). » Dans un cas comme dans l'autre, un contenu peut se retrouver repoussé vers la marge (Corin, 1986), introduisant ce jeu dialogique des écarts et des différences qui subvertissent potentiellement les microtentatives de chacun des acteurs du projet thérapeutique (tant le patient et la famille, que le thérapeute ou l'intervenant) pour se faire entendre, ces voix que l'on recherche à oublier ou dont on déclare d'emblée la non-pertinence, ou au contraire encensé par rapport au discours que construit le savoir sur l'« Autre », et à ce que ce dernier rend audible. Le silence devant ces identités aboutit ainsi à des demandes supplémentaires (ou complémentaires dans ce cas-ci) d'intervention en santé parcellisées, concurrentes et intéressées, mais qui semblent également intimement tissées, tramées, négociées à même ces déficits.

#### 4.7 Les enjeux qui dépassent les seuls patients

Les plupart des professionnels de la santé rencontrés admettant d'ailleurs, bien volontiers, à titre personnel, avoir été non seulement marqués par des situations ou des patients en particulier, mais pointent également les risques et l'insuffisance associée aux approches structurantes et le poids de l'appareil administratif de son milieu de travail, pouvant potentiellement agir sur la rencontre. Une travailleuse sociale ayant fait plusieurs visites à la consultation me laisse sous-entendre la prise en considération de ces dernières en tant qu'élément explicatif et en mettant l'accent sur l'idée d'humaniser d'abord l'expérience des familles au sein des matrices institutionnelles:

« [...] Quand on est dans le milieu, on se rend pas compte à quel point les gens sont souffrant, il y a beaucoup de souffrance beaucoup de... l'intervenant prend beaucoup en charge et le milieu, et au niveau des demandes. Il y a beaucoup de demandes, beaucoup de délais, beaucoup de rédaction de rapport. Je trouve qu'on a beaucoup moins de temps à passer avec les gens. Pour moi, c'est très important de mettre le temps où il faut. ...]. Je trouve ça très clérical, de plus en plus... plus qu'au début quand j'ai commencé, où on avait plus de temps à passer avec les familles. [...] C'est parce que des fois on se rend pas compte. On est plus axé sur la tâche. On a tels objectifs à atteindre. On a ça à faire, ça à faire, ça à faire... Mais en même temps, tu as devant toi une personne souffre, qui a souffert énormément, alors tu essaies de ne pas être juste comme : ok, on a des objectifs à atteindre [intervenante en CSSS, avril 2013]. »

Cette attitude conduirait inévitablement, m'explique-t-on, à poser comme arbitraire les conditions émises par le contexte où se vivent les souffrances et leurs thérapeutiques. C'est non seulement la place du social qui est remise en cause, mais également le fait que celui-ci puisse être à l'origine du traumatisme, d'où la nécessité, me dit une informatrice clinicienne, de sortir du cadre et d'entreprendre aussi une réparation *dans* le social:

« [...] C'est au-delà d'un savoir théorique comme j'apprends en psychiatrie, par exemple les diagnostics tout ça la compréhension d'une certaine problématique. [...] Alors il y a différentes façons d'intervenir, d'aider les gens. Soit qu'on y va directement par le psychique, l'individuel. Soit qu'on fait d'autres détours, on prend d'autres portes d'entrée qui est moins menaçantes par la culture, les habitudes, les normes sociales, quelque chose plus... pas superficiel, mais à un autre niveau disons. Donner une place à l'histoire de la famille, c'est une chose qui est très peu présente dans nos bases théoriques par exemple en psychologie ou peut-être dans d'autres modèles d'intervention aussi. Peut-être, je sais pas dans le domaine social, peut-être que c'est un peu plus présent, mais ce que je comprends

moi, c'est qu'actuellement, dans nos sociétés, on donne pas beaucoup de place à l'histoire familiale, à l'histoire d'un pays d'origine par exemple, et comme ça teinte le vécu des familles. Et comment cette famille arrive à gérer des difficultés personnelles avec [...] dans un contexte sociohistorique temporel disons. [...] il y a une ouverture, une écoute, un accueil à tout cet aspect plus méta disons, qui dépasse l'individu et le biologique, mais qui va chercher quelque chose de plus social, qui va chercher quelque chose de temporel... c'est une dimension qui dépasse l'individu et l'immédiat. [...] Là on peut travailler quasiment avec le contexte. [...] C'est ça aller chercher toute cette autre dimension [...] l'esprit qui règne dans le contexte social [informatrice clinicienne, mai 2013]. »

Ainsi, des éléments pathogènes sont considérés comme faisant partie du déclenchement de potentielles souffrances sociales : les collaborateurs font état - parfois en s'en étonnant -, « de succession ou d'accumulation de malheurs », « de misères socioéconomiques », « de situations d'impasses de vie », « de stress » ou de « chocs », multipliant par le fait même les explications causales souvent complexes, mais transposées dans la *psyché* (formes de cristallisation des tensions et/ou d'inquiétudes à l'intérieur du corps) et exposées comme des moments de grande fragilité, comme de véritables points tournants faisant basculer les patients et les familles dans le déséquilibre, l'excès ou encore la violence. La souffrance se présente avec une profondeur contextuelle qui influence les modèles de sociabilité, mais qui apparaît également enchâssée aux microcontextes de pouvoir locaux qui viennent en même temps façonner les problèmes humains qu'ils influencent simultanément leur pathogenèse (Das et Kleinman, 2000: 15-16). Par exemple, l'indifférence bureaucratique peut, à elle seule m'expliquer une répondante, intensifier et approfondir la détresse psychologique, passant sous silence les situations souvent critiques. Ces glissements risquent d'oublier les recoins plus obscurs où se jouent les écarts et les épreuves difficiles de l'immigration, dans la mesure où ils écarteraient aussi « toute remise en question des dominations qu'ils exercent et des exclusions qu'ils instaurent » (Oriol, 1979: 20). En effet, à l'instar des patients, les soignants sont aussi confrontés à des ruptures de santé (à la maladie, à l'accident...) ce qui influence la perception des risques, voire les façons de les prendre en charge<sup>77</sup>, mais pour ceux ayant vécu personnellement les aléas et les paradoxes de l'immigration à leur manière

---

<sup>77</sup> Processus qui semblent d'ailleurs avoir été identifiés dans d'autres services hospitaliers qui ne sont pas nécessairement ceux de la psychiatrie transculturelle (Vega et Soum-Poulayet, 2010; Vega, 2000; 1999).

respective (déracinements, séparations familiales, disqualifications professionnelles, etc.), la résonance est probante: « [...] Tu sais l'adaptation à un nouveau pays, c'est pas quelque chose de facile non plus. [...] Parce que même si on est instruit, comprendre le système qui est différent de votre système, les gens sont parfois perdus. On vient avec nos cultures à nous, on pense qu'on va trouver pareil ailleurs, mais souvent on se plante. Et là on se trouve en difficulté [informaticienne clinicienne] ». Empirisme et imaginaires sont ici intimement liés à l'histoire de vie<sup>78</sup>. D'autres ajoutent que cette complexité d'antécédents peut avoir un impact sur les dynamiques relationnelles et le plan de soin proposé:

« [...] Tu sais en général c'est parce qu'ils savent plus comment poursuivre avec la situation. Ils sont ce que moi j'appelle... y a un blocage. [...] Déjà au téléphone dans la problématique on a toute la question du parcours migratoire hein. Y a des gens qui arrivent comme des réfugiés, comme des immigrants reçus, n'empêche qu'ils viennent dans un nouveau pays. ...] Parce que j'ai des intervenants au téléphone qui ne connaissent pas le pays d'origine de la personne avec qui ils travaillent! T'imagines! Alors déjà de savoir un peu, vérifier le réseau de cette personne-là ça aide. Est-ce que c'est une personne qui est arrivée ici seule? Comment la personne est arrivée? Par où la personne est arrivée? Est-ce que c'est quelqu'un qui a quitté un camp de réfugié pour être directement transplanté ici? Ou c'est quelqu'un qui a fait des passages ailleurs? Comme... y a une famille où ils venaient du Mexique qui, pour venir au Canada, est d'abord allé en Afrique! Passer par le Kenya, le Sénégal, et tout comme ça, le Cap-Vert pour finalement revenir. Qu'est-ce que les gens ont dû endurer [informaticienne clinicienne, juin 2013]. »

Pour la grande majorité de nos informateurs, les difficultés vécues par les familles immigrantes révèlent aussi le poids d'existence marquée par la pauvreté et l'abus, la manière dont viennent se nouer les conditions sociales et expériences subjectives en sortent que les failles, les dérives et les afflictions qui les marquent se renforcent réciproquement. Tel qu'évoqué par nos répondants, c'est sans doute cette intrication et ses ramifications à tous les niveaux de la vie de la personne, et qui étayent simultanément les déterminants psychosociaux de la santé<sup>79</sup>, mais *a fortiori* leur reconnaissance qui

---

<sup>78</sup> Mais là où les vies sont en partie imaginées dans et à travers des réalismes et pensés sur des trajectoires de vie spécifiques, liens de plus en plus déterritorialisés d'après certains dont Arjun Appadurai (1996), ceux qui représentent les vies réelles ou ordinaires doivent se garder, précise-t-il, de prétendre à un privilège épistémique par rapport aux particularités vécues de la vie sociale: elles ont pour moteur non pas l'état des choses, mais les possibilités qu'elles laissent entrevoir.

<sup>79</sup> D'après le modèle de la santé de la population de Santé Canada (Hyman, 2001), la santé est partiellement influencée par des interactions complexes entre les différents facteurs sociaux et économiques, le milieu physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont ce qu'on appelle les « déterminants de la santé ». Parmi ces déterminants, on note: le revenu et le statut social, les réseaux de soutien sociaux, familiaux, communautaires, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement social et physique, les habitudes d'hygiène personnelle et les capacités d'adaptation, le développement infantile sain, le patrimoine biologique et

révélerait parallèlement cette part importante des réalités diffuses et multiformes qui coexistent dans l'ombre des matrices institutionnelles. Celles qui font plus fortement référence à des modèles normatifs et identitaires contextualisés qui comptent au nombre de facteurs sociaux et structuraux catégorisés (Farmer, 2004; 2003) - par exemple ethniques, sociales ou encore sexuelles<sup>80</sup> -, qui composent en partie l'exercice même du soin. Reste que, *volens nolens*, implicitement ou explicitement précisent de leur côté Cognet et Fortin (2003: 155), les rapports sociaux, entendus comme structures macrosociales, et les relations sociales, entendues comme modalités concrètes des interactions, en procèdent, et ce sans pour autant invalider le traditionnel schéma des rapports de pouvoir entre classes sociales nous rappellerait Maurice Halbwachs dans ses « Remarques sur la position du problème sociologique des classes » [1905] : il y a aussi des illusions de la conscience sociale.

Sous cet angle, on s'intéresse ainsi à la clinique de la situation d'intervention elle-même, alors que parallèlement, les thérapeutes et les intervenants doivent constamment faire face et à naviguer au sein de ces tensions ou malaises intriquées aux matrices institutionnelles affectant les personnes les plus précaires et les plus vulnérabilisées par ces mécanismes de politisation du soi catalysant le sentiment d'injustice fondé sur la mobilisation pragmatique des capacités de subjectivation et d'individualisation, elles-mêmes pourtant essentielles, nous disent plusieurs, à l'intégration sociale (Schnapper, 1996; De Rudder, 1994; Taboada-Leonetti, 1994). Autrement dit, la réponse des thérapeutes et des intervenants suppose, une fois de plus, de la désidéaler.

---

génétique, les services de santé, habitudes sexuelles et culturelles. Marguerite Cognet (2004: 174) mentionne à cet égard certaines limites intrinsèquement liées au type d'utilisation des déterminants de la santé dans les travaux actuels, rappelant entre autre que leur caractère descriptif « [...] ne nous apprend que peu de choses, voire rien sur ce qui conduit à ces situations tant du côté des immigrés - où il faudrait prendre en compte les trajectoires de vulnérabilité - que du côté des praticiens - où il importe de saisir le jeu des représentations qui préside aux pratiques. »

<sup>80</sup> À cet effet, Ellen Corin (1996: 267) précise par exemple que les critères ethniques « [...] créent des catégories d'individus apparemment homogènes qui n'existent pas en réalité. Un indicateur unique comme l'ethnicité ne permet pas de rendre compte de façon appropriée, et peut-être même pas du tout, de la place complexe que les individus occupent dans la sphère sociale et culturelle ». C'est le cas dans les études de Marguerite Cognet (Cognet, 2004; 2001; 1999) au sein desquels se dévoilent la prise en charge considérée comme un processus de racialisation et d'ethnisation produisant diverses modalités de discriminations de la part des professionnels de santé envers les migrants et sur comment son incidence diminue proportionnellement sa spécialisation professionnelle. Intéressée plus particulièrement aux rapports entretenus entre la décision thérapeutique et l'ethnicité du patient (voir notamment Cognet, 2007), il semble néanmoins que cette variable reste encore, trop souvent, ignorée dans les dynamiques par lesquelles ses dimensions s'actualisent et donnent corps à la stratification sociale (De Rudder et coll. 2000; De Rudder, 1999).

#### 4.8 De l'efficacité thérapeutique et symbolique de l'ethnothérapie aux malaises de la rencontre: la clinique comme espace de résonance?

Dans la perspective de l'ethnopsychiatrie, Tobie Nathan défend que l'interprétation culturelle étroitement liée à l'origine ethnique et à la trajectoire migratoire joue, théoriquement et cliniquement, un rôle déterminant dans une prise en charge des patients migrants et leur famille (Streit, 1996). Elle prend au sérieux le fait que la maladie ouvre aussi une brèche du côté de l'intériorité, constituant une voie privilégiée pour accéder à la source des vulnérabilités, celle du malade tout comme celle du thérapeute ou de l'intervenant, et aux lignes de fragilité au sein des familles (Moro, 2011). La démarche thérapeutique consiste d'ailleurs à réaliser, avec eux, un travail de liaison entre l'univers et le matériel culturel de la personne - en l'occurrence les théories étiologiques du patient sont utilisées, puisqu'elles tendent à indiquer les causes et le sens des maladies des patients<sup>81</sup> -, et celui de la société d'accueil, la priorité étant donnée au sens que la famille accorde à la problématique permettant à la fois la coarticulation et la continuité entre des univers de référence différents au sein de l'espace thérapeutique. (Raphaël, 2006). Une telle approche nous sensibiliserait alors à la richesse de rencontres « à plusieurs voix » précise Sylvaine de Plaen (2006: 128), espace préservant, ajoute-t-elle, « [...] à la fois la pluralité des perspectives, les complexités des processus identificatoires et la mobilité des représentations. »

Pourtant, malgré un modèle d'interprétation et d'interaction plutôt souple et un désir manifeste de comprendre et d'adapter les soins dans le but d'être cohérent avec l'univers culturel du patient, la prise en charge thérapeutique de l'inscription des symptômes à l'intérieur du culturel et du social, aussi multiples soient-ils, peut à son tour devenir réductrice, ayant par ailleurs alimenté les controverses décrites au chapitre précédent qui divisent actuellement l'anthropologie médicale et l'ethnopsychiatrie, et

---

<sup>81</sup> Pierre (1999, cité dans Warnant 2010: 38), répertorie les fonctions reconnues, suivant la démarche de Nathan, de l'interprétation traditionnelle de la maladie: a) Sortir le malade de son isolement, puisqu'une fois reconnue l'origine « surnaturelle » du symptôme, la famille élargie se sent concernée et les liens de solidarité se resserrent; b) La reconnaissance, chez le patient, de désirs inconscients inavouables et de ne pas les confondre avec les désirs conscients, ce qui risque de décharger celui qui porte le(s) symptôme(s) d'une partie de sa responsabilité; c) Être une adresse au thérapeute compétent, puisque support de représentation et puisqu'organisée selon une logique propre.

auxquelles j'ai tenté d'apporter quelques nuances et précisions à partir du discours des répondants. La question qui sert de fil conducteur tout au long de la prise en charge ethnopsychiatrique concerne indubitablement la question d'un travail *sur* la différence et sa reconnaissance, invitant, d'un côté, à solliciter différemment les structures de sa représentation et ces points d'identification (de genres, de générations, de statuts et de classes, de registres différemment codés autour de la maladie, de la mort, de la guérison, de la douleur, etc.) et leur affirmation au niveau macrocontextuel, génératrice de conflits majeurs et responsables de multiples afflictions; mais d'un autre côté, l'affirmation des différences et des écarts qu'elles sollicitent, qui, dans leurs réductions, s'avèrent pourtant thérapeutique en jouant sur cette ouverture à l'intérieur même de la trame culturelle affirmée - par exemple, par la présence du sujet et de l'interprète linguistique et culturel qui s'avère souvent nécessaire, voire parfois essentielle. Ces composantes sont donc aussi analysées comme des mesures sociologiquement situées et connectées aux malaises intriqués aux matrices institutionnelles qui encadrent et découpent les rapports patients-immigrants et cliniciens-intervenants sur le plan qualitatif (en rapport avec une singularité), référentiel (en rapport à une situation particulière *ad hoc*), et intime (qui engage, qui touche, qui indigne).

À l'instar des propos de Sylvie Fainzang (2013: 94), les travailleurs médico-sociaux que j'ai rencontrés semblent eux aussi « [...] tiraillés entre la conformité à leurs rôles sociaux les autorisant à exercer leur privilège thérapeutique, et le souci de ne pas apparaître comme contrevenant aux valeurs et les normes édictées par la démocratie sanitaire<sup>82</sup>, prônant dans le sens de l'autonomie, l'information, la participation du malade à son traitement ». Puisant bien au-delà de la stricte formation et habileté professionnelle, ne pouvant suffire à elle seule me diront plusieurs, ils sont interpellés au coeur de leur vie personnelle, certains types de déliaison dépassant tels registres pouvant aussi être mobilisés et doués d'une certaine perméabilité. Tel que le rappellent d'ailleurs Cohen-Émérique et Hohl (2002), travailler avec les familles immigrantes peut toutefois instituer

---

<sup>82</sup> Del Vecchio Good et Good (1993) auront par ailleurs montré que les professionnels médico-sociaux, quelle que soit leur origine ethnique, ont généralement été formés à la pratique de modèles d'intervention reposant sur des valeurs et des normes dominantes, leur conformité étant à leur maximum lorsqu'ils travaillent au sein de services publics.

une dynamique de menace pour l'identité professionnelle du soignant ou de la soignante, réagissant généralement dans les limites du cadre institutionnel que ne leur permet parfois pas ou très peu de faire preuve de souplesse ou de créativité dans certains cas, manipulant ainsi les capacités de singularisation, souvent dénoncées d'ailleurs pour une absence d'humanité et de profondeur existentielle. De surcroît, j'ai tenu à privilégier un ensemble plutôt dense et distinct de « résonances » qui ont émergées à la consultation, contribuant aux répertoires dialogiques et alternatifs dont j'ai parlé plus haut.

Bien qu'il serait toutefois risqué d'affirmer avec certitude que c'est là un élément déclencheur à la consultation, nos entretiens auront cependant permis de mettre en évidence le fait que les intervenants « souffraient » eux aussi de cette situation, en particulier par manque d'encadrement dans leurs pratiques auprès d'une clientèle immigrante, et ce dans un contexte de soin traversé parallèlement par des cultures professionnelles et l'accroissement de mesures et d'exigences contraignantes, de rentabilités et d'efficacités du soin au sein desquelles l'idéal pratique de réalisation du soi vient lui aussi affecté les modalités de prise en charge des personnes sous la forme d'une injonction tacite, qu'elle soit ouverte ou encore dissimulée par différents modèles de pratiques et de représentations. On ne saurait en ce sens ignorer le « bricolage » (pour la terminologie de Lévi-Strauss (1962: 24-25) que les soignants effectuent eux aussi sans cesse pour assembler les éléments qui conditionnent et colorent les stratégies d'intervention envisagées comme émanant simultanément des registres professionnels et personnels et qui orientent, par ailleurs, les usages que l'on en fera. En tant que ces interactions vont aussi participer de la (re)construction du soi individuel, de son corps, de son histoire, de sa parole, et c'est là surtout où je veux en venir, tout un pan de la rencontre clinique vient mettre à jour et se nourrit simultanément, en revendiquant ce détour par le particulier, d'un discours sur l'« Autre » imaginé et affirmé par l'anthropologie et l'ethnopsychiatrie occidentale, qu'elles concernent des individus ou des collectifs, ne sont jamais soustraites, forçant encore une fois l'idée de la conversation incessante du corps social dans les corps physiques relevant d'un type foucauldien d'analyse, mais qui nous oriente simultanément sur un large front stratégique gramscien

dans plusieurs lieux différent de l'hégémonie sociale à un point de condensation et d'articulation.

#### 4.9 Conclusion

Les propos recueillis à cette étape de notre analyse viennent en ce sens confirmer que la souffrance psychologique prend elle aussi la forme d'un rapport culturellement informé au collectif, de sorte qu'elle module la rencontre de l'univers intersubjectif de l'immigration, de la matérialité du social, de ses espaces relationnels, et des difficultés qui y sont potentiellement générées. Les prochains chapitres de ce mémoire, articulés sur la (re)construction de récits cliniques, me permettent de poursuivre dans cette direction où l'articulation de ces souffrances qui me sont décrites, confrontées aux aléas qui structurent conjointement leur interaction - en l'occurrence le travail émotionnel et les trajectoires migratoires -, a été choisie comme objet d'étude parce qu'elle représente aussi et surtout, comme on l'a vu, ces moments structurants de la « négociation de la gestion de la maladie » (Strauss, 1992), c'est-à-dire jalonnée d'étapes décisionnelles et formelles au sein desquelles des différences de statut, d'accès au pouvoir, d'orientations thérapeutiques et de bagages culturels se concrétisent et conditionnent autant l'expérience de la souffrance que la façon dont cette souffrance est communiquée et traduite. Ainsi, au coeur de ces différentes scènes sociales contrastées sur lesquelles le corps de l'adolescent(e) m'a semblé jouer ce rôle particulier de « révélateur analogique » (Vidal, 2010b) de ces conflits et de ces malaises intriqués aux matrices sociales et institutionnelles - en non comme le simple jeu de leur diversité -, nous verrons que les expériences vécues de ces adolescentes et adolescents sont elles aussi constituées, enchâssées et transformées par de plus vastes processus se présentant aussi comme des « compromis stratégiques » nous dit Byron Good (1994: 158) au sein desquels non seulement les tensions interpersonnelles, sociales, familiales et institutionnelles sont présentes en sous-texte dans la plupart de leurs histoires, mais également central à la pragmatique même de leurs identités qui, dans le prolongement et la continuité des parcours migratoires et des difficultés vécues chez leurs parents, nous revois elles aussi à

des pathologies ou à des problématiques sociales et familiales inhérentes à leur contexte et leur histoire de vie. Les récits cliniques qui suivent ont pour but justement de permettre de visualiser de telles phénoménologies dans toutes leurs complexités.

## CHAPITRE V

### Au carrefour des rationalités, des savoirs et des idiomes thérapeutiques: La co-construction du corps de Mélyssa

Si le chapitre précédent a pu témoigner de l'inéluctable médiation de rapports de force et de grilles de lecture dans les échanges intimes qu'ont les personnes-ressources des services médicaux et paramédicaux avec leurs clients dans le traitement et la prise en charge des corps souffrants, il a également été suggéré combien ce même regard interactif sur leur pratique peut-il lui-même mettre en scène et (ré)organiser partiellement la manière avec laquelle les différences de statut et de classes sociales, d'accès au pouvoir, d'orientations et de bagages culturels sont communiquées et traduites tout en restant attentives aux « taches aveugles » (Kristeva, 1969) intriquées aux matrices institutionnelles et aux cadres d'intervention sur lesquels prennent place les interactions soignants/soignés/familles. Il a donc été possible d'identifier quelques-unes des complexités sur lesquelles les structures relationnelles et cliniques appellent l'attention aux asymétries de pouvoir et à l'hégémonie, dimensions entrelacées et affectées de dialogisme sur les chemins du retour vers l'« agencéité » (Giddens, 1979).

La présente discussion est étroitement solidaire de la précédente. Le ton en est toutefois différent. Tout en invitant à la vigilance contre les tentations de faire des témoignages recueillis un simple reflet décontextualisé et dépersonnalisé de ces implicites que les narrations autorisées me permettent d'esquisser, cette seconde option analytique orientée cette fois-ci sur des histoires de cas - à l'intersection entre le travail émotionnel et le parcours migratoire -, me conduit ainsi à articuler ce qui se met en acte dans des situations concrètes impliquant des adolescents(es) et leurs familles par le biais de différentes scènes sociales (personnelles, familiales et institutionnelles) connues ou observées des répondants. Dans ces récits à saveur polyphonique, tissés et tramés au stade d'investigation des malaises sociaux et culturels, relevant par ailleurs une très grande plasticité, nous verrons que les conflits, tant personnels que socioculturels, observés chez

ces adolescents, sont à chaque fois l'aiguillon de ce recours en appel au point d'inflexion de la catharsis de leurs identités, découvrant et visualisant les zones de fragilités et de tensions dynamiques soumises à de nombreux effets de distorsions où fiction et empirisme se mêlent étroitement et participent de la mise en scène des sentiments de leur contradiction et de leur éventuel dépassement.

### 5.1 Expériences du corps et systèmes médicaux:

Les usages différentialistes et charismatiques du corps-malade

L'expérience du corps, l'expérience que l'individu a de celui-ci lorsqu'il tombe malade, c'est-à-dire ici les manifestations de ses symptômes, son comportement de recherche d'aide, la recherche d'un diagnostic, etc. va dépendre, on le sait, de son environnement social et culturel agissant à la fois comme médiateur, mais aussi comme stresser (Corin, 1994). En effet, tel que le rappelle Arthur Kleinman (1988; 1980), un problème de santé est toujours connoté, informé, traduit et vécu selon les différents registres et contextes socioculturels et thérapeutiques de la personne malade, conçus comme autant de lieux possibles d'interactions et de significations. Forme élémentaire de l'événement nous dit de son côté Marc Augé (1986), il est aussi ce lieu de rencontre de l'expérience singulière du malade, mais également de la socialisation dans le groupe (qui inclut le rapport au corps et, plus largement, le rapport à l'ordre social et au pouvoir), dimensions indissociables et complémentaires à toute définition ou représentations nosologiques qui simplifieraient à l'excès une réalité complexe<sup>83</sup>. Tantôt pauvre et fragmentaire, tantôt riche et élaboré, le récit de souffrance, précise Gilles Bibeau (2004:

---

<sup>83</sup> Face à l'utilisation d'un concept comme celui de Kleinman de « modèle explicatif de la maladie » - visant à désigner les discours qu'élaborent le malade (et la famille avec lui) pour donner un sens cohérent à la fois aux symptômes, aux causes perçues, aux circonstances, aux traitements, et donc à l'expérience vécue dans toute sa complexité -, Allan Young (1981) souligne à l'avenant les risques de réduire la logique des systèmes médicaux à une logique mécaniste dans la mesure où ils obéissent à d'autres logiques, d'autres rationalités: « [...] Informants' statements seem complex, précise-t-il, because, the often juxtapose different kinds of knowledge. A speaker does not necessarily know all of his facts in the same way, and he often gives different, epistemologically distinctive, accounts of his sickness at the same time. [...] In this scheme, explanatory models of illness are only one of several possible forms of theoretical knowledge » (Young, 1982: 271-272). Cette perspective rend compte plutôt de « stratégies paradoxales » (Fainzang, 1997), c'est-à-dire des stratégies adoptées, de manière explicite, pour résoudre un problème de santé, et de manière implicite, afin de combler d'autres nécessités ou exigences que celles que le monde médical qualifierait de « thérapeutique » par exemple. Il n'est d'ailleurs pas rare que dans un même épisode de maladie, différentes pratiques et savoirs issus de plusieurs traditions médicales et religieuses se chevauchent et s'entremêlent (Lock et Nichter, 2002).

133), n'a jamais pour auteur qu'une seule personne: « [...] le récit est composé par des soignants, parents, des voisins, des amis - ou des dieux, dans les stratégies -, et tous sont ensemble des co-auteurs de ce qui se dit ». Par conséquent, ajoute-t-il, le récit est forcément hétérogène, syncrétique, fragmenté, ou même contradictoire, puisque les interactions entre les différents acteurs du projet thérapeutique, tout comme les phénomènes de santé, de maladie et de guérison, sont aussi la résultante de productions sociales partiellement déterminées par les positions que les personnes occupent dans les structures de pouvoir de leur société d'appartenance, et se construisent à partir des systèmes collectifs de sens, de réseaux explicatifs<sup>84</sup> et des « idiomes de détresses » qui intègrent des prémisses morales, des représentations, des normes et qui constamment, sont retravaillées et recomposées par les personnes<sup>85</sup>. Ils ne peuvent en effet se réduire à de simples répertoires de savoirs populaires ou médicaux, ni à des réseaux réifiés de communication et d'explication en restant étranger à leur fabrication plus ou moins créolisée par le contenu souvent à plusieurs niveaux des récits de souffrance<sup>86</sup> (Bibeau, 2000). Ainsi, les différenciations énoncées plus en avant dans le texte (classes sociales, accès au pouvoir, orientations et bagages culturels) ne manqueront pas elles aussi, nous dit Vidal (2008: 13), de colorer différemment l'acquisition, la communication et la traduction des représentations de la maladie, de la santé, de la guérison, et ceci à travers

---

<sup>84</sup> Ces « réseaux explicatifs » (Good, 1994) - aussi appelé « systèmes de signes, de sens et d'actions » (Corin et Bibeau, 1995) -, « [...] indicate that illness has meaning not simply through univocal representations that depict a disease state of the body, but as a "product of interconnections" - a "syndrome" of experiences, words, feelings, and actions that run together for members of a society » (Good, 1994: 171). L'insistance avec laquelle certains anthropologues, par ailleurs, ont fait porter leur travaux sur cette question, note de son côté Sylvie Fainzang (2005), repose d'ailleurs sur la conviction que les représentations de la maladie et les recours thérapeutiques sont indissociables d'un système symbolique global à l'intérieur duquel l'apparition de la maladie et du malheur donne nécessairement lieu à une recherche de sens de l'événement et à une élucidation des causes. À l'affirmation de cette quête de sens, note-t-elle (ibid: 163), Jean Benoist (1996) a d'ailleurs opposé celle de la quête de soin, préoccupé par l'idée que ce n'est pas la première mais la seconde qui dirige et module les itinéraires thérapeutiques comme une suite d'événements plus ou moins aléatoire enchaînés par le contexte.

<sup>85</sup> La dynamique qui traverse l'espace thérapeutique ne concerne pas seulement, note Francine Saillant (1999: 34), les spécialistes entre eux (locaux et biomédicaux), transformant les groupes domestiques en « usagers », mais apparaît aussi comme un « ensemble de relais » entre le domestique et l'extra-domestique, la maisonnée et la « communauté », le profane et le sacré. De plus, ajoute-t-elle en citant une étude de Jazen (1995) concernant la mise en scène des soins domestiques et familiaux au Zaïre à partir de la construction des choix et les comportements thérapeutiques en suivant les parcours que suivent les malades, il semble que l'expertise médicale et la voie religieuse s'y croiserait régulièrement, sans pourtant devenir source de conflit, modulant également les choix en fonction des possibilités offertes par le milieu et la complexité des conditions sociales engagées.

<sup>86</sup> À l'instar de Bibeau (2000; 1997), la notion de créolisation m'apparaît ici particulièrement adapté pour décrire les phénomènes de recompositions de la maladie du patient-adolescent migrant en opérant une synthèse originale à la frontières de plusieurs mondes. Fort proche du sens que Laplantine et Nouss (1997: 8) donnent au terme « métissage », c'est-à-dire qu'il suppose: « [...] non pas de plein et du trop plein, mais aussi du vide, non pas seulement des attractions, mais des répulsions, non pas exclusivement des conjonctions, mais des disjonctions et des alternances », Bibeau invite à penser plutôt une grammaire syncrétique et plurielle sur laquelle se grefferait certains de ces récits de maladie, et comme cela a déjà été dit, ne peut se faire qu'en fonction d'un cadre de relation spécifique à une situation particulière.

des conditions et des contraintes objectives, empiriques, car liées à l'observation directe. Il m'a donc semblé important de les inscrire, de les incarner dans le corps de ces adolescents(es) s'exprimant à travers celui-ci lors d'un processus morbide, puisqu'ils en sont, précise Vidal, à la fois « l'objet et le sujet dans le même temps », et constamment mis à l'épreuve par les différents registres de pouvoir liés à la promotion de la santé dans laquelle le système de soin (et pas seulement les mesures d'appui centrées sur elle) occupe, aux côtés de ces réseaux explicatifs du patient et de son entourage, une place essentielle (Kirmayer, 2004). Tout système de connaissance ou de savoir ne peut en ce sens se détourner totalement des orientations et des bagages conceptuels du corps et de la maladie qu'il énonce tant celles-ci sont intrinsèquement liées à une vision du monde singulière qui, en dépit de la rationalité, ne peut se teinter que d'hétérogénéité partagée; tant le patient que le clinicien sont eux aussi porteurs d'identités de genres, de classes sociales et de groupes d'appartenances et qui affectent et confrontent, à différents niveaux comme on l'a vu, les relations de soins<sup>87</sup>, devenant ainsi source potentielle de confusion en adoptant un système de numération trop complexe qui se retrouve, lui aussi, découragé donc par les pratiques et normes contemporaines. Comme le souligne Herzfeld (1992 : 181) :

Bureaucrats are given various taxonomic devices with which to regulate their small sections of a civic universe. Those devices have the capacity, like the trapping of hospitality, to benefit and to demean. [...] most examples of indifference were tantamount to a refusal to respect difference. This is not just a play on words: successful clients are those who manage to persuade their bureaucratic interrogators to accept what makes their case "different" as belonging to the bureaucrats' "own" social world. They succeed in persuading the bureaucrats that they, the clients, are insiders: kinsfolk, fellow patriots, spiritual kin, coreligionist [...]. Those who fail are other, outside, beyond the pale. They are not there merely because they are so classified; they are there because officials have chosen, or have been forced, to interpret their status in such manner [...] not in an essentialist sense but through the experience of social life.

Les multiples explications et significations exposées par la plupart des participants à cette recherche démontrent d'ailleurs que l'interprétation d'un problème de santé mentale chez

---

<sup>87</sup> Par extension, je travaille avec l'hypothèse précédemment discutée que ces éléments sont bel et bien reliés entre eux dans les histoires cliniques qui m'ont été confiées, mais ils le sont à travers des médiations, des interactions et des processus dialogiques extrêmement complexes qu'une étude plus exhaustive - accompagnée du point de vue des adolescent(es) et des familles - aurait notamment permis d'en dévoiler davantage la texture.

l'adolescent migrant se trouve en constant processus de reconfiguration dans lequel, dans certains cas du moins, plusieurs systèmes référentiels et répertoires lourdement chargés partagent la scène afin de comprendre et de négocier la maladie, la trajectoire de soin, le processus décisionnel, sans pour autant que cette pluralité ne soit ou ne devienne nécessairement conflictuelle. Une ethnothérapeute prenant place à la consultation me précise d'ailleurs, dans une anecdote clinique, que les possibles difficultés d'arrimages des points de vue à l'annonce d'un diagnostic, à partir du moment où les causes probables renvoient au corps-esprit (et sont, dans ce cas-ci, attribuées à des formes de tensions) et en fonction des perceptions et des expériences de chacun, des distinctions apparaissent dans la compréhension des conduites que ne seraient systématiquement être liées aux attitudes face à la prescription médicale, mais entraîneraient également une réflexion sur le caractère normatif (et dominant) de ces catégories qui se modulent en tant que qualité intrinsèque de la relation médecin/patient (Lock, 2000; Good et DelVecchio Good, 1993). Cette zone d'ombre, note-t-elle, viendrait parallèlement soustraire la qualité ou la valeur d'une matrice implicite et structurante qui encadre et traverse de part en part l'expérience d'un problème de santé dans la manière de le décrire, de l'interpréter et d'y réagir:

« [...] Il y a un enfant qui a été diagnostiqué, il a trois ans, il a été diagnostiqué autiste. Bon. Et sa soeur, un tout petit peu plus jeune, présente déjà des problèmes de développement. Et ç'a été de dire à cette famille-là que le diagnostic de l'enfant est un diagnostic d'autisme, ce que la famille ne peut pas entendre, parce que dans leur culture, ça veut dire être idiot. Alors comment est-ce qu'on peut parler de ces choses-là à des gens dont la provenance culturelle va plutôt faire en sorte qu'on ne fait pas de ... toute la question du diagnostic ça se pose pas parce que ça fait pas... c'est très nord-américain ça de mettre des étiquettes. Et puis où on conçoit quoi, en fait, l'évolution de l'enfant comme un processus en développement, alors comment pouvez-vous prédire, à partir de ça, qu'il va mal se développer? Y parle peut-être pas maintenant, mais c'est peut-être parce qu'il est un peu plus lent pis qui va arriver à parler un peu plus tard. Alors c'est là où l'arrimage ne se fait pas très bien entre notre discours occidental très médicalisé, très diagnostique, et la façon de comprendre ce qu'est un enfant et comment grandit l'enfant. Et c'est un enfant qui est particulier, qui présente des singularités. Quel sens peut-on donner à ça? [informatrice clinicienne, mai 2013] »

L'expérience du corps-malade, et cette répondante en nuance bien toute la texture, n'est certainement pas le simple miroir du processus pathologique au sens biologique, psychologique, développemental dans ce cas-ci, techniciste du terme, mais cette

expérience par le corps reflète aussi et vient mettre en scène encore une fois les normes et les attentes collectives et individuelles qui s'inscrivent sur la trame ou la matrice de sens de la maladie<sup>88</sup>, apparaissant comme autant d'éléments appliqués à la « rationalité » du corps, de la maladie et des soins et les mécanismes (tacites) qui les médiatisent. Tel que le note à juste titre Sylvie Fainzang (2001: 4):

On sait aujourd'hui que ce qui est en jeu dans les démarches thérapeutiques est loin de se définir en termes d'efficacité seulement biomédicale, et il est désormais admis que les conduites des patients répondent à de multiples raisons qui ne sont pas exclusivement thérapeutiques. [...] Les comportements des patients sont souvent considérés irrationnels du point de vue médical parce qu'ils échappent aux directives médicales, mais qu'ils n'en ont pas moins leurs propres rationalités dans la mesure où ils obéissent à d'autres logiques et qu'ils sont fonction de la perception que les patients ont de la maladie et de l'efficacité. L'absence de rationalité n'est pas l'absence de logique.

Ce gouffre creusé, comme le signalait M. Foucault (1963), entre le diagnostic dominant posé par un savoir professionnel - et son dispositif cartésien du corps et de son rapport au monde -, d'une part, et, d'autre part, le sens que donnent les premiers concernés à l'expérience des malaises qu'ils sont censés vivre, aliène, dépossède l'individu de son savoir sur lui-même et le corps, sans qu'ils puissent parfois y trouver écho. À travers les discours et les expériences respectives de chacun, des frontières peuvent donc être déplacées, des catégories interrogées et des conduites et des attitudes remises en question, multipliant les tensions, les contradictions et les réponses possibles<sup>89</sup>. À l'instar de S. Fainzang, Didier Fassin (1992 : 118) rappelle également que le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic ou d'un traitement apparaît aussi : « [...] comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, la place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin) qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte. »

---

<sup>88</sup> Cette dernière condense en effet « [...] un ensemble de significations extérieures au récit étiologique proprement dit et qui renvoient à un certain nombre de signifiants clés de la trame personnelle, sociale et culturelle sur laquelle s'inscrit l'événement pathologique » (Corin, Bibeau et Uchôa, 1993: 126). Les récits qui circulent à propos de la maladie et de son origine, et qui viennent l'inscrire dans un champ de communication et d'échanges, qui informent une certaine vision étiologique et cosmologie du corps, en même temps contribuent eux-mêmes à infléchir et à élaborer la manière de ressentir, de manifester et d'agir une expérience personnelle de désarroi et de détresse psychologique (Corin et coll. 1992).

<sup>89</sup> Car ces « quasi-réponses » face auxquelles l'individu n'est certainement pas dupe, précise Didier Vrancken (2009), génèrent davantage d'attentes concrètes d'aide, de sécurisation, de participation, d'insertion renvoyant constamment l'individu à lui-même et aux autres en absence d'extériorité normative.

En ce sens, ce n'est pas tant la marginalité « culturelle » du patient qui nous intéresse dans ce cas-ci, c'est-à-dire le fait pour un individu de participer de deux ou plusieurs « univers de sens » comme me l'on fait remarquer certains ethnothérapeutes - « [...] chez les jeunes immigrants, c'est particulièrement préoccupant parce qu'ils sont faces à deux cultures quand même, hein? Et en général, des cultures opposées. [...] et pour ceux qui viennent des pays où la tradition est encore très très forte, oui c'est préoccupant, ça joue sur la santé mentale quand même [informatrice clinicienne, mai 2013] » -, potentiellement déchirée donc entre deux imaginaires antagonistes qui s'affronteraient au niveau de la *psyche*<sup>90</sup>, état particulièrement inquiétant de crise (identitaire) et de conflits intérieurs à l'adolescence nous dirons certains (Moro, 1998; 1994; Moro et Nathan, 2004), mais aussi au fait qu'ils soient insérés dans une matrice institutionnelle qui permet à un matériau hétérogène de s'organiser par le contrôle constant et tacite de ses expériences, et faisant des entrelacs de fréquences un ensemble de voix polyphonique elles aussi inégalement partagées. Le drame dont il est question dans le récit qui suit n'est pas, ou pas seulement, il me semble, celui d'une adolescente apparemment « divisée entre deux mondes » aux regards de ceux ayant traduits sa parole lors de prises décisionnelles concernant les soins et les traitements qui lui seront prédestinés, mais aussi celui de ses appartenances (de genres, de classes sociales, généalogiques, etc.)<sup>91</sup>, dont la réalisation des orientations et des bagages thérapeutiques (incarnée et médiatisée à même son propre corps) se heurte elle aussi à des obstacles sociaux auxquels il convient également d'être attentif.

---

<sup>90</sup> Notamment, pour Marie-Rose Moro (1998), la structuration culturelle et la structuration *psychique* de l'adolescent métisse sont construites sur des clivages, des tensions et des conflits - processus souples et syncrétiques -, qui ne sont pas nécessairement conflictuels, mais qui favorisent « des moments de déséquilibre » (ibid: 92) dans un contexte d'instabilité. Mécanismes qui doivent, d'après Moro, être considéré également comme des déterminants de la vulnérabilité spécifique des enfants de migrants.

<sup>91</sup> À la différence d'autres analyses traitant du rapport entre relations interethniques et troubles psychopathologiques, R. Bastide [1955] et le « principe de coupure » (cité dans Cuche, 2001: 68-69) nous permet de questionner l'approche de la question de la marginalité telle que l'avaient formulée les sociologues (dont Robert E. Park) de l'École de Chicago. Il n'est pas question ici de quelqu'un qui vit *entre* deux univers sociaux et culturels, mais bien *dans* chacun d'eux (je dirais plutôt plusieurs), sans nécessairement les faire communiquer ou encore qu'ils soient conflictuels. Ce n'est pas lui qui est « coupé en deux » ou « déchiré »: à tout syncrétisme externe ne correspond pas nécessairement un syncrétisme psychique (Cuche, 2009: 22). Ces contacts se font dans le cadre de rapports sociaux qui sont aussi le plus souvent des rapports de pouvoir (Grignon et Passeron, 1989), l'échange étant rarement le fait de partenaires égaux dans la rencontre: les clivages sociaux vont s'inscrire jusque dans les choix thérapeutiques, les habitudes de vies, etc.

## 5.2 Une santé ici et ailleurs?

### L'ambiguïté des croyances soignantes

**MÉLYSSA** a 19 ans lorsque son récit m'a été dévoilé à la consultation ethnopsychiatrique. Elle est née à Montréal de parents dominicains issus d'un milieu rural, arrivés comme immigrants reçus quelques années avant sa naissance. Son parcours de vie se rattache à des épisodes chargés de violences, d'exclusions et de désinsertions partielles de l'univers familial et social dans lequel elle évolue. Atteinte d'une déficience intellectuelle légère (DIL) diagnostiquée, Mélyssa est quasi déscolarisée, ayant quitté les classes de réadaptation scolaire à l'adolescence, entraînée hors du foyer familial dans la prostitution et les gangs de rue auxquels elle tente aujourd'hui à échapper. Depuis bientôt deux ans, elle fréquente quotidiennement une ressource d'hébergement en santé mentale de la région métropolitaine de Montréal. Elle est considérée souriante, agréable, « facile à vivre » me dira-t-on. Si l'on souhaite l'intégrer rapidement au milieu du travail - celle-ci recevant, au moment de la consultation, les services d'un organisme local d'insertion à l'emploi -, elle éprouve cependant un réel regret de n'avoir pu suivre une scolarité normale, malgré les conditions qui ont rendu son apprentissage difficile. Sa transition à l'âge adulte et les contradictions qu'elle éprouve constituent chez elle une expérience qu'elle qualifie de souffrante et ardue, alors que son sentiment de complicité avec les membres de sa famille - même celui de sa soeur aînée chez qui elle tient office de résidence secondaire en dehors de son logement supervisé -, est décrit comme particulièrement précaire, et associé à une conscience fragile évoluant sur une trame conflictuelle sur laquelle je reviendrai par la suite.

Lorsqu'elle est vue à la rencontre hebdomadaire au CLSC par la travailleuse sociale qui s'occupe de son suivi, Mélyssa se dit expérimenter depuis peu des visions troubles, des symptômes d'étranglements et des crises d'angoisses aiguës suivies d'épisodes d'agitations violentes. On lui recommande aussitôt de consulter en psychiatrie, accompagnée de ses parents. Devant l'équipe soignante qui les reçoivent, si Mélyssa accepte de se plier avec facilité aux exigences journalières que lui impose la prise de médicaments anxiolytiques et d'un suivi hospitalier régulier, pour la famille, il n'est

pourtant pas tant question de crises d'angoisses que d'envoûtement ou d'ensorcellement, ce que sa mère explique à l'équipe soignante par un malheur familial ayant eu lieu un an plus tôt au pays. Aux yeux de sa famille, la brutalité des symptômes évoqués et aux troubles décrits par Mélyssa note une anomalie à laquelle un circuit de prise en charge thérapeutique traditionnelle dominicain pourrait l'accommoder et assumer ou favoriser son dénouement<sup>92</sup>.

Si on accepte mal, du côté de l'équipe soignante, une prise en charge en médecine traditionnelle progressive et éminente qui accompagne son itinéraire thérapeutique (dont les confessions et étiologies sont par ailleurs minoritaires dans le contexte hospitalier montréalais), son entendement suscite également un profond malaise quant aux pratiques qui lui sont dispensées, notamment en raison des nombreuses traces de brûlures que le personnel soignant découvre sur le corps de Mélyssa, et la recommandation qui lui est faite d'arrêter la prise de médicaments à laquelle elle se conformait pourtant jusque-là avec assiduité. La sévérité des inquiétudes présentes au sein de l'équipe soignante et à son déséquilibre potentiel porté par une Mélyssa de plus en plus confuse, qui ne peut à elle seule assumer un tel poids, contribue ainsi à générer un fort sentiment d'urgence autour de la requête et son positionnement en consultation transculturelle. Consciente que les effets de la curatelle<sup>93</sup> peuvent conflictualiser davantage la relation thérapeutique, l'équipe soignante évoque le doute quant à la possibilité de modifier (ou de cesser) le traitement reconnu par la famille, jugé dangereux et risquant de perturber « l'équilibre social et émotif déjà fragile » de Mélyssa: « Quand on vient avec un diagnostic comme ça et qu'un psychiatre, un médecin, une infirmière osent dire que bon, y a un problème de schizophrénie, de bipolarité, là certains nous disent: non non non c'est le voisin qui a jeté un sort! Alors il faut qu'on prenne ça en

---

<sup>92</sup> Les pratiques religieuses syncrétiques et la médecine créole constituent d'ailleurs un système de référence phare au milieu du contexte médical religieux des populations d'origines africaine et afro-antillaises. Tel que le note Gilles Bibeau (2006: 208): « Les recherches menées auprès des immigrants africains et afro-antillais de Montréal nous font penser que les croyants de ces communautés se reconnaissent fort bien d'ailleurs dans les Églises syncrétiques, d'autant mieux peut-être que celles-ci mettent à leur disposition une forme de religion proche de leurs valeurs, soucieuse de guérison et en prise sur leur quotidienneté, particulièrement lorsque les fidèles sont confrontés à de difficiles problèmes de santé et de survie (chômage, solitude) dans le pays d'accueil ». On ne serait non plus nier, comme l'on souligne plusieurs (Raphaël, 2006; Bibeau, 2003; Miller, 2000) l'impact que les pratiques religieuses, aussi multiples et hétérogènes puissent-elles être, peuvent avoir sur le réseau social et les itinéraires thérapeutiques de ces familles et leurs enfants.

<sup>93</sup> Dans le contexte québécois, la curatelle évoque un régime de protection qui peut être demandé en faveur d'une personne adulte que l'on considère inapte ou incapable de faire valoir ses droits, d'administrer ses biens et assurer sa protection. Avec le régime de curatelle, la personne protégée est alors représentée par son curateur, c'est-à-dire le représentant légal désigné par le tribunal pour toutes les décisions relatives à ses biens et à sa personne. En vertu des lois imposées par le Code civil du Québec et la Loi sur le curateur public, toute personne majeure souffrant d'une altération mentale ou corporelle, qui la met en difficulté pour s'occuper seule de ses intérêts, peut bénéficier de ce régime de protection juridique.

main. Et si l'équipe vous dit que les pratiques que vous faites, c'est pas les bonnes, vous n'aurez pas le goût de travailler avec cette équipe-là. [...] Changer de mentalité c'est une chose hyper difficile dans n'importe qu'elle situation, d'autant plus si on sait qu'un proche est menacé. Donc ça devient très difficile [intervenante en CSSS, avril 2013]. »

D'entrée de jeu, on m'explique la confrontation de « perceptions » et de « valeurs » qui se déroulent autour des orientations thérapeutiques à prendre, alors que les échanges avec la famille, même les plus minimaux, sont de plus en plus en péril. Le besoin « d'éclaircir les décisions thérapeutiques » constitue dans ce cas-ci le point d'assise à la demande de consultation. Les motifs de la demande me sont ainsi résumés par l'une des membres de l'équipe soignante, me dévoilant de la même façon les registres de personnalisation du soin qu'ils viennent éclairer en arrière-scène:

« Quand j'étais à la clinique, c'était latent. Moi je voulais avoir comme une validation des interventions qu'on avait faites au préalable. Tu sais les valeurs des intervenants, les valeurs de la famille se sont confrontées dans le sens que la famille avait des perceptions des problèmes de madame, et les intervenants avaient une autre perception, et ça faisait comme une confrontation. Ça ne donnait rien de bon pour la patiente, dans le sens on pouvait pas vraiment aller à fond dans le traitement, ou avoir le traitement et c'était comme ... c'était vraiment problématique. Surtout vraiment les valeurs étaient vraiment la culture, les valeurs prenaient une place prédominante je dirais, dans les échanges que l'on avait avec la famille.

[...] on voulait aussi voir s'il y avait d'autres façons de faire... ce qui ferait en sorte qu'on se mettrait pas à dos la famille, mais qu'on allait comme... les impliquer dans le traitement, trouver une meilleure façon de communiquer avec eux autres. [...] Et y avait aussi la perception des intervenants, la perception de la famille, la perception de la personne. Y avait comme... je dirais pas un conflit, mais je dirais des choses qui... qu'il fallait éclaircir, disons pour permettre une meilleure adhésion au traitement [...] on voulait savoir si nos interventions sont bien correctes-là. [...] et moi personnellement, je voulais aussi savoir comment être, tu sais ne pas être comme... ne pas avoir des interventions partisans si vous voyez là. C'est pas parce que je suis haïtienne que je vais accepter certaines choses là. Je voulais comme bien me situer là-dedans [...] mais y faut que je m'assume dans tout ça aussi. [...] et tu sais pour les autres intervenants, ç'a été un choc. C'est normal parce qu'ici, au Québec, vous croyez qu'ils vont accepter ça? Moi je trouve ça choquant, mais je sais dans quel but ils l'ont fait. Ils l'ont fait dans le but d'aider. Mais est-ce vraiment une aide efficace? Tout ça c'est quelque chose qui va faire... qui va mettre en ébullition la relation, tu comprends [infirmière clinicienne, mars 2013]. »

Puisant ainsi bien au-delà de sa stricte formation et bagage professionnel, cette informatrice se trouve interpellée au cœur de son parcours, de ses valeurs et de ses

héritages personnels et familiaux lorsqu'elle rencontre la famille, procurant un point de vue particulier à la situation sur lequel son propre statut, intime et référencé au sein de la rencontre, constitue d'ailleurs l'amorce d'une « posture particulière » m'explique-t-elle, qui vient valider, nuancer, ou du moins mettre en contexte, les hésitations de la famille et influencer les stratégies de communication et d'alliance:

« [...] Tu sais le vaudou, la religion tout ça... c'est pas parce que ça jamais eu de place dans ma famille à moi que maintenant, je dois faire plaisir, je dois dire que oui, j'y crois. [...] Alors je me trouve tout le temps dans une petite situation délicate, surtout avec des Haïtiens. Je suis d'origine haïtienne. Je suis arrivé avec ma culture... et puis j'ai mes valeurs personnelles et puis, à ce moment-là il faut que j'intervienne. Je suis comme au milieu. [...] Alors y a une grosse différence dans le sens que pour moi, c'est plus facile d'intervenir auprès d'une famille québécoise que d'une famille haïtienne. Beaucoup de personnes n'arrivent pas à comprendre ça, mais c'est un fait. À un moment donné en Haïti y avait beaucoup de méfiance. La situation politique n'était pas correcte donc si tu osais critiquer le régime, tu te faisais arrêter. Si on n'arrivait pas à t'arrêter, la famille en payait les conséquences. Les membres de ta famille pouvaient disparaître. Donc certains Haïtiens sont restés avec cette optique là de ne pas trop se livrer aux gens. Par exemple, tu te confies, ça peut se retourner contre toi. [...] Et malgré que les Duvaliers sont partis, qui a eu plein de chambardements politiques, c'est quand même resté un peu. Donc moi quand j'arrive, je rentre dans leur intimité. Quand on est patient, c'est comme... on est au courant de toute sa vie. Je rentre dans son intimité et je connais les antécédents familiaux. C'est comme je suis... pour eux je connais trop d'eux. [...] Alors à ce moment-là y faut que je travaille à établir la confiance. [...] Pour moi, ce ne serait donc pas un symptôme de la maladie. Ce ne serait pas du retrait, ce que beaucoup interpréterait comme tel. Vous voyez? [infirmière clinicienne, mars 2013] »

### 5.3 La résistance des mots et la tension du faire

Si on semble d'ailleurs bien comprendre l'attachement des parents aux principes religieux et les réticences qui accompagnent potentiellement la trajectoire thérapeutique, le silence devant ces identités (de classes sociales, religieuses, de groupes d'appartenances) engage ainsi l'équipe soignante à travailler à remédier au déséquilibre (émotionnel) qu'une telle posture occasionne - étape indispensable du changement d'attitude souhaité dans ce cas-ci -, porteur *a priori* d'une issue favorable ou « acceptable » m'explique-t-on, envisagée comme émanant des registres médicaux-professionnels. Or, le fait que ces registres, relativement codés donc, soient reconnus de manière apparemment

« naturelle », c'est-à-dire comme « allant de soi », a aussi pour effet (idéologique<sup>94</sup>) de masquer les mécanismes à l'oeuvre dans la structuration des discours de l'équipe soignante, alors en situation de dominance. Baser les interventions sur des certitudes « objectives », m'explique-t-on plus loin, constitue en ce sens un aspect qui viendra sécuriser l'équipe soignante, et donc de confirmer dans ses fonctions thérapeutiques la réintégration de Mélyssa au circuit thérapeutique biomédical en faisant « tout en oeuvre pour la protéger » en fonction des orientations et des mesures de sécurité ne s'appliquant que dans un contexte de risque imminent ou potentiel [curatelle], et donc s'accordant le droit d'effectuer (ou non) une application plus ou moins  *négociée*  dans les particularismes et les partialités de la rencontre. Placés dans un tel espace de négociation, les acteurs ne s'en tiennent donc qu'à l'écart avec l'attitude spécifique de l'« objectivité », qui n'indique pas le détachement ou le désintérêt au contraire, mais résulte plutôt de cette combinaison particulière entre la proximité et la distance, entre l'attention et l'indifférence: « [...] je sais dans quel but ils l'ont fait. Ils l'ont fait dans le but d'aider. Mais est-ce vraiment une aide efficace ? » Une telle posture jette ainsi un éclairage partiel sur la zone d'ombre du « partenariat » entre la famille de Mélyssa et l'équipe soignante qui, en incluant ce mélange d'éléments adaptatifs et oppositionnels en version intimement négociée donc, complique l'établissement de la confiance et du lien thérapeutique lorsque le degré d'acceptation ou d'accord qui définit partiellement la position de l'adolescente, de l'équipe soignante et la famille vis-à-vis de l'exécution de la thérapeutique, ses causes et les façons de les traiter, brouille ces tensions intriquées aux matrices institutionnelles entre les registres et rationalités professionnelles et des rationalités profanes aussitôt disqualifiées ou mises en distance:

« [...] Là c'est devenu très très difficile, vous voyez? C'est tout le savoir-faire, tout le tact qui entre en jeu hein. Il faut beaucoup de tact. Parce qu'on peut pas dans ce domaine prendre position. Donc il faut être impartial. Il faut écouter. Il faut essayer de se mettre à la place les uns des autres sans perdre non plus... tu sais à un moment donné il faut trancher aussi. Il faut être capable de dire: voilà ce qui est acceptable. Nous sommes au Québec, voilà ce qui est acceptable, et voilà ce qu'il ne l'est pas. Ok. Là des fois, ça devient choquant. Ok, tu es d'accord avec moi sur ce point. Ce point-ci vous n'êtes pas

---

<sup>94</sup> Et donc de constituer un ordre culturel dominant, même si ce dernier n'est pas univoque, et reste évidemment contesté. Bien entendu, des conflits, des contradictions, des méprises, surgissent constamment entre les significations dominantes et professionnelles, et leurs agents signifiants comme on l'a vu dans le chapitre précédent.

d'accord. Je dis bon nous on va regarder. Mais il va falloir objectiver. À ce moment-là, c'est d'aller chercher les choses objectivables, on ne peut plus rester dans le subjectif. C'est comme: voilà tel type de comportement est acceptable, tel ne l'est pas. C'est de bien identifier les choses. [...] Ça nous dit effectivement: vous avez la loi avec vous. Tirez sur la couverture et puis... ça va être comme votre cheval de bataille tu vois [infirmière clinicienne, mars 2013]. »

Ce schisme n'échappe pourtant pas aux parents de Mélyssa qui interprètent, à leur tour, l'évolution de la situation à la lumière de ces conditions (artificielles) de la relation; il y a dissonance non seulement parce que les orientations thérapeutiques et l'appréciation portée sur ces conséquences ne coïncident pas, mais tend également pour sa part à redonner (ou à enlever) au patient un pouvoir décisionnel et son « autonomie de sentinelle » (Fainzang, 2006) qui pèse et agit ainsi sur un autre registre, cet autre type d'interactions sociales (parfois inconsciemment manipulée par les soignants comme on l'a vu) en renvoyant aux habiletés de chacun à fournir le soutien nécessaire et à sanctionner le comportement du malade et sa coopération dans le traitement.

Si l'observance est valorisée comme condition nécessaire à la réussite de la prise en charge médicale, précise Fainzang (2006: 12), elle se voit toutefois écorchée par la référence à cette nouvelle valeur intrinsèque qu'est la participation du malade, impliquant son aptitude à se prendre en charge, à avoir les gestes qu'il faut quand il faut à l'égard de son propre corps. Terrain sur lequel le discours clinique fera par ailleurs autorité lorsque l'adhésion thérapeutique et la complexité de ses déterminants<sup>95</sup> sont partiellement mis en cause (Lamouroux et coll. 2005; Greene, 2004; Lerner, 1997), laquelle sera d'ailleurs évoquée lors de la demande en consultation: « [...] à ce moment-là, il faut... pas une restructuration de la pensée, mais quand même il fallait recadrer tout ça hein. Mettre les choses à la bonne place pour favoriser une bonne adhésion au traitement [infirmière clinicienne]. » Épistémologie médico-sociale qui, par l'usage extensif de telles notions, renoue implicitement avec l'idée de l'imputabilité des patients résistant dans le cadre sur lequel la

---

<sup>95</sup> Tel que le notent Lamouroux et coll. (2005: 33), l'*observance* est « la dimension comportementale et mesurable d'une pratique de soin qui consiste à suivre la thérapeutique prescrite, ce qui englobe le traitement, mais aussi l'ensemble des régimes associés et les styles de vies ». Quant à l'*adhésion*, elle s'intéresse plutôt au point de vue du patient, sa coopération active, centrée sur les dimensions attitudinales et motivationnelles des comportements d'observance. En ce sens, son utilisation répondrait elle-même à une logique normative (Proulx, 2007) qui viendrait établir tacitement une distinction entre le « bon » et le « mauvais » patient en fonction de ses comportements, renvoyé au point de vue du médecin, de l'infirmière, de la travailleuse sociale, etc.

culture, l'appartenance ethnique ou encore la classe sociale, viendront parallèlement excuser les disparités de santé ou de traitement entre les groupes d'individus (Cognet, 2007: 53). Car dans la logique du soin, précise de son côté Mol (2009), le patient ou l'utilisateur des services est d'ailleurs moins sujet de choix que sujet d'actes, n'étant pas complètement libéré par cette possibilité de « choisir » que de « discipliné » le corps dans la pratique.

Si la mère de Mélyssa semble d'ailleurs avoir compris ce qu'on attend d'elle dans le traitement, bien qu'elle souhaite jouer un rôle déterminant dans la prise des décisions, celle-ci insiste pour être conseillée par une aide thérapeutique extérieure, qui, de son côté, n'est toutefois pas reconnue par l'équipe soignante<sup>96</sup>. Aussi, le positionnement de Mélyssa, déjà complexe dans sa famille est-il encore influencé par cette non-prise en charge et modifié en fonction des relations difficiles entretenues par ses parents avec les professionnels: d'abord comme étant partie prenante dans le différend qui l'oppose (apparemment) à ses propres racines et appartenances sociales et symboliques; et ensuite, dans le meilleur des cas, comme médiatrice du paradigme juridico-socio-médical avide de la traiter dans le litige qui la sépare de ces justiciables, celle-ci étant alors confrontée, de façon violente m'explique-t-on, à un dilemme quasi impossible: « [...] elle veut faire plaisir à sa famille [...], mais en même temps [nous] on pouvait pas accepter que les pratiques faites par la famille soient dangereuses pour la personne. Et on ne voulait pas se mettre à dos la famille non plus. Alors c'est difficile tu vois, autant pour nous que pour elle [infirmière clinicienne, mars 2013]. »

---

<sup>96</sup> Même si on ne peut évidemment réduire la participation des parents en cas de maladie de leurs enfants, plusieurs études ont par ailleurs démontré que les mères de nombreuses familles haïtiennes et afro-américaines, notamment, sont les premières personnes à chercher de l'aide médicale et thérapeutique quant vient le temps de soigner leurs enfants, ayant une incidence fondamentale sur la trajectoire thérapeutique et sur le type de traitement et/ou de soins à procurer (Saillant, 1997; Desclaux, 1996; Tremblay, 1995). Ces dynamiques se présente d'une manière particulière dans chaque famille, en fonction de sa composition, des rôles sociaux de ses membres, de l'intensité et de la gravité des symptômes ressentis et des ressources sur lesquelles les membres de la famille peuvent compter et du type d'aide à chercher.

#### 5.4 Espaces intersubjectifs et drames ritualisés

##### Performance et liminalité

Face à ce schisme incorporé par Mélyssa lui permettant de s'adapter à la nouvelle situation créée par la maladie, aura-t-on cherché, dans sa trajectoire de soin, l'irrégularité dans son traitement qui repose, pour l'équipe soignante, sur des raisons reliées notamment à son ambivalence, faisant l'apologie de cette « double appartenance » qu'elle semble incarner, attestée par l'expérience (apparemment) négative qu'elle a retirée dans sa plongé dans l'univers thérapeutique maternel et traditionnel, mais à laquelle elle ne peut et ne veut pourtant échapper complètement. Tout en méritant d'être nuancée, conférant sa complexité de par le rôle actif des parents, et les doutes des soignants de pouvoir les convaincre, la véracité de sa condition se pose aussi en termes d'une juxtaposition des écueils émotionnels (les siens et ceux de ses parents) qu'elle doit assumer, simultanément:

« [...] Sa problématique c'est comme, il faut qu'elle arrive à trouver sa place. Tu sais, l'enfant vit dans une société... je dirais que l'enfant est comme ambivalent. Il y a les valeurs de la famille d'origine, il y a les valeurs de la société d'accueil. [...] C'est comme... comment je vais intégrer tout ça? [...] Et là sa mère avait beaucoup d'incompréhension, beaucoup de problèmes. Alors elle a coupé les ponts avec la famille. [...] petit à petit, les liens se sont rabibochés, mais malgré tout, les conflits sont demeurés. C'est comme... de l'incompréhension parce qu'elle nous dit qu'elle est québécoise, mais il y a les valeurs de sa famille. Elle est comme prise avec... elle est comme... entre-deux [infirmière clinicienne, mars 2013]. »

Ses choix émergents d'un cadre culturel, assez bien défini, deviennent ainsi incompatibles avec le cadre social dans lequel elle se trouve lorsque ses crises d'angoisses aigües viennent mettre à jour les conflits et les malaises idéologiques (inédits) encadrant la traduction et l'entendement de sa problématique, lui révélant soudainement la fragmentation qui la maintenait paradoxalement dans cet espace liminaire entre le symptôme et le terrain qui le nourrit. Face à l'ensemble des acteurs mobilisés dans l'encadrement social et psychologique de Mélyssa, sa mère n'aura d'ailleurs d'autre choix que de se plier aux exigences des professionnels pour bénéficier du soutien médical essentiel à sa condition, renforcé par son hyper sensibilité aux contraintes qui encadrent

sa prise en charge, tensions senties et vécues autant par l'équipe soignante que par la famille.

Créer un climat de confiance et de réciprocité favorisant la relation d'aide est d'autant plus difficile, dans ce cas-ci, que la mesure n'est pas volontaire. En contexte d'autorité formelle, la participation et le niveau de motivation du client est d'autant plus nécessaires qu'elle est souvent difficile à obtenir, en se posant de manière plus aigüe, note Trottier et Racine (1992: 14), puisque « [...] l'intervenant en situation de protection face à son client doit pratiquement d'abord arracher à celui-là reconnaissance qu'il y a un problème », et donc osciller constamment entre cette idée que surviennent le changement et l'inconfort ou la résistance possible que cela peut engendrer à la base de cet engagement responsable et autonome vis-à-vis de son propre corps, de ses pulsions. L'inégal partage des savoirs sur le corps et la maladie semblent avoir également influencé considérablement les dynamiques relationnelles entre les soignants et la famille, tout en exposant un rapport décisionnel asymétrique en partie dissimulé résonnant fortement du côté des parents. Les règles ont ici été fixées par des acteurs bien plus puissants, à commencer par celles qui se jouent sur son propre corps [la curatelle], laissant Mélyssa dans ce paradoxe devenu pathologique qui vient lui aussi (re)produire ailleurs une stigmatisation en renforçant ainsi la digression à l'univers thérapeutique familial. Cela signifie aussi que les divers éléments d'une formation syncrétique n'entretiennent d'ailleurs pas nécessairement une relation d'égalité entre eux, mais sont toujours inscrits, médiatisés, joués différemment par les relations de pouvoir, obéissant eux aussi aux professionnels, à l'autorité médicale, aux normes imposées par la société d'accueil. Ce qui n'empêche cependant pas, bien au contraire, que l'on se rende compte au sein de l'équipe soignante de cette double stigmatisation que Mélyssa semble subir. Si ces deux « groupes » sont mobilisés pour s'occuper d'elle, il se trouve néanmoins entre eux dans une posture de solitude, exactement comme on le remarque chez certains immigrants de la « deuxième génération » nous dira Sayad (2006: 177), incarnant la conjonction des effets - selon les expériences et les sensibilités individuelles -, de ces paradoxes projetés à ce sinistre jeu garant des processus inédits d'ingénierie sociale:

[Cette génération], d'ailleurs, qui a imposé le changement de regard porté sur l'immigration en général, en même temps qu'elle est aussi le produit de ce changement et du discours qui atteste ce changement. [...] Comme si, par un total retournement, il appartenait aux « enfants de faire exister les parents », de les « faire naître » à la vie publique, de les confirmer dans leur qualité de résident au sens plein du terme, de les réhabiliter dans leur identité totale, sociale et politique.

Mélyssa incarne et médiatise ainsi ces « résonances » intersubjectives dans les affections mêmes de ses souffrances, trop peu prises en compte il me semble, éclairant avec attention cette question de la distance qui marque l'expérience intime de la maladie, ses ambivalences et ses errements. Cette expérience me semble également performative de ces phénomènes de liminalité sociale et culturelle au sens que les anthropologues depuis Victor Turner (1982; 1979) leurs accordent, entretenant une interrogation sur ses propres liens à l'histoire collective et familiale (Meintel et Kahn, 2005; Meintel, 2000), dont elle est (ou n'est pas dans son cas) détachée bien au contraire, et vers laquelle elle semble pourtant constamment ramenée à la fois et contrainte à assumer: « [...] C'est assez compliqué [ce qu'elle vit]. C'est un peu comme... être assis entre deux mondes [informaticienne clinicienne] ». Cette étape de la maladie peut aussi être perçue comme un moment liminal, c'est-à-dire cette mise hors du temps et de l'espace, tout en lui indiquant ses appartenances sociales à un groupe, l'encourageant ici à vivre selon les attentes sociales, les normes, les valeurs, etc., et que le nouveau statut acquis par l'initiation est ainsi marqué en mémoire de la transmission mythique, spirituelle, historique qu'on y a déposée (Turner, 1977: 68). Or, en plus des effets socialisateurs et identitaires que ces performances permettent justement d'assurer, précise V. Turner (1979: 492):

[...] liminoid phenomena, unlike liminal phenomena, tend to develop apart from central political and economic processes, along the margins, in the interstices, on the interfaces of central and servicing institutions - they are plural, fragmentary [...] do not much *invert* as *subvert* quotidian and prestigious structures and symbols.

Et c'est bien là le paradoxe de la socialisation qui se réalise chez Mélyssa par la transgression et le dépassement de ses limites (Bourdieu, 1982), laissant apparaître des frontières moins contrastantes et plus mobiles, reflétant cette (apparente) ambiguïté, comme le formule Paul Ricoeur (1990: 380-381), par rapport au soi et à autrui en même

temps: « L'être-affecté sur le monde fictif s'incorpore ainsi à l'être-affecté du soi sur le monde réel [...] », réciproquement exercé et maintenu sous de multiples visages par l'effet de la condensation, de la reformulation, d'une co-construction.

### 5.5 Conclusion

Si l'itinéraire thérapeutique de Mélyssa aura permis d'en dévoiler les écueils, du moins partiellement, à l'interface des inégalités intrinsèques générées par la rencontre et des émotions (intériorisées) qu'elles auront suscitées, de par et d'autre, celle de Huan viendra, à sa manière respective, mettre en lumière une tout autre problématique: le fait qu'un degré d'adhésion et une alliance thérapeutique limitée, enchevêtrée à l'impact des déterminants sociaux de la santé comme il a été dit antérieurement et des contraintes institutionnelles, économiques et contextuelles sur les décisions des personnes, soit elle aussi vecteurs des inégalités et de transformations profondes des relations entre les familles immigrantes et les personnels soignants, inégalités qui, nous le verrons, peuvent également être transmises des parents aux enfants (Bibeau et Fortin, 2008). L'ensemble de ces facteurs et *a fortiori* leur cumul, constitue autant de sources de stress, d'atteintes à l'intégrité personnelle, à leur identité sociale, à leur estime de soi et, par voie de conséquence - bien que ce ne soit pas systématiquement le cas (Beiser, 2005) -, d'atteinte à la santé psychologique et physique. Dans ce contexte, la clinique se situe, encore une fois, au carrefour de trajectoires complémentaires et dialogiques: celle de l'immigration (incluant les expériences d'établissement, des ressources dont disposent la famille, les liens de sociabilité, et plus globalement l'histoire de vie) et celle de la maladie et du travail pour la gérer (Kleinman, 1995).

## CHAPITRE VI

### Paroles dissonantes, scènes inédites, subversions sociales

Les zones d'ombres de la souffrance de Huan

**HUAN** a 12 ans lorsque son histoire est présentée pour la première fois à la consultation ethnopsychiatrique. Né au Vietnam, Huan a vécu le parcours migratoire houleux et compliqué de sa mère arrivée au tournant des années 1980 à Toronto comme réfugiée de la mer. Appartenant à une fratrie de cinq, il est le seul enfant issu du deuxième mariage de sa mère suite au suicide de son premier mari (première immigration) et à son retour au Vietnam au tournant des années 2000. Après la séparation de ses parents, deux ans plus tôt, il est resté avec sa mère, unilingue vietnamienne, gardant très peu de contact avec son père. Sans support et sans ressource, ils se voient contraint à une deuxième immigration au Canada, cette fois-ci à Montréal. À son arrivée, Huan ne parle ni français, ni anglais, et se voit reçu au sein du réseau scolaire québécois. Vu à cette époque par un psychoéducateur suite aux difficultés académiques et aux carences sociales qui se manifestent de plus en plus dans son milieu d'apprentissage (tendance à l'isolement et absence de communication avec les pairs), nous apprenons que Huan possède également un handicap physique, une surdité partielle, à laquelle on ne compense aucune disposition, et ce malgré l'insistance et l'échec des communications entre l'école et sa mère, évitant les échanges verbaux, mêmes les plus minimaux.

La compréhension de sa situation génère pour l'équipe soignante ce qui sera qualifié d'un fort sentiment de réclusion, d'isolement, de repli de la part de la famille, alors que l'école perçoit un désinvestissement de la part de madame, voire de la négligence, interpellant le soutien de la DPJ dans le dossier. Les attentes et les motifs quant à leur présence au sein du dispositif de la clinique transculturelle témoignent d'abord d'un besoin de « réseauter la famille » que l'on perçoit comme « isolée » et « enfermée sur elle-même, sur le milieu familial [informatrice en CSSS] », tout comme la sévérité des inquiétudes des différents protagonistes quant au manque d'information

autour de la situation familiale de Huan. Si les lacunes dans la maîtrise de la langue<sup>97</sup> sont mises de l'avant par l'équipe soignante, les facteurs qui semblent mettre en péril l'intervention relèvent notamment de l'isolement de la famille, son manque de collaboration, son manque de connaissance des ressources de soutien local:

« On avait [cette famille] plutôt isolée, une famille avec plusieurs enfants. [...] Tout le monde était très peu...allait très peu vers les ressources à l'extérieur. Et puis c'était très difficile avec l'école parce qu'au niveau de la langue y avait vraiment une barrière. Les enfants étaient scolarisés en français, mais [la mère] ne parlaient pas français ni anglais [...]. Je pense qu'il y avait un peu de tout là dedans. [...] Il y avait la méconnaissance du système scolaire, une méconnaissance du réseau... de ce qui pouvait être proposé comme service de l'extérieur. Je pense que c'était un amalgame de choses, mais c'est des gens qui eux aussi je pense ont choisi de ne pas s'intégrer... ben pas qui ont choisi de pas s'intégrer, mais il y a d'autres familles immigrantes qui vont facilement aller vers l'extérieur, mais eux étaient surtout centrés sur leur milieu familial, sur la culture. [...] et pis dans un souci de mieux répondre à leurs besoins à eux, parce que des fois je pense que ça ne doit pas répondre à tous les types de familles. [...] et puis comment ils percevaient notre système, notre réseau, comment ça fonctionne, au-delà de leur compréhension au-delà de la langue. C'était là où je voulais aller chercher plus [intervenante de la DPJ, avril 2013]. »

## 6.1 Les silences de l'Autre

Les stratégies à explorer concerneront ainsi la manière d'établir l'alliance thérapeutique avec la famille tout en favorisant l'accès aux soins et aux services psychosociaux qui lui sont destinés, facteurs pouvant inversement influencé ce lieu d'actualisation du changement qui est évoqué (Lemay, 2007), impliquant que l'intervenant lui-même le transforme afin d'y inclure la prise de pouvoir des personnes du fait qu'ils sont vus, d'ailleurs, comme des « partenaires » (Hasenfeld, 1987) dans la poursuite d'un objectif commun et favorable au dénouement. Dans l'exercice de l'action publique auprès des familles, les intervenants sociaux sont d'ailleurs les professionnels qui occupent une position parmi les plus stratégiques (Bouchard et coll. 1996), car justement, ils se situent à l'intersection des solidarités publiques et privées. Et à cet effet, on peut concevoir

---

<sup>97</sup> L'impact des barrières linguistiques dans le soin est d'ailleurs largement documenté par plusieurs chercheurs (Flores, 2005; Yeo, 2004; Angelli, 2003). Bischoff et Hudelson (2009) rappellent d'ailleurs qu'un manque d'attention à ces dernières peut entraîner une communication déficiente, une alliance thérapeutique plus faible, une baisse dans la qualité du soin ou encore la diminution potentielle des visées bienfaitrices du traitement et/ou de l'intervention.

qu'après avoir cerné et pris en considération les difficultés de la famille concernée, l'essentiel de leur travail consiste, précise Dandurand (2001: 5), en deux fonctions principales: d'un côté, évaluer les ressources des familles et se demander si, avec l'aide de leurs proches, les parents ont la capacité d'exercer, selon les normes reçues, leur responsabilité à l'égard des enfants; de l'autre, ils se demandent s'il y a lieu de compléter l'action des familles ou s'il faut aller jusqu'à s'y substituer, exerçant cette fonction de relais donc vers des « ressources externes à la famille » comme m'explique cette informatrice, en particulier celles de l'État, constituant l'essentiel des solidarités publiques. Cette fonctionnalité systémique, on l'a vu, lorsque le parent migrant, assimilé par exemple à l'un ou l'autre groupe minoritaire de la société locale, ne manipulant ou ne possédant tout simplement pas les codes en vigueur (tacites) ou les ressources (culturelles, symboliques, économiques, etc.) nécessaires pour faire état de ses « compétences » dans l'espace d'intervention, peut teinter les représentations de par et d'autre, tout comme la place accordée aux parents comme acteurs dans la trajectoire de soin destiné à l'enfant (Fortin, 2013; 2004); mais également la suspicion<sup>98</sup> dans l'évaluation des familles chez lesquelles une réticence « culturelle » dans ce cas-ci, devient aussi ce produit de la participation des individus à l'action collective renvoyé à sa « capacité » à élaborer des projets et développer des actions (Schnapper, 1996). Il s'agit notamment, pour cette informatrice, d'un effet pervers de l'intervention provoquant, chez certains parents marginalisés, un sentiment de perte de confiance et d'autorité en leurs « capacités » parentales suite à l'ingérence des services sociaux, ce qui peut favoriser leur campement dans une posture de résistance face à l'intervention et de passivité face à leurs difficultés: « Tu sais tous les parents que je rencontre, les parents immigrants, ils veulent vraiment le meilleur pour leurs enfants. C'est des parents qui sont très impliqués habituellement. C'est confrontant pour eux de voir que... quand les services sociaux sont impliqués... souvent, ils viennent au Québec pour leurs enfants. [...] Et là les relations s'antagonisent très rapidement [intervenante en CSSS, avril 2013]. »

---

<sup>98</sup> Par ailleurs, l'affirmation par les usagers de leur responsabilité individuelle et de leurs aptitudes peut introduire une instabilité professionnelle et une suspicion quant à la possibilité d'engager une relation de confiance, ou lorsque le comportement du client ruine toutes les possibilités de contact (Boujut, 2005). Aspect qui n'est pas toujours considéré comme une barrière pour les soignants comme on l'a vu dans le récit de Mélyssa, où les représentations de la maladie ont mobilisé la forte majorité des interactions.

Par contre, les enfants et les adolescents s'approprieraient, de leur côté, rapidement le pouvoir qu'incarne l'intervenant: « [...] par exemple [un des enfants] de la famille était plus conscient de: « ici, on ne frappe pas les enfants ». Il était plus conscient des règles sociales, un peu plus des normes québécoises tsé. Et puis là c'est clairement un clash entre lui, et ce qui est véhiculé par la famille. [...] Donc oui y a des différences [...] les enfants sont quand même baignés par la culture de leur milieu scolaire, de ce qui est appris là-bas aussi. Ils sont assez « wise » pour comprendre qu'il y a des différences. Ça aussi les parents sont confrontés à cela, je pense [intervenante à la DPJ, avril 2013]. »

Lorsqu'ils sont en perte d'autorité face à leurs enfants (et donc de leur pouvoir décisionnel), certains parents réagissent ainsi à l'intervenant en leur cédant une partie de leur autorité, risquant de précariser la posture de l'enfant/adolescent au sein de la famille: « [...] Souvent les parents c'est comme... ils pensent que leurs enfants ont tous les droits ici. Qu'ils ont droit de toute faire, de tout dire [...]. Les situations où j'ai été confronté moi ç'a été vraiment plus au niveau des cadres, des règles imposées aux adolescents... et puis comme ça peut faire réagir tant le jeune que le parent. [...] ça amène des fois des conflits ou du dénigrement par exemple. Des conflits suffisants pour que ça dégénère pis que l'a, ont se trouvent impliqué au niveau de la loi, des mesures de protection, ce qu'on essaye d'éviter autant que possible [intervenante à la DPJ, avril 2013]. »

Sur le plan scolaire et familial, l'équipe soignante oriente en ce sens Huan vers le statut d'« héritier » de l'affaire familiale, le périmètre concerné par la décision n'étant pas uniquement son état (physique), mais les conditions de toute la famille: aides financières, facilités de régularisation, etc. Il s'est donc vu octroyer ce rôle analogique particulier, n'existant pas, certes, en dehors des conditions angoissantes de l'exil et de l'isolement visiblement extrême qui ont suivi son départ du pays, mais également des malaises institutionnels que subissent ses propres parents dans leur difficulté de communiquer et de naviguer au sein des structures et des démarches bureaucratiques pour obtenir l'aide nécessaire. Les propos d'une clinicienne semblent d'ailleurs corroborer une telle assertion sur laquelle les histoires personnelles et familiales sont sujettes à l'imbrication ainsi qu'une puissance de jeu: « [...] je dirais que souvent, les problématiques des jeunes, dans ma perception, ça traduit aussi une souffrance chez le parent, parce que [...] y a beaucoup de cas où quand il a un jeune qui est en difficulté, c'est la famille au complet qui est en difficulté. Il porte

quelque chose de son histoire, celle de ses parents. Alors il porte tout ça en lui je pense [...]. Souvent je pense que le jeune c'est le symptôme de la famille [informatrice clinicienne, juin 2013]. »

Cette affirmation n'est certainement pas contre-intuitive si l'on se remémore le parcours thérapeutique de Mélyssa qui, au-delà des rapports de force en jeu, devient lui aussi l'incarnation d'un partage intime des identités maintenues ou ralenties dans ce même silence devant leur organisation bureaucratique. On conçoit en effet l'existence d'autres « messages », énigmatiques eux aussi et dont le prototype peut tout aussi bien être l'enfant comme « porte-parole du discours ambiant » comme le dit Aulagnier (1976), à l'interface de l'intelligible et d'une singularité qui y est irréductible: celle de la souffrance que porte l'émetteur (l'enfant) et dont il porte la parole (inaudible) des parents par certains messages en ce qu'ils traduisent et ce qu'ils ne traduisent pas ou excluent. Il semble que l'on peut aussi comprendre ces défaillances, pour faire écho à la pensée psychanalytique de Winnicott (1975), comme autant de messages que l'environnement transmet à l'enfant et qu'il reflète à même son propre corps, n'ayant certes pas le même bagage *psychique* pour l'encadrer<sup>99</sup>, devra ainsi assumer ses propres émotions du nouveau milieu, et, simultanément, celles de ses parents: « Ça veut pas dire que les parents ne le ressentent pas non plus là, mais ça résonne différemment chez l'enfant, et puis ben je pense que c'est peut-être plus en jeu à l'adolescence. Le virage m'apparaît plus extrême chez eux. [...] Et puis là du coup ils se trouvent à avoir quelque chose à gérer entre les deux [informateur clinicien, avril 2013]. »

Certains enfants/adolescents s'établissent ainsi, à l'instar de Mélyssa par exemple, comme acteurs de la négociation<sup>100</sup>, ce qui n'est toutefois le cas de Huan en raison de la nature de sa condition physique qui complique ses interventions verbales. Bischoff et Hudelson (2009) signalent d'ailleurs qu'en milieu clinique et hospitalier, des interprètes *ad hoc*, c'est-à-dire des membres de la famille du patient, ami ou encore membre du

---

<sup>99</sup> Certes, la grande variété des situations rapportées par nos informateurs nous rappelle que de nombreux facteurs interviennent et peuvent à cet égard favoriser (potentiellement) des moments de déséquilibre: l'âge de l'enfant, la personnalité, son degré de vulnérabilité, son rang dans la fratrie, l'investissement parental, etc. Les déterminations multiples de ces processus ne seraient non plus être gommées de ses aspérités et de ses complexités inhérentes.

<sup>100</sup> Comme il a été observé, une place est faite à l'enfant ou l'adolescent, de manière générale, selon l'âge et la nature du trouble de santé. Dans le cas de Mélyssa, on dénote une faible participation en raison du diagnostic et des implications législatives y étant rattaché (curatelle).

personnel, sont parfois mobilisés par les soignants dans ce type de situation<sup>101</sup>. Les enfants se voient souvent octroyer ce rôle lors des situations où les parents sont dans l'impossibilité de communiquer avec les personnels soignants, qualifiés dans la littérature de « *language brokers* » (Wu et Kim, 2009; Dorner et coll. 2008; Morales et Hanson, 2005). Placés dans une position de responsable et d'informateur vis-à-vis de leurs parents, certains ont d'autant plus de difficultés qu'ils ne détiennent parfois non plus le bagage nécessaire pour l'encadrer, pouvant ainsi compromettre la compréhension à la fois des parents et des intervenants:

« Dans la situation, y avait justement la maman qui n'avait pas compris une intervention de l'enseignante. [...] parce que le jeune voulait... c'est comme l'entremise du jeune là qui a expliqué à sa mère dans ses mots ce que l'école voulait dire. Mais là, on ne se comprend pas. Même avec l'école, y a des choses qui se sont faites d'un côté, les parents font quelque chose de l'autre côté, et puis y a pas de cohésion. [...] Malgré qu'après on a fait des rencontres avec un interprète, je ne suis certaine que tout le processus DPJ a été compris par la famille. Et la famille, je pense, voulait avoir de l'aide. [...] Pour certains ça a été perçu comme de la non-collaboration, mais pour moi c'était mal interprété finalement [intervenante en CSSS, avril 2013]. »

Une intervenante affirme d'ailleurs préférer recourir à la présence d'un interprète professionnel plutôt que de faire traduite par un enfant. D'autres préfèrent carrément éviter d'utiliser l'interprétariat<sup>102</sup>: « Moi je préfère travailler avec la famille quand c'est possible. Les rencontres se déroulent en français, quand les enfants se débrouillent bien [intervenante en CSSS] ». Dans un récit similaire à celui de Huan, non seulement l'adolescent en question dévoile très peu d'informations sur les développements et l'état du traitement et du suivi préconisé par l'hôpital, mais il semble également mal à l'aise à

---

<sup>101</sup> De son côté, Sylvaine de Plaen (2010) stipule que l'accès à un interprète en contexte de consultation transculturelle, bien qu'il permet de faciliter l'exploration des différents niveaux de sens qui contribuent activement à l'interaction patients/thérapeutes, ayant ainsi la capacité de produire de nouveaux discours, inédits, n'est pas exempté de la possibilité du risque de les trahir, les interprètes étant eux-aussi des « [...] partenaires opaques et bien visibles, qui sont porteur de leurs propres représentations concernant le pouvoir, le genre, la société et la culture dans la rencontre clinique » (Ibid: 140). Rapportant les propos de Sybille de Pury (1998), elle évoque également l'idée que la confrontation des différentes langues dans l'espace clinique peut aider à reconnaître l'absence d'une réelle compréhension entre les partenaires présents: le malentendu pouvant devenir lui-même la source d'une meilleure compréhension, car il mène à se questionner sur soi-même, à devenir plus ouvert, à questionner davantage.

<sup>102</sup> L'analyse sociologique de Simeng Wang (2012) concernant les pratiques de l'interprétariat-médiation en pédopsychiatrie en France à partir de consultations autour de familles d'origine chinoise permet une discussion plus complète et détaillée des différentes scènes d'interactions - les non-dits des parents et leur position à la consultation, la présence de l'enfant et sa position, la place de la subjectivité de l'interprète et les modalités de médiation -, que l'on peut y retrouver.

discuter de la situation personnelle et familiale de sa mère, compliquant ainsi le travail de suivi:

[*Famille syrienne, récemment reçue et en attente d'un statut de réfugié*] « La consultation c'était pour une dame qui avait des troubles psychotiques assez graves. Madame était en plus très isolée. On avait de la misère... on a accès à la dame, mais on a de la difficulté à avoir accès à l'information. Il se passe des choses dans la famille, en tout cas [l'équipe soignante] le pense, mais on n'est pas au courant. On ne sait pas ce qui se passe. On pensait qui avait peut-être en plus de la violence conjugale. L'information était filtrée, je vous dirais, par le fils aîné qui représente un peu l'autorité dans la famille. On avait des résistances [à son niveau], il filtre beaucoup l'information. Madame ne parle pas français, donc les interprètes, c'est la famille. Et ce qui est difficile, c'est qu'au CSSS, on ne peut pas avoir accès à un interprète. Ce qui est une contrainte pour moi. Donc souvent quand on pose une question à madame, il va répondre à sa place. Alors là pour maintenir le lien avec madame, pour rester dans la famille, et bien on ne veut pas contrarier monsieur non plus... on ne sait pas trop comment s'y prendre. On a que des petites bribes d'informations, d'avoir le portrait global. Ils collaborent en surface, mais dans les faits c'est autre chose [intervenante en CSSS, avril 2013]. »

Certes, l'accès à l'information peut être limité en fonction du bagage symbolique ou culturel, mais peut tout aussi bien être tributaire de la volonté de l'adolescent à traduire les échanges<sup>103</sup>, pouvant ainsi, on le comprend, entraver la relation et la démarche de soin. Si sa réticence lors de la rencontre d'évaluation aura pu être traduite d'un point de vue culturaliste par l'équipe soignante, en faisant dérouler la trajectoire migratoire et les modalités d'établissements de la famille, on apprendra également que ses non-dits peuvent aussi être d'ordres sociologiques: famille en attente de statut officiel<sup>104</sup> depuis presque trois ans, exclusion du marché du travail du père faute de titre de séjour, enfants quasi déscolarisés; aspects que l'adolescent ne souhaite pas non plus faire émerger à la

---

<sup>103</sup> Pour une réflexion plus en profondeur à ce sujet, l'ouvrage de Sylvie Fainzang *La relation médecins-malades: information et mensonge* paru en 2006 met en évidence non selon les pratiques de rétention de l'information et de soustraction de la vérité tant chez le médecin que le patient, mais aussi l'existence de ce qu'elle qualifie de « véritables pratiques mensongères » en analysant les mécanismes et les modalités sociales de son accomplissement.

<sup>104</sup> Dans le contexte canadien, il existe à ce jour trois catégories d'immigrants (Fortin, 2004): Les indépendants (travailleurs autonomes, investisseurs, retraité avec capital), les regroupements familiaux (conjoint, jeune enfant, grands parents) et les personnes réfugiées ou en situation semblable. Précisons que c'est le gouvernement fédéral qui se charge de la gestion des regroupements familiaux et des demandeurs d'asile politique, alors que les provinces canadiennes déterminent les critères d'admission des immigrants indépendants qu'ils acceptent. Ces catégories font également référence au fait d'être requérant de statut (réfugié, réfugié accepté, résident permanent ou citoyen). Pour les personnes qui ne cadrent tout simplement pas avec les critères établis en vue de l'ascension à la citoyenneté canadienne, notamment pour les gens qui ne parlent ni français, ni anglais, n'ont pas les ressources financières adéquates et ne présentent aucune formation professionnelle en demande au pays (Oxman-Martinez et coll. 2007), l'obtention du statut de réfugié et la réunification familiale demeurent parfois les seuls moyens disponibles à leur demande d'immigration au Canada (Lacroix, 2003; Beiser et coll. 1998).

rencontre d'évaluation de peur d'être jugé, voire qu'il s'inquiète des risques d'être potentiellement dénoncé.

De la même façon, par exemple, que l'usage du terme « handicapé » et sa connotation négative pour les parents d'origine chinoise rencontrés par Wang (2013) à la consultation médicale, peuvent créer des non-dits, voire le mutisme énérvé de certains d'entre eux, l'associant notamment à la honte et à une accusation autorenvoyée se refusant à un travail de réinterprétation<sup>105</sup>. Ainsi, précise-t-elle (ibid: 140), lorsque les professionnels abordent le projet de scolarisation, utilisant le terme « école spécialisée », « enfant en difficulté », d'autres finissant par le mot « handicap », les réactions des parents peuvent être très acerbes (perçues comme une insulte à la descendance et aux ancêtres) ou encore silencieuses (ex: refus de participation, absence aux rendez-vous, etc.) n'ayant parfois pas, sinon très peu de connaissance sur les différences de représentations du « handicap » dans les deux sociétés. En revanche, pour les « décoder », une médiation bien plus complexe que l'explication culturelle se veut nécessaire, englobant ainsi les facteurs sociaux de la migration familiale (statuts, conditions d'établissement, niveau d'éducation, etc.), ainsi que la temporalité et l'espace de leur mobilité géographique comme sociale (aisance dans les structures, accès à un interprète, etc.).

## 6.2 Le conflit des institutions

Rappelons d'ailleurs que les services de la DPJ et des Centres Jeunesse qui ont pris, ces dernières années, le virage de l'approche milieu<sup>106</sup>, même s'ils n'arrivent pas

---

<sup>105</sup> C'est également dans cette même direction que Cohen-Émerique (1993: 80) précise l'importance, dans le processus d'aide, « [...] d'être attentif aux répétitions de mots-clefs, porteurs de valeurs fondamentales qui structurent l'identité de la personne: « honneur », « honte », « trahison », « respect », en cherchant à élucider le sens avec le locuteur lui-même ».

<sup>106</sup> L'approche milieu s'inscrit plus précisément dans la foulée des transformations de nature intersectorielle des services publics dans le but d'améliorer la qualité, la continuité et la proximité des interventions auprès des jeunes et des familles aux prises avec des situations personnelles, historiques, sociales et économiques difficiles. À titre indicatif, l'approche milieu dans les *Centres Jeunesse de Montréal* (Chamberland, 1998) évoque l'idée qu'il est préférable d'intervenir *dans* le milieu qu'en dehors de l'espace de vie du jeune, et que dans le cas où cette modalité est possible, le retrait du milieu se doit être le plus court possible. Les lieux d'interventions se déplacent ainsi sur des horizons tels le quartier, l'école, la maison, travaillant parallèlement à maintenir les liens du jeune avec sa famille en considérant différentes formes de soutien, d'intégration et d'appropriation des conditions favorables au développement, s'inspirant des théories cognitives et comportementales (ibid). L'activité partagée avec le jeune est donc le pivot central sur lequel repose les stratégies d'interventions.

toujours à encren leurs interventions dans les ressources locales, déplacent le centre de gravité de leurs modèles de manière à prendre au sérieux une telle assertion. N'échappant pas à leur vigilance et leur esprit critique, plusieurs intervenants enquêtés abondent d'ailleurs dans le même sens lorsqu'on décèle des failles dans les modes de fonctionnements, des problèmes structurels ou encore organisationnels, un temps de consultation ou d'évaluation inadéquat, etc. qui peuvent, dans certains cas, influencer leurs alliances et les rapports aux clients. D'où l'importance de « bien se connaître et de prendre le temps, chose qu'on a pas toujours » m'explique une travailleuse sociale, contrainte d'autant plus importante qu'ils doivent souvent passer plus de temps avec les familles immigrantes pour consolider leur lien de confiance que celui généralement alloué par l'institution<sup>107</sup>, aspect (et effort) qui n'est d'ailleurs pas toujours prise en compte:

« [...] parce que dans mon équipe, c'est du huit à douze semaines le suivi. Et quand c'est du long terme comme ça, on va faire du débroussaillage, mais après il faut rapidement qu'on les mette en lien avec le réseau communautaire. Et puis souvent ça c'est difficile quand ça peut prendre quatre à cinq semaines juste pour faire une évaluation et consolider notre lien tsé. Et ben là les gens commencent à s'ouvrir, et on dit: « je suis désolé on va devoir passer à quelqu'un d'autre ». Le système n'est pas tout le temps non plus conçu pour répondre aux besoins de ces familles-là [intervenante en CSSS, avril 2013]. »

Ainsi, ajoute-t-elle, s'il y a émergence, au niveau de l'institution, d'une plus grande reconnaissance des besoins spécifiques liés à l'intervention, les initiatives demeurent généralement locales et sont plutôt renvoyées à l'intuition et la créativité personnelle de l'intervenant: « Et c'est sûr qu'au niveau de notre lien de confiance, des fois c'est beaucoup plus long. Alors là chacun à sa méthode, sa stratégie. Moi y a des choses que je vais faire par exemple avec les gens qui sont issus d'une communauté haïtienne, tu sais je vais passer par le pasteur. [...] On va faire des contacts à l'église. Et quand on arrive, c'est de présenter nos intentions d'une façon différente aussi, d'y aller vraiment avec eux, ce qu'ils veulent, de leur donner la place pour exprimer leurs besoins à eux [informatrice en CSSS, mai 2013]. »

---

<sup>107</sup> De telles assertions ont été également soulevées dans une enquête qualitative menée auprès d'intervenants(es) en Protection de la Jeunesse oeuvrant au Québec auprès de familles immigrantes (Hassan et Rousseau, 2007).

Ces écueils relationnels teintent également la trajectoire de Huan au sein des structures qui encadrent la prise en charge de ses soins, alors qu'« intervenir auprès de la famille » repose entre autres sur ce sentiment partagé par l'équipe soignante d'urgence face aux problèmes confrontés et un engagement conjoint dans leur résolution: « [...] c'est pour ça qui faut toujours y aller en douceur [...] d'aller chercher leur collaboration le plus possible [intervenante à la DPJ] ». Dépourvu toutefois de réseaux officiels de significations (compétences linguistiques et symboliques limitées), mais aussi disqualifiée de l'histoire qui la sous-tend par cette absence de prise en compte des données linguistico-sociales, la situation deviendra cependant rapidement préjudiciable, à la fois par rapport à la socialisation de Huan à son nouveau milieu (apprentissage du français qui n'est toujours pas fait), mais également pour sa *psyché* (renforcement de l'isolement et de l'anxiété), à tel point qu'elle présente, lorsqu'évaluée en pédopsychiatrie selon les recommandations de la psychologue de l'école, une « difficulté d'apprentissage sévère ». Naviguant au sein même de ces malaises inédits qui rendent d'autant plus difficile l'accès aux ressources nécessaires à son intégration à la société d'accueil, Huan doit ainsi assumer, simultanément, les difficultés de ses parents à faire connaître les carences dont on les accuse, précipitant sa souffrance dans l'attente, l'absence, l'entre-deux : [Nous] on voulait pouvoir l'intégrer le plus rapidement possible au milieu scolaire [...], mais à l'extérieur du réseau familial, y avait comme... un trou là entre les services, ce qui pouvait être offert, et [il] se situe en plein dedans. [Il] était comme... un peu nulle part [intervenante à la DPJ, avril 2013]. »

Si l'arrogance structurelle et les risques associés à l'exclusion tacite des disparités et des vulnérabilités qui caractérisent le statut de sa famille au sein même des conditions émises par l'espace d'intervention est évoquée, les obstacles à la concertation des services et les contraintes institutionnelles, contribuant à maintenir une telle aporie tensiogène, constituent également un lieu d'articulation où la dynamique relationnelle et thérapeutique s'en trouverait quelque peu rééquilibrée:

« [Le jeune garçon] qui est en difficulté d'apprentissage a aussi des difficultés physiques aussi au niveau d'une surdité qui n'est pas compensée, donc il n'a pas reçu les services. Et là c'est comme si la famille patauge un peu là dedans parce qu'ils ne savent pas où s'adresser. Alors là [il] ne reçoit pas les bons services, et en même temps bon le centre

jeunesse a été impliqué par rapport possiblement... on parlait de négligence hein. En fait ce qu'on disait, c'est que ce n'était pas nécessairement non plus de la négligence là... la famille ne connaissait pas les services... ..]. Puis il y avait d'autres situations où madame était épuisée, parce que c'était une mère monoparentale qui habitait avec les membres de sa famille aussi, qui l'aurait possiblement frappée... on sait pas trop. Mais là ça c'était pas clair non plus tsé. Il y avait des versions contradictoires tout ça. Donc [l'institution] on pas vraiment démêler tout ça ... [intervenante à la DPJ, avril 2013]. »

« [...] À l'école, c'est sûr que c'était [une jeune] avec laquelle, on s'interrogeait beaucoup. Puis en même temps, ce qui arrive c'est que moi, je suis une personne consultante à l'école. Les enseignements vont venir me consulter savoir un peu qu'est-ce qu'on fait avec tel jeune quand ils ont des difficultés. Puis, pour cet enfant-là, dans le fond l'école, c'était vraiment une incompréhension dans le sens que bon elle [la mère] retourne pas les appels, elle ne signe pas et ne fait pas les devoirs tout ça. Mais en même temps, madame ne parle pas français tsé! Faique tu sais c'est très de base, mais pour l'école eux autres c'est comme pas acceptable. Faique là, ils appellent la Protection de la jeunesse. On voit souvent ça. Alors quand le milieu pis les familles ne se comprennent pas, ne se parlent pas... [intervenante en CSSS, avril 2013]. »

Si les malaises vécus renvoient certes à une situation d'« incompréhension », l'explication réside-t-elle alors uniquement dans le simple fait d'interroger et de comprendre la « culture » de Huan et sa famille, mais tout aussi bien d'affronter les conséquences de mettre au défi (ou pas) l'étanchéité de certains discours dominants et leur sous-texte hégémonique, à l'intersection de multiples influences (trajectoire de soin, conditions structurelles de l'intervention, connaissance de la langue de la part des parents, conditions de vie difficiles de la famille) qui viennent réifier cette fragmentation de l'espace de soin lui étant prédestiné et la perte de confiance qui s'en ait suivi, façonnant partiellement les stratégies, les modalités du faire et le rétablissement du lien social.

### 6.3 Regards croisés sur les vulnérabilités

Cet arrière-fond pourra être ressenti à la fois comme une contrainte, mais aussi comme une violence plus subtile, avec ses brèches plus ou moins colmatées. De la même façon, les positions sociales, les pôles décisionnels et la distribution hiérarchisée des statuts sont ici des indicateurs précieux de la rencontre pour quiconque a évidemment les moyens et le pouvoir de se faire entendre de ceux-ci. Une telle perspective permet non

seulement de déconstruire l'idée selon laquelle le patient est « l'unique responsable », mais également, en s'appuyant sur les propos de Paul Farmer (2003) génère insidieusement une souffrance qui est structurée (partiellement) par des processus - y compris la bureaucratisation, les rapports de classes et de genres, les stratifications sociales -, soit par leur routinisation ou encore leur ritualisation, même si les personnes en question ne sont pas directement soumises à une violence physique manifeste, ce qu'il qualifie de « brutalités silencieuses » (ibid: xvi). Dans un contexte où l'adhésion défaillante viendrait ainsi resituer le patient en tant qu'acteur<sup>108</sup> de sa trajectoire de soin, ces facteurs peuvent en effet être combinés et s'inscrire à même les trajectoires thérapeutiques et migratoires diversifiées et, par voie de conséquence, affecter l'observance et les comportements (Farmer, 1997). L'adhésion thérapeutique correspond souvent - et l'exemple de Mélyssa était éloquent à cet égard -, à des logiques plurielles, circonstancielles, voire parfois même contradictoires (Carle, 2013; Proulx, 2007), qui ne semblent aucunement obéir à des sorites implacables, mais qui correspondent aussi à la modulation des facteurs structurels et des lacunes idéologiques qui opèrent de façon à défier l'explication médicale<sup>109</sup>. Particulièrement lorsque la différence culturelle, lorsqu'elle est pensée comme une sorte de déterminisme pour expliquer les atteintes à la dignité et à la souffrance, en expliquerait de sa distinction. Dans le pire des cas, elle fournirait un « alibi » plus ou moins pernicieux (Farmer, 2003: 48).

Comme on l'a vu, aucun de nos informateurs n'entend d'ailleurs que ces démarches qui modulent les choix des patients et les logiques (et les paradoxes) auxquels ces choix sont associés et traduits comme de simple compte rendu d'événements qui échapperaient aux contraintes extérieures (matérielles, sociales, symboliques, etc.) et aux conditions de vie quotidienne des personnes. La précarisation (structurelle) subie et associée plutôt aux impasses produites par le système lui-même (Castel, 1992), resserre

---

<sup>108</sup> En considérant, telle que mentionné au chapitre précédent, que le patient doit être partie prenante de son traitement, c'est-à-dire qu'il faut notamment qu'il « adhère » à sa thérapeutique et non pas seulement qu'il s'y « soumette ». Cette notion est donc tout à fait importante puisque soumise à des facteurs psychosociaux et environnementaux changeants et dynamiques.

<sup>109</sup> À titre d'exemple, Paul Farmer (1997) souligne qu'un déni ou une mauvaise compréhension d'un diagnostic peut aller de pair avec une observance thérapeutique appropriée ou adéquate. Il a également observé qu'une bonne compréhension d'un diagnostic peut simultanément être associée à une prise irrégulière ou un refus de traitement, proposant ainsi une perspective selon laquelle les facteurs influençant l'observance thérapeutique seraient également de nature politique et économique, et non pas exclusivement issus des différences de bagages et de représentations culturelles.

ici le goulot de l'intégration et fragilise en premier le jeune en question. À travers leurs discours, plusieurs positionnent, encore une fois, l'impact délétère et les conditions de vie déficientes de certaines familles migrantes lorsque vient le temps de faire affaire avec les institutions de santé, laissant entrevoir les lignes de démarcation des vulnérabilités qui s'instaurent entre l'individu, la société civile et les soins:

*[En parlant d'une famille haïtienne sans papier récemment arrivée]* « Ils arrivent au Québec en prenant ce qu'on appelle chez nous le « countener », ça veut dire un bateau. Ils se sont retrouvés à Miami, et de Miami ils sont rentrés par des moyens douteux ici. Donc finalement ils ont eu leur statut. Là il faut qu'ils s'adaptent. Ils commencent à travailler parce qu'ils ont des enfants [au pays] qu'ils veulent faire entrer. [...] Et quand les enfants arrivent, c'est très difficile. Les femmes des fois sont seules, monoparentales. Ils doivent travailler, éduquer leurs enfants, soutenir la famille... et en plus au début elles doivent apprendre la langue en prenant des cours de francisation, d'alphabétisation parce qu'en a qui arrivent illettrées. Elles sont très vulnérables. Donc ça devient très difficile pour composer avec tout ça, la maladie, les hôpitaux... juste venir à l'hôpital c'est parfois très compliqué tsé. Même si c'est gratuit. C'est comme... y a des organismes qui les aident à aller travailler ou avoir accès là, mais c'est très très difficile [infirmière clinicienne, mars 2013]. »

Encore une fois, le statut social de la famille est présent dans le discours sur la maladie, alors que la dynamique institutionnelle semble elle aussi se déployer pour accompagner ce mouvement de perception de la souffrance, dont les attentes se veulent aussi très concrètes, m'explique cette infirmière hospitalière, en réponse à ces problèmes d'emplois, de pauvreté, ses soucis conjugaux, familiaux (et plus largement existentiels) comme une forme de pouvoir tacite exercée sur les corps, certes moins visibles, mais tout aussi tragique que celle qu'exerce la contrainte physique ou psychique directe qui ne serait non plus se réduire à un schématisme facile. La vulnérabilité est aussi à entendre, précise Marc-Henry Soulet (2007: 12-13) non uniquement comme une propriété intrinsèque des individus, mais aussi: « [...] comme une propriété endogène aux caractéristiques du système social, se matérialisant en interaction avec les propriétés du système est celles des individus qui en sont membres ». Cette vulnérabilité structurelle, ajoute-t-il, se donne socialement à voir sous la forme de blessures individuelles, se thématise sous l'angle de la souffrance sociale, illustrant les coûts, voire les échecs, à assumer les obligations à être « propriétaire de soi ». Sans faire d'amalgames abusifs, il s'agit, là encore, face à cette structure réticulaire parfois détournée par les acteurs du drame, renvoyant à chaque

individu marginalisé le soin de construire la cohérence et la stabilité qu'elle ne lui assure plus (Ehrenberg, 1998), et devenu par le fait même son principal fardeau (Sennett, 1979), les repères de l'insularité et des multiples médiations silencieuses produites par l'injonction paradoxale de l'autonomisation et de la normalisation, sans supports socialement disponibles pour y parvenir, sont donc eux aussi assumés tant par le patient-adolescent (et son entourage) que le soignant. Indicateurs clés dans l'économie du récit, les deux scènes se rappellent, mais aussi s'inversent *a posteriori* par l'identification des manques, des insuffisances, des fragilités révélant toute une biographie, où les jeux dialogiques offrent des contrastes qui permettent de les définir mutuellement. En regardant ces trames syntagmatiques, des thèmes provisoirement identifiés apparaissent au croisement de ce double processus où plusieurs traductions d'un même drame semblent se jouer et se réaliser à travers le corps de ces deux adolescentes; c'est-à-dire comme lieux de cristallisation des malaises et des contradictions sociales, familiales et psychiques comme le précise Vincent de Gaulejac (1999), évoluant ainsi pour faire l'objet de multiples versions, complémentaires ou mêmes opposées qui se construisent et dont la consistance dépend amplement de conditions externes, d'attributs sociaux et physiques, mais également des emprunts (conscient ou pas) des dispositifs de la fiction, c'est-à-dire celle qui relève aussi de l'entreprise sociale, des habitus (Bourdieu, 1992), des rôles et des identifications.

#### 6.4 Conclusion

Des deux propositions analytiques précédentes découlent ainsi, assez logiquement, de cette troisième relative au traitement du corps et de son expérience qui ne cesse d'être reconfiguré et occulté par toutes les histoires véridiques et fictives qui se (re)construisent autour de lui, l'empêchant parfois de le reconnaître aussi comme *sujet*, comme « agent symbolique » (Giddens, 1979) qui, remanié dans des espaces de paroles et d'action pensées comme thérapeutiques ou éducatives, participent elles aussi comme étant situées de ces expériences sociales et culturelles connectant et structurant la dimension biographique (et intersubjective) et justifiée objectivement par la situation de

réalité. Le choc qui ne manque de se produire, dans la synthèse, est généralement qualifié au premier abord de « conflits de personnes ou de cultures » me diront les répondants. Or, ce dont nous aurons illustration ici, à l'instar des récits précédents, ce n'est pas seulement le sujet (adolescent en souffrance), mais aussi « les » sujets pris dans les malaises sociaux et l'intersubjectivité qui prennent la file. Malgré le train de signifiants comme arme et bagage que l'adolescent en question met en scène aux membres de la consultation clinique, le lecteur va-t-il se sentir aussi « saisi » comme j'ai pu l'être moi-même en tant qu'observateur à certains moments de mon enquête de terrain, véhicule d'un drame social inédit, jusque-là laissé dans l'ombre des repères administratifs et la judiciarisation comportementale, lorsque les écueils de la réalité à laquelle il se réfère semblent, eux aussi, tout aussi fuyants, incertains, abîme insondable où l'intime et le collectif s'entremêlent une fois de plus.

## CHAPITRE VII

### Travail de mémoire et scénarios identitaires: Les drames solidaires de Zafir

**ZAFİR** a 17 ans lorsqu'il est vu pour la première fois à la consultation transculturelle avec sa mère, accompagné d'intervenants des Centres jeunesse de la région métropolitaine de Montréal. Invité d'abord à exposer la raison de leur présence à la consultation, se rappelle une informatrice clinicienne ayant participé à la rencontre, Zafir n'hésite pas à couper la parole de la travailleuse sociale assise à ses côtés, estimant que sa présence n'est pas nécessaire, voire inutile. À trois reprises, il demandera de quitter la consultation. À trois reprises, il interrompt sa mère, frustré qu'elle raconte *leur* histoire. Pour Zafir, le récit n'est pas uniquement un reportage sur le passé, il est aussi ce lieu des tensions personnelles, familiales, sociales et virtuelles de sa propre altérité qu'il est aujourd'hui en train d'expérimenter, renouant les fils cassés de sa propre histoire.

Originaire de la Palestine, lieu de sa naissance, Zafir suivra sa mère en bas âge dans un parcours migratoire houleux et un remariage difficile et conflictuel suite au décès de son père biologique, lui-même militaire dans l'armée palestinienne et duquel il ne garde d'ailleurs que très peu de souvenir. Contraints à un mariage épineux et un mari violent, et ce malgré un statut social favorisé, Zafir et sa mère auront préféré l'exil, poussé en cela par les conflits armés faisant rage au pays, vers les camps de réfugiés de la banlieue de Beyrouth, où va s'engranger, pendant près trois ans, le processus d'une demande d'asile auprès d'Immigration Canada. Ils laisseront derrière eux les enfants du couple, impuissant à l'emprise du père. À leur arrivée à Montréal, ils seront, pendant plus de quatre ans, dans l'attente indéterminée de résultat de recours en immigration qui a été engagé par un organisme communautaire sur la base de motifs humanitaires pour le parrainage des enfants laissés au pays, étape qui n'est toujours pas concrétisée. Le deuil momentané de la séparation familiale agit ici comme un frein dans ce tumulte de leur arrivé qui doit être alors productif (recherche d'emploi, de logement, d'école, etc.), entre la culpabilité et la peur de ce qui peut survenir « là-bas » et sur laquelle se joue les écueils

de l'adaptation « ici », sans retour immédiatement pensable, ayant commencé à comprendre les processus d'admissibilités, les lenteurs des procédures de parrainage, les blessures de la dévalorisation professionnelle, transportant la première partie du récit qui m'est raconté.

Dans la seconde, le regard de l'équipe d'intervention se porte alors sur Zafir, jusque-là silencieux, flegmatique. C'est dans cet état qu'il insiste, encore une fois, pour quitter la pièce, malgré l'insistance, m'explique-t-on, de la thérapeute principale à le maintenir présent jusqu'à la fin. À l'école, les choses passent très mal: absentéisme, refus de l'autorité, errances, renvoi. Quasi déscolarisé, il veut être autonome, quitter l'école et s'enrôler à ses dix-huit ans dans l'armée. C'est à ce moment où l'équipe soignante apprend de son propre aveu qu'il ne souhaite qu'une chose depuis son arrivée au Québec: retourner en Palestine<sup>110</sup>, paradoxe intolérable pour sa mère. Cette question aura d'ailleurs fait l'objet de violentes tensions et altercations quelques mois plus tôt, querelles que se solderont finalement, bon gré mal gré, par le retrait préventif de Zafir via les Centres jeunesse<sup>111</sup>. Cette étroite frange de la marginalité qu'il côtoie aura d'ailleurs de quoi inquiéter d'après les propos de l'intervenante qui le reçoit au Centre. Combiné à son isolement (familial et social) et au maintien d'une insécurité administrative et psychologique qu'il doit assumer, simultanément, il manifeste à son arrivée des signes de mutilations corporelles et d'idéations suicidaires. Une immense amertume l'habite, génératrice de colère qu'il dirige sur sa mère: « [...] tu sais à la fois perdu dans l'immigration, perdu dans l'adolescence, il ne s'en prenait qu'à elle parce qu'il n'y avait qu'elle finalement face à lui. Et puis il idéalisait totalement [la Palestine], et il voulait repartir. Et y avait une incompréhension de cette mère-là qui avait fait ça pour une meilleure vie pour son fils, et pis lui il ne comprenant pas ça [...] ne comprenait pas ce qu'ils faisaient ici, que ça vit était meilleure là-bas. [...] Et je ne sait pas si lui se retrouvait ici [informateur clinicien, avril 2013]. »

---

<sup>110</sup> Précisons-le, la Loi d'immigration canadienne n'autorise pas les résidents issus du statut de réfugié à retourner dans leur pays d'origine tant qu'ils n'ont pas obtenu le statut de citoyen canadien.

<sup>111</sup> Pendant le processus de réadaptation du jeune visant ainsi à transférer les gains thérapeutiques acquis après son déplacement (Mireault et coll. 1998), le Centre jeunesse est alors plutôt perçue ici comme un filet de sécurité plutôt qu'un milieu de vie, favorisant la planification d'une réinsertion familiale. Or, dans le cas de Zafir, l'enjeu se situe plutôt, pour paraphraser Danielle Nadeau (2009), « à la frontière du consentement aux soins, de l'obligation de soins, de la protection sociale et de la sanction du comportement violent. »

Souffrance qui ne se donne pas immédiatement à voir donc, mais que l'on fait advenir, d'un côté, par le récit familial, dans son déroulement aux rouages de la temporalité suspendue des procédures sociales et juridico-administratives de l'immigration, les découragements que madame a dû assumer, etc., acteurs de cette impasse à faciliter la réunification familiale<sup>112</sup>. Mais ceci en mettant parallèlement en veilleuse, de l'autre, les propres désirs et appartenances (réelles ou idéalisées<sup>113</sup>) en pleine dérive de réalisation chez Zafir, elles aussi confrontées aux nouvelles alliances avec la société d'accueil se profilant pour lui à la manière d'un mensonge inédit le renvoyant d'un possible à un autre; en même qu'il ne peut détester délibérément et absolument son immigration, il découvre qu'il ne peut pas non plus la chérir.

Assujetti au désir de l'autre, au désir d'un parent pour soi, au rappel constant de sa différence, à la figure anticipée et l'image réelle son immigration, cette dialectique qui, à la fois, le nourrit et lui permet d'inventer des médiations face aux contradictions entre plusieurs champs de tensions et de résistances qui orientent partiellement les différents points de repère qu'il essaye tant bien que mal de conjuguer - et dont la clinique aura pu rendre compte -, nous permet ainsi de poursuivre dans cette piste analytique où les discours de ces jeunes repris par les thérapeutes et les intervenants se retrouvent de nouveau confrontés aux aléas de la liminalité. On assiste ici, et en cela je rejoins les récits de Mélyssa et d'Huan, à l'émergence de phénomènes de résistance, de médiation symbolique et de réaménagement du quotidien eux aussi somatisés dans les corps et la

---

<sup>112</sup> Tel que le précise de son côté Cécile Marotte (2008: 98): « L'attente indéterminée dans les procédures administratives de la réunification familiale installe également les personnes dans une dépendance complète par rapport à la résolution de ce problème qui est le leur à part entière aux plans de la filiation, de l'appartenance, des émotions mais qui, paradoxalement, ne leur appartient plus que sous un aspect parfaitement neutre et impersonnel ». En revanche, si le statut juridique du « réfugié » revêt aux yeux de certains demandeurs d'asile un caractère idyllique et idéalisé de confort et de certitude, de surcroît, ajoute-t-elle, cet espace intermédiaire où le droit et la loi tentent de contenir les temporalités des histoires individuelles recadre autrement les paramètres des souffrances éprouvées. Ces situations sont d'ailleurs très souvent reliées et accentuées par les contextes d'immigrations difficiles marqués par la précarité ou encore la clandestinité (Moreau et coll. 1999). Si, par exemple, le phénomène de séparation familiale ne constitue pas une cause systématique de conflits et problèmes chez les enfants migrants (Beiser, 2005), il peut toutefois en restituer une source importante (Rousseau et coll. 2004; Legault et coll. 2000), notamment lorsque la réunification familiale s'étire dans le temps ou qu'elle implique la cohabitation d'enfants et de parents qui ne se connaissent pas ou presque. En outre, une enquête réalisée auprès des familles réfugiées à Montréal entre 1995 et 1997 (Rousseau et coll. 1997) révèle à cet égard que les séparations familiales associées aux politiques d'immigrations canadiennes (qui s'étendent en moyenne entre trois à sept années) peuvent avoir des conséquences néfastes qui rendent la (ré)invention d'un passé traumatique d'autant plus difficile qu'elles viennent compromettre l'intégration tant souhaitée par les instances gouvernementales.

<sup>113</sup> Tout comme ils peuvent potentiellement offrir des espaces possibles de réconforts fantasmés au pays d'origine ou qui se réalisent *a posteriori* dans le pays d'accueil (Beiser, 1999).

*psyché* sans perdre de vue la géométrie variable de ses appartenances et ses positions dans les émotions familiales et collectives qui les structurent et les façonnent autant qu'elles permettent leur éventuelle transformation et dépassement.

### 7.1 Dits, non-dits et sujet en souffrance:

De la « fabrication » du lien social aux formes et atteintes de la participation des émotions à la rencontre clinique

À la retranscription de cette longue anamnèse, tissée de projections violentes qu'il aura fallu médiatiser du point de vue des thérapeutes, porteuses d'images nostalgiques et déformées qui la jalonne (personnes, familles, communautés)<sup>114</sup> elles aussi évoluant sur des temporalités et des émotions différentes qui font l'objet de controverses (Vatz Laaroussi, 2007), s'ajoute le statut fragile du demandeur d'asile, analogue à celui des illégaux<sup>115</sup> (Marotte, 1996), le déclassement ou la perte des statuts sociaux et professionnels, la culpabilité et l'anxiété causée par l'abandon de la famille ou encore du champ de bataille politique, dimensions que les enfants semblent parfois porter réciproquement à l'articulation conjoncturelle de leurs expressions (Meintel, 1998; Rousseau et coll. 2001). Or, les récits d'exils comme celui de Zafir et de sa mère, entendus et décrits sous de multiples variantes expérientielles et contextuelles à la consultation, peuvent éventuellement nous fournir des évidences discursives sur les liens

---

114 Pour les groupes d'immigrants et familles rencontrés dans l'étude de Meintel et LeGall (1995), le thème du « paradis perdu » figure d'ailleurs de façon dominante dans les narrations des premières générations, complainte prenant des formes diverses. En ce sens, chacune des raisons qui motivent l'exil politique a une incidence déterminante sur les récits, d'où l'importance, précise ailleurs Meintel (1998: 66), de procéder à des comparaisons par groupes. Ainsi, partant de la prémisse que les individus appartenant à des classes sociales et à des milieux semblables tendent à lier leur histoire à celle de la famille, et à celle d'une communauté plus étendue, avec quelques variations impliquant: « [...] que des considérations socioculturelles tendront aussi à intervenir au moment de lire ou de faire le récit de sa biographique (ou celle de ses parents), ce qui signifie que la migration est perçue non seulement comme un acte de conformisme (lorsque le processus migratoire a lieu sur une base multigénérationnelle à l'intérieur d'un même cadre), ou comme un moyen d'échapper à la pression qu'impose le milieu d'origine, mais aussi en tant que moyen de se dire soi-même, cette autoperception, tout comme la perception que l'on se fait d'autrui, pouvant être à son tour culturellement orientée. »

115 D'un point de vue strictement factuel, dans le contexte canadien, il convient de rappeler d'emblai que les demandeurs d'asile ne sont pas admissibles aux mêmes programmes gouvernementaux d'aide à l'intégration, à la santé et à l'établissement offerts aux réfugiés parrainés par l'État québécois (Oxman-Martinez et coll. 2007). Malgré un besoin manifeste de support au cours des premiers mois suivants leur arrivée (Marotte, 2008: 92) - relativement à la francisation, à l'emploi, à l'orientation sociale notamment -, les services subventionnés par l'entremise des PAEI (Programmes d'accueil et d'établissement des immigrants) offerts par le Gouvernement du Québec ne sont également pas offerts aux demandeurs d'asile. À l'exception près de l'aide à la recherche au logement, le ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (MRCI) refuse à ce jour de financer toute forme d'aide accordée aux réfugiés non-régularisés, alors que dans les faits, on constate que les services d'accueil aux nouveaux arrivants sont malgré tout offerts et maintenus par les organismes communautaires de manière bénévole (Bartot et Mekki-Berrada, 1999). Pourtant, nombre d'études réalisées auprès d'intervenants soutiennent que la période au cours de laquelle les demandeurs d'asile ont le plus besoin de services correspond généralement à celle au cours de laquelle ceux-ci ne sont justement pas accessibles (Oxman-Martinez et Hanley, 2007; Lacroix, 2003; Chiasson-Lavoie et coll. 1992).

que nos informateurs tracent entre la biographie individuelle, la saga familiale et migratoire, et l'impact plus étendu de la mémoire et de son instrumentalisation (Muxel, 1996), dessinant là encore des usages sociaux inédits, traversés des mêmes ambiguïtés dans le recours aux récits de vie. Sans toutefois faire de la mémoire un simple microcosme de ce qui se manifeste à l'échelle individuelle et collective, comme l'avait bien vu Maurice Halbwachs dans « Les cadres sociaux de la mémoire » [1925], en contexte clinique comme ailleurs, l'individu a aussi besoin des autres pour l'actualiser, désignant un vocable pluriel, polysémique, se modulant en interaction aux composantes institutionnelles et généalogiques servant eux aussi de support aux rôles et aux rapports sociaux hiérarchisés et individuellement médiatisés, pouvant tout aussi bien faire l'objet d'appropriations, de (ré)inventions (Bloch, 1995), d'instrumentalisations, de transformations extensives autant que le sont ses territoires multiples de circulation et de résistance (Pollack, 1993).

Dans le récit de Zafir, la mémoire ne signale pas seulement l'épaisseur des lieux et des liens connus et identifiés par la personne et des légitimités locales, mais aussi les moments des négociations, décelant également des sociabilités autres que celles suggérées par les problématiques lentes et longues insertions à la société d'accueil (Missaoui, 1999) ou de l'empreinte traumatique<sup>116</sup> (Rousseau, 2000). Le seul geste de produire à l'intention de l'équipe soignante le récit de sa propre migration est d'ailleurs loin d'être anodin pour les réfugiés ou encore les demandeurs d'asile comme Zafir (Nadeau, 2007; Vatz Laaroussi, 2007; Meintel, 1998), représentant autant de travail pour le revendicateur de statut que sa survie politique et matérielle dépend elle aussi de son habileté à produire un discours et un sujet en restant conforme aux circonstances réquisitoires de la réinsertion sociale que l'on promeut pour être reconnu comme tel, soumise à l'épreuve de sa propre narration<sup>117</sup> (Barrett, 1998). Épreuve qui structure tout

---

<sup>116</sup> Lucie Nadeau (2007) précise d'ailleurs que le rapport à l'exil familial se noue différemment pour chacun des membres d'une même famille à travers des dynamiques complexes des signifiants se modulant au gré des mémoires et des désirs de dire, mais aussi des permissions malmenées par des temporalités chargées et investies dans le travail émotionnel, placées sous le signe du trauma ou de la « victime » (Kleinman et Desjarlais, 1994).

<sup>117</sup> À l'instar de Cécile Rousseau (2000: 190-191), les perceptions de la souffrance et du traumatisme qu'elle observe chez certains réfugiés, au travers des catégories normalisées, peut générer des difficultés supplémentaires « [...] en individualisant le problème et en

aussi bien le rétablissement d'un réseau de relations locales qui définissent leur quotidien, la recherche d'aide, les futurs possibles sur les plans personnels ou encore transgénérationnels<sup>118</sup> (Rousseau et Mekki-Berrada, 2008; Moreau et coll. 1999). Les mémoires peuvent ainsi devenir un vecteur ou encore un déclencheur au poids des ressources matérielles et imaginaires<sup>119</sup> lorsqu'elles sont transformées en émotions<sup>120</sup>, véritables souvenirs-écrans comme acteurs de la médiation entre la parole publique (celle du témoignage) et la parole intime (celle de son transfert affectif) par sa capacité de voilement/dévoilement (Hochschild, 2002).

Faudra-t-il cependant, encore une fois, ce méfier de trop vouloir en durcir les traits. L'importance que peuvent prendre des normes sociales et culturelles chevauchent et découpent de larges gradients allant de ce qui semble se révéler du partage des émotions jusqu'à des achoppements communicationnels constamment retravaillés par le contexte sociohistorique plus général de la personne (Le Du, 2002). Si l'effet (symbolique) de l'entreprise mémorielle<sup>121</sup> structure les modalités de leur traduction comme on l'a vu précédemment, réciproquement, elle structure aussi les modalités de leur divulgation et les possibilités d'étayage sur des structures identificatoires partagées et imaginées entre les parents et les enfants (Vinar, 2005), entretenant parfois des relations miroirs, voire de mise en abîme lorsque les familles font face, par exemple, à une opinion publique ambivalente, voire hostile qui hante le familier, l'irruption d'une mémoire souterraine favorisée, sinon suscitée:

---

faisant porter aux réfugiés le poids de la psychopathologie supposée en découler dans un contexte qui ne reconnaît pas ou peu les ressources et les stratégies personnelles et collectives qui peuvent émerger de la souffrance même extrême. »

<sup>118</sup> Ces lieux et réseaux, note Louise Blais (2008: 29) sont souvent mal connus des intervenants, et le dispositif institutionnel et professionnel a parfois tendance à s'en méfier ou encore les ignorer. Or, certains des propos que nous avons recueillis démontrent, on l'a vu, que ces réseaux peuvent aussi servir de stratégies d'interventions et peuvent également jouer un rôle dans l'établissement de l'alliance avec les familles dans divers lieux communautaires.

<sup>119</sup> J'emprunte cette expression à Rechtman (2000b) précisant que la création et la médiation des narrations de souffrance publiques demandent et mobilisent elles-aussi l'imaginaire individuel et collectif. Tel que mentionne ailleurs Kirmayer (2003: 171): « Both the form and context of narratives influence this process of evocation, which is regulated not only by the semantic fields activated by familiar words and phrases, but the social context of speech, and the affectively charged and socially scripted relationship between speaker and listener as conversational partners. »

<sup>120</sup> À ce sujet, Didier Fassin (2008) propose la notion « d'incorporation du passé » - « *embodiment of the past* », qu'il définit comme: « [...] the corporeal presence of memory rather than its immaterial reality as it is often done, I mean the way in which individual trajectories and collective histories are transcribed into individual and collective [...]. In other words, it is the way through which social structures and norms inscribed in the long term of historical changes impose themselves on men and women, both in their everyday existence and in the meaning they give to their life and action » (Fassin, 2008: 316).

<sup>121</sup> Expression que j'emprunte à H.S. Becker (1985).

« [...] on voit aussi à travers ça comme un traumatisme se transmet de façon intergénérationnelle. [...] On avait un enfant [chilien] qui a été référé par l'école parce qu'il ne parle presque pas. Mais malgré ça, il réussit bien à l'école. C'est un jeune brillant. On rencontre les parents. Les parents ne parlent ni français, ni anglais. Alors avec les institutions c'était difficile. C'est un peu lui qui fait le pont avec le monde extérieur. Finalement, à travers ce mutisme-là, les parents ne parlent pas beaucoup en entrevue, et ce malgré la présence de l'interprète. Alors on est un petit peu à court de moyens. En faisant un génogramme, on se rend compte que du côté du père, tout le monde a été tué [sous le régime de Pinochet]. Un peu comme... y a une loi du silence qui s'est abattue sur la famille, sur le père, et rien n'a été dit. C'est un gros secret qui a été sorti comme ça, une immense souffrance qui a été refoulée, non dite, qui appartient parfois aux parents, mais qui n'a jamais été parlée au jeune. Et là le jeune vit, agit quelque chose qu'il ne connaît pas et qu'il doit assumer simultanément [informatrice clinicienne, mai 2013]. »

Il existe dans les souvenirs des uns et des autres des zones d'ombres, des silences, des « non-dits » comme le souligne cette informatrice, transmis donc dans des structures de communication informelles ou associatives tout en restant parfois inaperçus de la société environnante. Là encore, précise Pollack (1993: 27), les souvenirs se modifient en fonction des conditions matérielles de transmission (support oral ou écrit, institutionnel, clandestin), et à plus long terme, des rapports entretenus *entre* les générations. Les récits ethnocliniciens constituant avant tout des instruments de revalorisation sociale à visée thérapeutique (Belkacem, 2007), l'entreprise mémorielle s'est ouverte, dans ce cas-ci, aux événements biographiques marquants de la situation familiale inscrite dans un récit autorisé, établissant une continuité entre un avant et un après en postulant un déficit de mémoire et dénouant l'impératif généalogique comme source de malaise (de Gaulejac, 2007), veillant ainsi à la transmission et l'encadrement des références et des repères identificatoires (sans être évidemment le seul ciment) avec l'entourage social. Dans ce récit, le souvenir était d'autant plus difficile (et attirant pour l'équipe transculturelle) qu'il n'était pas considéré comme un acteur (social et culturel) à part entière par les autres équipes soignantes, pouvant ainsi avoir rendu encore plus impérieux le besoin de distance avec celui-ci. Comme l'expliquent de leur côté Rousseau et Mekki-Berrada (2008: 112): « [...] le dévoilement non seulement n'offre plus de garanties de protection ou d'espoir de réparation, mais rend menaçante la précarité d'un présent aux prises avec diverses formes de réparation traumatique [...] porteuse à la fois des angoisses collectives que du désir

tenace d'y échapper<sup>122</sup> ». Le non-dit peut donc s'ouvrir, stratégiquement, à autre chose qui lui est étranger et qui surdétermine l'actualisation du discours dans l'événement; il permet aussi d'exploiter les lacunes et les contours érigés dans les consciences (ou bien les inconsciences) collectives, « transpersonnelles » si l'on peut dire, permettant à l'individu de reconstruire une partie de son pouvoir, mais dans lequel il faudrait tout aussi bien présumer des ambivalences, des fractures, des luttes de classes et de sens, bref une complexité comparable à celle de la société elle-même, ainsi qu'à cette puissance de jeu, dont l'adolescent se fait encore une fois l'héritier, sans pour autant qu'il y soit enfermé. Comme le souligne Giraud (2010: 68), il y a toute une part de cette expérience qui n'y est pas somatisée, car elle n'est pas formulée complètement, mise à distance dans le souci d'éviter une remémoration douloureuse ou encore pour préserver d'un préjudice à venir, auquel il lui est demandé silencieusement de ne pas s'intéresser, en même temps qu'il peut être pris d'une contradiction lorsque cette discrétion lui est retournée comme une marque de désintérêt avec la même conviction apparente. À partir du moment où elle serait partagée avec les proches, le résultat est parfois positif comme me l'explique une informatrice, l'entreprise mémorielle trouvant un écho favorable auprès des certains jeunes en consultation, notamment lorsqu'elle répond à un besoin de revalorisation (de soi, comme de sa famille) en devenir: « On avait reçu un jeune à la consultation qui ne parlait pas beaucoup, qui faisait des choses en cachette. Dans la famille, la mère était proactive. Le père avait perdu sa place. Il ne travaille pas, passe ses journées à la maison tout ça [...] il n'a pas beaucoup de place. Et une mère qui dénigre aussi le père [...]. Quand le jeune est arrivé ici, ç'a été un espace où il a entendu beaucoup de choses concernant la famille, et là, il n'en revenait pas. Et du coup le comportement à changer [...] y a eu vraiment un grand changement » [informatrice clinicienne, mai 2013]. »

Si nous revenons à Paul Ricoeur (2013[1969]), dans le but de surmonter ici l'embarras de repères identificatoires comme me le précise cette informatrice, si la souffrance jaillit d'un rapport à l'altérité, il semble que ce soit aussi par l'altérité qu'elle

---

<sup>122</sup> Richard Rechtman (1992) a d'ailleurs observé dans le cas particulier (Khmers) de cette communauté en exil que les cauchemars par exemple peuvent représenter le retour de personnes mal-mortes lorsqu'elles n'ont pas pu être honorées convenablement suivant les rituels traditionnels bouddhistes après leur décès.

puisse également se résoudre, obligeant « [...] toute conscience à revenir à soi à partir de son autre » (ibid: 353), n'ayant jamais complètement accès aux pulsions et aux émotions comme telles, mais à leurs expressions psychiques, à leurs présentations dans des représentations et des affects tributaires du déchiffrement du « texte » (ibid: 284). Il est d'ailleurs assez remarquable de constater qu'en psychanalyse, même lorsque Freud (2011[1917]) nous parle de « pulsions », c'est toujours dans et à partir de certains effets de sens qui se donnent à déchiffrer et qui peuvent être traités comme des « textes », qu'ils soient oniriques ou encore symptomatologiques, multiplication duel de paroles, de silences, de rôles, etc. enchevêtrés dans des rapports de force et de résistance. Les effets de sens qu'il déchiffre donnent aussi expression à des rapports de pouvoir: « [...] entre sens apparent et sens caché, il y a un rapport d'un texte inintelligible à un texte intelligible », nous dit Ricoeur (ibid: 355). Les souffrances psychiques sont donc au plus haut point transférentielles (Lacan, 1966), c'est-à-dire cet appel au lien dans la mesure où l'histoire de chacun est aussi enchevêtrée dans l'histoire des autres, fantasmée et réelle. On ne doit pas y voir seulement une formation réactionnelle saturée des silences devant les rigidités défensives qu'elles peuvent instaurer, mais aussi sa répétition et sa résonance sur plusieurs générations nous dit Vidal (2010b), rejoignant encore une fois la discipline (émotionnelle) comme synthèse et condition accompagnant la migration familiale elle-même (l'accès au statut d'étranger, dévalorisation d'un statut parental, etc.) productrice elle aussi d'angoisse, de dépression, voire de dépersonnalisation (Giraud, 1997).

## 7.2 Projet thérapeutique et gestion des ressources identitaires: Ambivalences, bricolages et scénarios intergénérationnels

Si les jeunes sont ainsi placés dans des histoires auxquelles ils sont invités à se référer, s'exprimant avant tout autour d'une parole de l'intime, par effet de leurre, précise de son côté Catherine Le Du (2002) en tissant des liens entre l'histoire d'Amin, fils de Harkis<sup>123</sup>, entraînant celui-ci vers un exil définitif, une volonté de ne pas dire ou un désir de ne pas savoir peut aussi marquer la soumission (partielle) au jugement de l'autre et au sentiment (incorporé) de culpabilité et de honte qu'il laisse miroiter, peut aussi invoquer des niveaux de significations différents de ceux mis de l'avant par les groupes d'appartenance et de ses membres leur épargnant ainsi la confrontation de leurs propres malaises. Au mépris subit ici fait écho l'anéantissement social de là-bas, où le mot « Harki » est une injure en soi: « [...] il n'existe pour eux aucun refuge contre les propos dépréciateurs, nul lieu où l'estime de soi puisse se restaurer, aucune possibilité de valorisation intraculturelle, et c'est à une parentale invalidée de toutes parts que leurs fils se sont trouvés confrontés » (Le Du, 2002: 61). Le mouvement de désidérialisation est, pour les générations qui suivent, lourd de possibles retours à ces contradictions. L'adolescent est sans doute la cible privilégiée de ce mouvement, rôle parfois d'autant plus difficile à assumer qu'ils peuvent être la source d'un conflit dans un mouvement d'ascension et de promotion sociale de la famille comme c'est le cas dans cet autre extrait, où le choix du (ou de la) conjoint(e) semble tout aussi critique, puisqu'un capital symbolique et économique (Bourdieu, 1972) s'y rattachait, tout comme le manque de correspondance entre les attentes et les réalités à satisfaire, de par et d'autre:

« On avait eu une jeune à la consultation à partir des Centres jeunesse. Cette jeune là... bon elle arrive ici avec ses parents, ainée de la famille. Et cette fille-là commence à fréquenter un garçon qui est du même pays, mais pas de la même tribu. Alors pour le père, c'est un scandale. On ne fréquente pas les garçons comme ça [...] c'est-à-dire tu vas avoir des relations sexuelles, tu vas perdre ta virginité, et prendre la virginité c'est perdre la dot. Tu es l'ainée de la famille, tu dois respecter la dot. Alors ça été toute une histoire, la fille a fugué tout ça. Mais ils sont quand même venus à la consultation. [...] là l'histoire de la famille a pu enfin être racontée, la fille a entendu, on a situé la position du

---

<sup>123</sup> Le terme « Harki », désignant dans le récit une population algérienne hétérogène ayant en commun le ralliement aux troupes françaises pendant la guerre d'Algérie, possède ici une connotation péjorative toujours associée à la trahison et la trahison.

père, de la souffrance qui a de tout le monde, et la fille est revenue elle-même. Quand ils sont partis au tribunal, elle a dit au juge: je demande pardon à mon père, je retourne à la maison [informatrice clinicienne, juin 2013]. »

En consultation, les jeunes semblant avoir accepté et intériorisé les normes valorisées par leurs parents, m'ont d'ailleurs semblé intéresser et paraissent généralement réceptifs aux récits des thérapeutes lorsque les interprétations correspondent à leur vécu et/ou leurs aspirations. On peut sans doute supposer qu'il s'agit, pour certains, d'un moyen de se sentir appuyés, valorisés, voire confortés dans leurs choix de vie, et pouvant leur sembler d'autant plus difficile quand leurs frères et soeurs refusent de s'y conformer comme c'est le cas dans l'exemple précédent. Leur dérive potentielle, par impression d'appauvrissement ou de nivellement, peut d'ailleurs s'approfondir de manière vertigineuse chez l'adolescent, intériorisant souvent plus rapidement que le parent le nouveau cadre émotif externe de la société d'accueil, et n'ayant pu manifestement le transmettre dans cet autre extrait, obligeant le parent en question à le « désidéaler » brutalement, lien rompu dans le deuil inavouable d'un autre:

« [...] je pense à cette famille [algérienne] vue à la consultation, avec trois enfants, dont deux adolescentes. Une je pense qui avait peut-être [16-17], et puis l'autre vraiment adolescente qui était un peu la raison de consulter des intervenants, et puis la raison pour laquelle je pense la Protection de la jeunesse s'était initiée dans le dossier. C'était une fille qui, par ses comportements, sa tenue vestimentaire, était totalement en opposition avec le milieu familial plutôt classique et traditionnel. Donc ouais je pense que ça serait un exemple où le *switch* s'est fait peut-être un peu trop rapidement par les parents aussi, mais cette adolescente allait directement adhérer à la culture nord-américaine, canadienne, québécoise, et ce sans transition là. Ça a été vraiment intense! Et puis du coup, il y avait la soeur, un ou deux ans de plus, qui elle était restée très... pas traditionnelle dans le sens famille musulmane, mais très comme au pays là. Il n'y avait aucune extravagance au niveau vestimentaire de son côté, la coiffure était restée la même et tout. Et puis celle de [13-14] ans, était devenue une jeune nord-américaine maquillée, qui voulait sortir, qui revendiquant plein de choses. [...] elle nous disait: faut pas s'inquiéter. Il n'y a pas de quoi s'inquiéter. Ses parents s'inquiètent trop. Au grand dam de ceux-ci d'ailleurs [informateur clinicien, mai 2013]. »

Ainsi, même l'individualité forte que véhicule cette adolescente peut causer, selon ce même répondant, des problèmes de compréhension lorsqu'elle s'appuie sur d'autres valeurs que celles véhiculées par la famille dans son processus d'autonomisation accentué par son rapport à la société d'accueil, réalisant avec intensité ces profils de sociabilité

pluriels. Lorsque, pour échapper à de telles angoisses ou malaises, le résultat en est d'un comportement, pour reprendre l'exemple précédemment cité, hyperadapté au pays d'accueil - où tout ou presque, semble apparemment abandonné les références (imaginées) du pays d'origine, ou du moins provisoirement, leur point de rencontre -, au remous de l'adolescence, les réactions qu'elles viennent susciter peuvent être alors réduites à entrechoquer des points de vue contradictoire. Points de vue qu'il convient d'ailleurs, pour cette informatrice clinicienne, de faire émerger à la consultation:

« [...] Je pense que les jeunes migrants, ça ça reviens beaucoup là à la consultation, c'est comme... cette difficulté ou cette culpabilité d'exprimer à leurs parents qu'ils ont ce désir de découvrir de nouvelles choses, d'apprendre d'autre façon de voir... qu'ils ont peut-être intégré à leur insu à travers l'école, les professeurs, les amis rencontrés. Ils ont peut-être intégré d'autres perceptions, pis d'autres façons de penser. Mais ça, y a beaucoup de craintes autour de ça. Ils se sentent parfois coupable d'avoir peut-être d'autres désirs, de penser différemment que leur culture... de penser différemment que leur parent. Et c'est beaucoup caché ça. Ils portent quelque chose en dessous qu'ils ne nous disent pas nécessairement et ça donne lieu à beaucoup de souffrances finalement. Peut-être parfois une dualité identitaire, comme... une double personnalité. À l'école, c'est une jeune qui s'exprime, qui parle, et puis à la maison, c'est tout l'opposé [informateur clinicien, juin 2013]. »

Exprimés comme une somme de « drames solidaires » reliés les uns les autres, si la déception quant à l'éventuelle possibilité de faire émerger, au fil de la séance, le renforcement du lien thérapeutique qui unit Zafir à sa famille, il aura fallu, avec l'aide des partis intéressés, essayer, me dit cette informatrice clinicienne, de redéfinir de manière plus aiguë le sentiment de ces contradictions inédites ou mi-dites entourant les différentes « scènes » sur lesquels se communiquent et se traduisent les souffrances de chacun, ayant leur propre créneau d'action et d'expression qui se manifeste différemment selon le partage des représentations et des émotions en jeu et leur degré inégal de dévoilement et d'interchangeabilité: « [...] Je pense que c'est une souffrance qui est partagée. Je pense que c'est une souffrance qui peut être ignorée aussi. Je pense que c'est une souffrance qui peut être déniée. Il peut y avoir du déni de la part des parents à reconnaître la souffrance du jeune. Il peut y avoir un déni de la part du jeune à reconnaître qu'il est plus dans les normes sociales et familiales, que son comportement n'est pas en lien avec les règles parentales ni les liens culturels. Je pense que

c'est vraiment de par et d'autre. Mais c'est sûr que quand on est jeune, on est toujours démuni face au monde extérieur [informatrice clinicienne, mai 2013]. »

Loin de confirmer cette figure de l'anomie en proposant ainsi une démultiplication des lieux d'écoute, constatera-t-on le plus souvent chez ces adolescences, par un biais ou un autre, leur inscription dans un univers social où le marquage symbolique est particulièrement puissant, rencontrant régulièrement et toujours singulièrement le destin collectif de ceux qui peinent à trouver une position sociale acceptable, et surtout conforme à l'idéal (parfois imaginaire) qui lui est fixé, la contrainte et les attentes sociales qu'il promet. Influences d'autant plus évidentes, dans le cas de Zafir, qu'il les conflictualisent, les mets en scène et leur donnent corps à un moment précis de son histoire entre son besoin d'autonomie et son incapacité à l'assumer, lui offrant ainsi l'argument d'une nouvelle sociogenèse; il préfère en dévoiler les limites et les traverser. Il s'agit moins d'un conflit de générations dans lequel jeunes et adultes s'opposeraient sur des systèmes culturels et normatifs établis et codifiés, que de l'absence ou des silences mêmes devant ces malaises qui pose problème: les positions de l'équipe soignante reflètent d'ailleurs cette liminalité soutenant un clivage opérationnel à travers les similitudes et les différences de chaque sujet. Zafir semble ainsi s'appuyer sur son sentiment d'appartenances multiples (Meintel et Kahn, 2005; Meintel 2000; 1992) (accentuées par son contact avec l'équipe transculturelle) pour se vivre différencié des autres participants, là où ses identités sont sollicitées autrement, mais qui coexistent et peuvent être pensées également, selon les informateurs, en interaction dynamique.

Qu'elles soient ouvertement affirmées ou secrètement subversives, ses références angoissantes et inconfortables repérées chez les adolescents, débordées par des incohérences et des dissonances difficiles à gérer et à assumer, leur font anticiper donc des rôles sociaux nous renvoyant à ces processus de communication intersubjective rendus possible par les significations culturelles alimentées par ces différentes consciences de classes, d'accès au pouvoir, d'orientations et de bagages culturels débordant largement du discours des informateurs cliniciens sur ces jeunes dans la

plupart des interviews. Leurs propos sont en effet caractérisés par une forte sensibilité au thème de l'adolescence, dont l'ébranlement se manifeste notamment dans l'écart ressenti par les individus entre le « monde vécu » et le « système social et familial », favorisant les réactions de repli, de cynisme, et parfois même de violences manipulées par des émotions et des intérêts qui, souvent, les dépassent. D'aucuns ont toutefois suggéré que ce passage à vivre serait le nouveau visage de nos sociétés d'immigration, mais bien à partir duquel l'expérimentation de nouvelles solidarités, de façons de penser, de se représenter, est rendue possible. Il n'y a que des récits inachevés, élaborés au fur et à mesure de l'expérience de vie, sans cesse renouvelés, à l'issue non prédéterminée. Or, pour celles et ceux comme Zafir qui, dans la cacophonie des discours et des « bruits » constant produit des milliers de tentatives de chacun pour faire entendre leur voix, tant du côté de la famille que du côté de la société et des institutions en général, il ne reste que le silence ou le cri de rage. Loin d'être déconnectées les unes des autres, ce sont aussi, notent de leur côté Bibeau et Perreault (2007 : 135), les blessures mal cicatrisées dont sont porteurs les familles et les groupes ethniques auxquels appartiennent ces jeunes que les intervenants doivent, d'une certaine façon, prendre en charge.

### 7.3 Conclusion

Recueillis dans le cadre d'une situation d'expertise, on peut évidemment suivre plusieurs fils d'Ariane pour circuler dans l'échafaud de ces trois vignettes contrastées, comme parties d'un processus où tous les fragments concourent à l'élaboration d'un cadre thérapeutique, d'une structure accueillant les traces de la réappropriation d'une subjectivité, enchâssée dans quelque chose qui le dépasse et le précède, c'est-à-dire « [...] une structure de valeurs, de normes, une manière de penser, un mode d'appréhension du monde qui orientent partiellement la conduite de ses divers acteurs » (Enriquez, 1992: 35). C'est la clinique donc, ce lieu particulier où ils ont été dévoilés, qui m'a servi de point de départ à la lecture des différentes scènes sociales sur lesquels le mal-être de ces adolescentes et adolescents aura été communiqué et traduit, à même d'orienter ces jeux d'appartenances multiples (Mélyssa), de marginalités et de vulnérabilités sociales et

systemiques (Huan) et de temporalités suspendues ou encore imaginées (Zafir) perçus comme à l'origine d'une rupture ou d'un naufrage psychologique établissant, la plupart du temps, des passerelles analogiques entre la détresse émotionnelle de leurs parents. Mais tous ces récits rapportés ici ont en commun qu'ils manifestent également l'appropriation par les sujets d'une « rencontre clinique » - et sans doute n'est elle pas la seule - où le souci de l'expertise, la finalité du processus d'orientation laissant le pas à ce que l'on pourrait presque qualifier de « débriefing ». Cela explique sans doute la fascination souvent ressentie face à leur mise en scène dans ce lieu de l'interface et du dialogique, où tout discours disciplinaire m'ont semblé rencontrer leurs limites intrinsèques en se tournant vers l'« Autre » pour chercher à donner forme à ce qui aura pris place à ses bords et continuer à se penser, à se dire, à interagir, limitant parfois (implicitement) les possibilités de formuler et de donner une voix à ces expériences en encourageant des stratégies d'individuation extrêmement fournies, personnalisant leurs propres normes d'actions en dépit de lignes de friction qui structurent conjointement leur négociation. Il peut être intéressant à cet égard d'envisager, à la suite des commentaires recueillis, que ces adolescences empruntent ces trajets et ces tensions à leurs rythmes, ayant aussi des effets particuliers *sur* les générations, se posant d'ailleurs pour les thérapeutes et les intervenants rencontrés comme des instruments des plus flexibles à leur thérapeutique dans la mise en route d'une métamorphose sur laquelle se construit simultanément les anciennes appartenances abimées ou en pleine dérive et les nouvelles alliances à faire et à corroborer.

## Conclusion

Ce mémoire de maîtrise s'est déployé en différentes étapes, dont j'ai tenté d'articuler de sorte à faire ressortir une certaine cohérence et une continuité dans la réflexion et le processus ayant mené à son élaboration. La tendance aura été de traiter les pratiques cliniques comme fondamentalement sociales, aptes à des analyses symboliques et collectives, tandis que pour interpréter les histoires qui m'ont été confiées, il aura fallu également mettre en scène les caractéristiques et les particularités des parcours de vie, la place des expériences personnelles et familiales, et bien entendu des résonances intimes qui ont accompagné la traduction des phénomènes pris dans les réseaux de relations sociales qui les concernent par le biais de l'intersubjectivité. Ces histoires cliniques, aussi contrastées et singulières les unes que les autres, m'ont servi à cet égard à discuter et à nuancer ces « épaisseurs de sens » (Geertz, 1973) sur lesquelles ont été communiquées et traduites, sur un arrière fond pluriel et multiple, les problématiques de ces adolescentes et adolescents migrants.

Les discours recueillis soulignent à cet égard l'existence de modèles explicatifs souvent complexes et variés au sein desquels les explications biomédicales, psychocomportementales et culturalistes ont évidemment leur place, mais non l'unique. Bien sûr, il ne faut pas pour autant oublier que les souffrances psychiques de l'exil par exemple, tout comme les réseaux et les idiomes explicatifs de la souffrance (et les contradictions qu'ils génèrent), peuvent expliquer la manière dont le patient (et son entourage) perçoit et gère sa maladie, et qu'ils peuvent même oblitérer partiellement le traitement réservé à celle-ci. Bien sûr, le malade étranger ne peut non plus être cet étrange malade dont la culture d'origine expliquerait toutes les affections et afflictions, en particulier au niveau de la *psyché*, au point de n'avoir besoin d'aucune autre définition que leur propre affirmation, et que personne ne chercherait non plus à nier ou à contredire. C'est d'ailleurs cet aspect de la contrainte sociale que la clinique révèle quotidiennement indépendamment de l'éventuelle pathologie de chaque sujet, articulant les paradigmes de l'intégration, de l'aliénation, du contrat et du conflit. La question de son rejet systématique

me semble donc arbitraire, que l'on utilise ou prétende utiliser des éléments d'un passé historique, réel ou imaginaire. Car tous ces « phénomènes du souffrir » nous disait Paul Ricoeur (1994), distinguant des intérêts spécifiques dont j'ai parlé plus tôt - différences de classes sociales, d'accès au pouvoir, d'orientations et de bagages culturels -, prennent eux aussi appui sur des exercices d'ingénierie sociale - impliquant des conditionnements structurels *et* une capacité d'action -, qui sont plus ou moins délibérés et toujours innovants, ne serait-ce parce qu'ils affectent, modulent et organisent, à différents niveaux et à différents degrés, la manière avec laquelle la souffrance est vécue, communiquée et traduite, en contexte clinique comme ailleurs. Ils sont en effet facilement modifiés, abandonnés ou encore négociés pour s'accorder à des besoins et des fonctions pratiques qui, elles aussi, changent et évoluent, en tenant toujours compte de l'inertie que toute pratique sociale acquiert avec le temps ainsi que de la résistance émotionnelle à toute innovation des personnes (ou des groupes) qui lui sont attachées.

La relation thérapeutique, avec l'ensemble des dimensions qui lui sont afférentes en termes d'actions et de communications sur le corps-malade (évaluations, diagnostics, décisions thérapeutiques, traitements, orientations, exécutions des soins, etc.), que ce soit entre des médecins et des patients ou, plus largement, entre professionnels de la santé et usagers, n'échappe pas non plus à la règle. Si certains de ces phénomènes dépassent le psychiatre, le psychologue, l'infirmière, l'intervenant psychosocial, etc., interroger ses propres limites entre le texte public et le texte privé pour analyser l'expérience des uns et des autres, poser la question de l'autonomie, de la responsabilisation, de la marge d'action, aux contraintes qui pèsent sur les choix et les possibilités de les réaliser - qui sont autant de résultats d'incorporation des inégalités et des luttes de classes devant la santé, la maladie et la guérison -, c'est aussi et encore poser cette question de la reconnaissance de champs de pouvoir contribuant à donner à ces intimités publiques l'aire trouble de l'impuissance en forçant cette idée si chère à Michel Foucault de la conversion tacite du corps social dans les corps physiques. Cet horizon multidimensionnel s'ajoutant au corps biologique n'est pas sans évoquer la conjoncture complexe d'éléments individuels (expérience intersubjective de la personne), sociaux (incorporations des

représentations et des valeurs collectives) et idéologiques (intériorisation du pouvoir et du contrôle) qui y concourent et mettent constamment au défi les mécanismes foucauldien de gestion du soi corporel nous disent Nancy Scheper-Hugues et Margaret Lock (1987), et ce qui peut surgir d'une mise en tension dynamique: Quelle sorte de corps la société désire-t-elle? De quel corps a-t-elle besoin? Comment ce corps peut-il se distinguer de l'Autre? Comment peut-il être, enfin, un outil, un instrument de reconnaissance et d'établissement de solidarités sans taire la communication et la résistance que peuvent représenter les symptômes psychopathologiques face au *statu quo* normatif et relationnel dans lequel le malaise est vécu, exprimé et traduit? En d'autres termes, au carrefour avec la pensée de M. Foucault, j'estime que le corps-malade est aussi ce support premier et fondamental des messages et des tensions sociales et culturelles largement diffusées à notre insu et qui influencent les différents acteurs du projet thérapeutique. Il importe donc de noter, à mon avis, cet effet de boucle qui propulse potentiellement des voix discordantes et des vulnérabilités dans l'invisibilité, nous soustrayant, de ce fait, à la nécessité d'entrer *en relation* avec elles nous dit Guillaume Leblanc (2007), gage de la violence et de l' (in)visibilité du soi dans l'espace social, et surtout du maintien de ses qualités telles qu'elles sont profilées dans la quotidienneté.

À la lumière des propos recueillis auprès des informateurs, le défi semble aussi celui d'opérer et à arpenter ce passage qui correspond au réseau social et structurel de la personne, de l'interpersonnel et du collectif, où des noeuds et des malaises intriqués aux matrices institutionnelles encadrent la complexité de ces rapports et bloquent parfois la chaîne ou entravent la trame de son monde familial. Ces assemblages mettront parfois en jeu le noyau dur de l'existence sociale et normative du sujet sous l'impulsion des changements socioculturels renforcés avec le contact des formes de vie étrangères, avec ces possibilités de déchirures et de torsions, de continuités et d'hybridations dans la série récurrente des motifs complexes des créolisations en jeu (Bibeau, 1997) au travers des trajectoires de vie plutôt fluides, fragmentaires, souvent recomposées de ces familles immigrantes, sans pour autant nécessairement créer incohérence, ambiguïté ou désordre.

À cet égard, les parcours et les récits thérapeutiques explorés au chapitre précédent m'ont semblé éloquent: adolescents, professionnels de la santé et familles sont ici engagés *ensemble*, à la manière, peut-être, de personnages de théâtre<sup>124</sup> partageant et occupant un lieu et un « drame social ritualisé » particulier au sens métaphorique de l'anthropologue Victor Turner (1982) - plutôt que de les projeter dans une histoire traumatique passée ou dans les seules séquelles que le psychisme ou le corps ont inscrites en eux et qu'ils se limiteraient à restituer dans le seul langage de l'intimité -, dans la recherche d'une sortie face à l'emprisonnement ou au sur-place, dans la co-construction de « points d'ancrage » m'a-t-on maintes fois exprimé par rapport à ces adolescences, maintenues paradoxalement dans cet espace liminaire entre les objets-représentations et le langage du corps, entre les traumatismes et violences passés et présentes et les traces que leurs (ré)inventions portent encore en elles, entre le symptôme et le terrain qui le nourrit. Ces phénomènes prennent d'ailleurs souvent, précise Gilles Bibeau dans la préface du livre du Dr Jean-Charles Crombez *La Guérison en Écho* (2002), le corps-malade comme « théâtre », comme lieu de mise en scène de la souffrance qui « s'écrit dans une syntaxe existentielle qui combine de l'événementiel, du corporel et de l'imaginaire ». En se plaçant sur cette trame, dans cet entre-deux, les auteurs du projet de guérison sont alors mis en position de « jouer » davantage, il me semble, *sur* ces différences, de susciter des écarts et des rapprochements, d'établir des liaisons entre différents moments et temporalités de l'existence, de générations, entre diverses orientations, bagages et états de corps qui se définissent à la fois par une histoire singulière (l'histoire personnelle et familiale qui a modelé la personne malade) et par une structure (la cristallisation et l'articulation de la souffrance dans une pathologie, un malaise ou un mal-être). Tout cela au rendez-vous du corps de ces adolescentes et adolescents qui m'ont été décrits et dévoilés dans toute leur complexité au travers d'une grammaire où la métaphore et la métonymie m'ont semblé dominer à l'occasion de la maladie et de ses suites, et qui nous offrent à voir l'ampleur des contradictions et des

---

<sup>124</sup> Si utilise ici le qualificatif « théâtral », ce n'est pas pour mettre en doute leur authenticité vécue, mais bien pour insister sur le caractère conventionnel dans ses formes partiellement définies par le rituel clinique (utilisation d'un langage spécialisé, d'objets à caractère sacré) produisant lui aussi un effet symbolique, mais encore de la façon dont on y voit également intervenir un lot de personnalités (imaginaires) aux traits donnés, que le clinicien et le patient représentent de manière objective.

luttres de sens qu'ils sont parfois amener à incarner et à médiatiser, venant mettre à jour des problématiques inhérentes à leurs histoires de vie. Témoins privilégiés, ces adolescences trouveraient, au travers des multiples écoutants qu'ils rencontrent, les porte-paroles de leur condition, dont l'essentiel n'est d'ailleurs pas seulement le contenu de ce qui s'écoute et se révèle, mais aussi la contrainte de l'énonciation et du silence devant l'Autre qui s'impose à tous et qui transpose dans le seul registre du symbolique la diversité des conflictualités sociales, véritables points d'entrecroisement entre des mouvements intimes et des mouvements sociaux.

Ces propositions, je le réitère, sont faites à titre provisoire sans aucune intention de donner quelques leçons que ce soit aux thérapeutes et aux intervenants engagés dans la pratique clinique ethnopsychiatrique et l'intervention en santé mentale. Mon seul but aura été de lancer une discussion, dans le milieu anthropologique et clinique, autour de ce qui m'a semblé participer à la fois de l'hybridation et du brouillage au sein de la rencontre clinique, débouchant parfois sur une sorte d'errance plus ou moins imposée, de *no man's land*, reflétant ce qui s'impose au travers des silences devant les processus de socialisation des individualités, éclairant du dessous cette tache aveugle du bricolage infrapolitique et/ou institutionnel devant les réactions suscitées, de par et d'autre. On ne serait en ce sens nier ou encore affranchir des paradoxes et des résistances de celles et ceux qui sont, à l'instar de l'analyse de Michael Herzfeld (1997; 1992), comme plusieurs des professionnels médico-sociaux engagés différemment au sein des pouvoirs et des structures institutionnelles et bureaucratiques, à performer des stratégies singulières, intimement négociées, face aux idiomes officiels sur lesquels s'appuient leur autorité médicale et/ou sociale. Au-delà de l'originalité qu'elle présente et des champs d'investigations qu'elle dévoile, suivre cette voie d'analyse des relations soignants-soignés à partir du discours des thérapeutes et des intervenants en santé mentale pourrait notamment amener à concevoir de manière différente ces relations et leurs mécanismes de partages polyphoniques qui mettraient plutôt en exergue ces tensions et ces rapports analogiques et phénoménologiques que toute science médicale, aussi pointue soit-elle, ne saurait complètement annihiler. Dans une telle perspective, des recherches comparatives

France-Québec, notamment en contexte ethnopsychiatrique, gagneraient à être menées afin de mettre en évidence l'impact des facteurs politiques, sociaux et culturels sur cette question.

## BIBLIOGRAPHIE

ABU-LUGHOD, Lila. 1990. « The romance of resistance: tracing transformations of power through bedouin women, *American Ethnologist* 17: 41-55.

ABU-LUGHOD, Lila et Catherine LUTZ. 1990. « Introduction : emotion, discourse and the politics of everyday life »: 1-23, dans L. Abu-Lughod et C. Lutz (dir.), *Language and the Politics of Emotion: studies in emotions and social interaction*, Cambridge University Press.

ANGELLI, C. 2003. « The interpersonal role of the interpreter in cross-cultural communication » : 15-16, dans L. Brunette, G. Bastien, I. Memlin et H. Clarke (dir.) *The Critical Link 3. Interpreters in the Community*, Amsterdam, Philadelphia, John Benjamins.

APPADURAI, Arjun. 1996. *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*, University of Minnesota Press.

AULAGNIER, P. 1976. *La violence de l'interprétation*, Paris, Les Presses universitaires de France.

AUGÉ, Marc. 1986. « l'Anthropologie de la maladie », *l'Homme* 26 (97-98) : 81-90.

--- 1984. « Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement » : 35-91, dans M. Augé M. et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

BAILLON, Guy. *Les usagers au secours de la psychiatrie : la parole retrouvée*, Paris, Éditions Érès.

BAJOIT, Guy. 1992. *Pour une sociologie relationnelle*, Paris, Les Presses universitaires de France.

BARRETT, Robert. 1998. *La construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Institut Synthélabo.

BARTH, Frederik. 1969. « Introduction » : 9-38, dans F. Barth (dir.) *Ethnic Groups and Boundaries: The Social Organization for Cultural Difference*, London: George Allen et Unwin.

BASTIDE, Roger. 1965. *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.

BASZANGER, Isabelle. 1983. « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du Travail* 3(83) : 275-294.

BARTHES, Roland. 1970. *S/Z*, Paris, Seuil.

BECKER, Howard S. 1985. *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

BEISER, Morton. 2005. « The Health of Immigrant and Refugee in Canada », *Canadian Journal of Public Health* 96 (2) : S30-S45.

BEISER, M. HOU, F. HYMAN, I. TOUSIGNANT, M. 1998. *Études des nouveaux enfants immigrants qui grandissent en tant que Canadiens (W-98-24-F)*, Ottawa, HRDC-DRHC.

BELKACEM, Lila. 2013. « Jeunes descendants d'immigrants ouest-africains en consultations ethnocliniques : migrations en héritage et mémoires des « origines », *Revue Européenne des Migrations Internationales* 29 (1) : 69-89.

BENOIST, Jean (dir.). 1996. *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.

BENSLAMA, Fethi. 1999. « Épreuves de l'étranger » : 54-76, dans Ménéchal J. (dir.) *Le Risque de l'étranger. Soin psychique et politique*, Paris, Dunod.

---1996. « L'illusion ethnopsychiatrique », *Le Monde*, 4 décembre 1996.

BERNARD, Léonel et Christopher McALL. 2004. « La surreprésentation des jeunes Haïtiens dans le système québécois de protection de la jeunesse », *Intervention* 120 (juillet 2004) : 117-124.

BERTOT, J. et A. MEKKI-BERRADA. 1999. *Des services aux demandeurs d'asile : pourquoi? Ce qu'en disent les intervenants d'organismes communautaires du Grand Montréal*, Rapport de recherche, Table de concertation des organismes de Montréal au service des réfugiés, Montréal, Canada.

BIBEAU, Gilles. 2006. « Les Églises noires de Montréal : une voie vers la citoyenneté? », *Anthropologie et Sociétés* 30 (1) : 202-211.

--- 2005. « Le « Capital Social » : les vicissitudes d'un concept », *Ruptures. Revue Transdisciplinaire en Santé* 10 (2) : 134-168.

--- 2004. « Une Anthropologie de l'enfant : Cadre pour une Pédiatrie Interculturelle » : 107-137, dans De Plaen, S. (dir.) *Soins aux Enfants et Pluralisme Culturel*, Montréal : Édition de l'Hôpital Sainte-Justine.

---2003. « Religions et identités. Propositions pour imaginer une « clinique interculturelle de l'étranger », *Association pour la recherche interculturelle*, bulletin no 39 : 49-78.

--- 2002. « Théâtraliser la clinique » : 7- 16, dans Jean-Charles Crombez, *La guérison en écho*, La Penne sur Huveaune, Éditions Quintessence.

---2000. « Vers une éthique créole ». *Anthropologie et Société* 24(2) : 129-148.

---1999. « Une troisième voie en santé publique », *Ruptures- Revue Transdisciplinaire en Santé* 6 (2) : 209-236.

--- 1997. « Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda », *Transcultural Psychiatry* 34(1) : 9-41.

--- 1987. « Repères pour une approche anthropologique en psychiatrie » : 7-13, dans E. Corin, S. Lamarre, P. Migneault et M. Tousignant (dir.) *Regards Anthropologiques en Psychiatrie*, Laval, GIRAME.

BIBEAU, Gilles et Ellen CORIN. 1995a. « Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique : les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale » : 105-148, dans F. Trudel, P. Charest et Y. Breton (dir), *La Construction de l'Anthropologie Québécoise : Mélanges offerts à Marc Adélarde Tremblay*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

--- 1995b. *Beyond Textuality: Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*, Berlin/New York, Mouton de Gruyter.

BIBEAU, Gilles et Marc PERREAULT. 2007. « Les gangs chez les jeunes néo-québécois : des espaces de vie pour quoi faire? » : 117-140, dans S. Fortin (dir.) *Adolescence en contexte urbain et cosmopolite: Regards anthropologiques et implications cliniques*, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine.

BIBEAU, Gilles et Sylvie FORTIN. 2008. « Inégalités et souffrance sociales : une approche anthropologique », dans Frohlich et coll. (dir.) *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

BISCHOFF, A. et P. HUDELSON. 2009. « Communicating with foreign language-speaking patients: is access to professional interpreters enough? », *Journal of Travel Medicine* 17(1) : 15-20.

- BLAIS, Louise. 2008. « Souffrance sociale, parole publique, espace politique » : 15-36, dans L. Blais (dir.) *Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- 2004. « Construire l'Autre... comme semblable » : 105-126, dans F. Saillant, M. Clément et C. Gaucher (dir.) *Identités, Vulnérabilités, Communautés*, Québec, Nota Bene.
- BLOCH, Maurice. 1995. « Mémoire autobiographique et mémoire historique du passé éloigné », *Enquête 2* : 60-76.
- BOUCHARD, J.M., PELCHAT, D. et P. BOUDREAU. 1996. « Les relations parents et intervenants : perspectives théoriques », *Apprentissage et Socialisation 17* (1-2) : 21-34.
- BOUJUT, Stéphanie. 2005. « Le travail social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle », *Déviance et Société 2005 2* (29) : 141-153.
- BOUSSAT, Stéphane et Michel BOUSSAT. 2002. « De la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières : à propos de Henri Collomb (1913-1979), *l'Autre 3*(3) : 409-424.
- BOURDIEU, Pierre. 1994. *Raisons pratiques. Sur la Théorie de l'Action*. Paris, Seuil.
- 1993. *La Misère du Monde*, Paris, Seuil.
- 1992. « Habitus, illusio et rationalité » : 91-115, dans P. Bourdieu et L. Wacquant, *Réponses*, Paris, Seuil.
- 1984. « Espace social et genèse des classes », *Actes de la Recherche en Science Sociale 52/53* : 3-12.
- 1982. « Le rite comme actes d'institution », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales 43* : 58-63.
- 1980. « L'identité et la représentation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales 35* : 69-83.
1972. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris, Seuil/Points.
- BRENNEIS, Donald. 1999. « New lexicon, old language: negotiation the "Global" at the National Science Foundation » : 123-146, dans G. Marcus (eds), *Critical*

*Anthropology Now: Unexpected Contexts, Shifting Constituencies, Changing Agendas*, School of American Research Press.

BUTLER, Judith. 1993. *Bodies that matters: On the discursive limits of "sex"*. New York and London: Routledge.

CHAN, S. ELLIOT, J-M. CHOW, Y. et J.I. THOMAS. 2002. « Does professional and public opinion in child abuse differ? An issue of cross-cultural policy implementation, *Child Abuse Review* 11: 359-379.

CHIASSEON-LAVOIE, M. et coll. 1992. *L'approche interculturelle auprès de réfugiés et de nouveaux immigrants*. Montréal : Service aux Migrants et Immigrants.

CANGUILHEM, Georges. 1966. *Le Normal et le Pathologique*, Paris, Les Presses universitaires de France.

CARLE, Marie-Ève. 2013. « Logiques divergentes et confrontations des savoirs : quelle place pour la rationalité des patients? (note de recherche) », *Anthropologie et Sociétés* 37 (3) : 139-156.

CASTEL, Robert. 1995a. *Les Métamorphoses de la Question Sociale*, Paris, Fayard.

--- 1995b. « Les pièges de l'exclusion », *Lien Social et Politiques* 34 : 13-21.

--- 1992. « De l'exclusion comme état à la vulnérabilité comme processus » : 135-148, dans J. Affichard et J.B. Foucauld (dir.) *Justice sociale et inégalités*, Paris, Éditions Esprit et Le Seuil.

---1980 *La Gestion du Risque : de l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris, Minuit.

CASTORIADIS, Cornelius. 1975. *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil.

CAVELL, Stanley. 1997. « Comments on Veena Das's Essay "Language and body: Transactions in the Construction of Pain » : 93-98, dans A. Kleinman, V. Das et M. Lock (dir.) *Social Suffering*, Berkeley : University of California Press.

CHAMBERLAND, Claire. 1998. « L'approche milieu dans les Centres jeunesse de Montréal : vers une nouvelle culture de l'intervention », *Revue professionnelle « Défi Jeunesse »* 4 (3) : 2-6.

COGNET, Marguerite. 2013. « Le conflit : un élément dynamique des situations cliniques interethniques », *Anthropologie et Sociétés* 37(3) : 201-213.

--- 2007. « Au nom de la culture : le recours à la culture dans la santé » : 39-63, dans M. Cagnet et C. Montgomery (dir.) *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

--- 2004. « La vulnérabilité des immigrants : analyse d'une construction sociale » : 155-188, dans F. Saillant, M. Clément et C. Gaucher (dir.) *Vulnérabilités, Identités, Communautés*, Québec, Éditions Nota Bene.

--- 1999. *Migrations, groupes d'origines et trajectoires : vers une ethnicisation des rapports socioprofessionnels?*, Villeneuve d'ASCQ, Les Presses universitaires du Septentrion, Lille 1.

COGNET, Marguerite et Sylvie FORTIN. 2003. « Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé », *Lien Social et Politiques* 49 : 155-172.

COHEN, ÉMÉRIQUE, Margalit. 1993. « L'approche interculturelle dans le processus d'aide », *Santé Mentale au Québec* 18 (1) : 71-91.

COLLIGNON, René. 2002. « Pour une histoire de la psychiatrie coloniale française à partir de l'exemple du Sénégal. *l'Autre* 3(3) : 455-480.

--- 1995. « Contribution à la psychiatrie coloniale et à la psychiatrie comparée dans les *Annales médico-psychologiques*. Essai de bibliographie annotée », *Psychopathologie Africaine* XXVII (2-3) : 265-326.

CORIN, Ellen. 1986. « Centralité des marges et dynamique des centres », *Anthropologie et Sociétés* 10 (2) : 1-21.

--- 1990. « Facts and meaning in Psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics », *Culture, Medicine and Psychiatry* 14: 153-188.

--- 1993. « Présentation. Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie. *Anthropologie et Société* 17 (1-2) : 5-20.

--- 1994. « The social and cultural matrix of health and disease » :93-132, dans R.G. Evans, M.L. Barer et T.R. Marmor (eds), *Why are some people healthy and others not? The Determinants of health of Populations*, NY: Adline de Gruyter.

--- 1996. « Dérives des références et bricolages identitaires dans un contexte de postmodernité » : 254-269, dans M. Elbaz, A. Fortin et G. Laforest (dir.) *Les Frontières de l'Identité. Modernité et Postmodernité au Québec*, Québec, Les Presses de l'Université Laval et Paris, l'Harmattan.

--- 1997. « Playing with limits: Tobie Nathan's evolving paradigm in ethnopsychiatry », *Transcultural Psychiatry* 34(4) : 345-358.

--- 1998. « Le rapport à l'Autre » : 11-58, dans S. Harel (dir.) *Résonnances. Dialogues avec la Psychanalyse*. Montréal, Liber.

--- 2010. « Présentation. Le heurt des langues : psychanalyse et anthropologie et dialogue », *Anthropologie et Société* 34(3) : 9-22.

CORIN, Ellen et Gilles Lauzon. 1986. « Les évidences en questions », *Santé Mentale au Québec* 11(1) : 42-58.

CORIN, E. RODRIGUEZ DEL BARRIO L. et L. GUAY. 2008. « Entre les mots. Plis et défauts du sens de la psychose » : 53-83, dans L. Blais (dir.) *Vivre à la Marge : Réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

CORIN, Ellen, Gilles BIBEAU et Elizabeth UCHÔA. 1993. « Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiatriques chez les bambaras, Soninkés et Bwa du Mali », *Anthropologie et Sociétés* 17 (1-2) : 125-156.

CORIN, E. UCHOA, E. G. BIBEAU et B. KOUMARE. 1992. « Articulations et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions », *Psychopathologie Africaine* XXIV 2 : 183-204.

CRENN, Chantal. 2000a. « Une consultation pour les migrants à l'hôpital », *Hommes et Migrations* 1225 : 39-45.

--- 2000b. « La « culture », entre alibi et volonté thérapeutique. le traitement de la différence dans le choix des malades orientés vers une consultation pour migrants », *Face à Face* 2 : 2-7.

CSORDAS, T.J. 1994. *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge, Cambridge University Press.

--- 1990. « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *Ethos* 18 (1) : 5-47.

CUCHE, Denys. 2009. « L'homme marginal » : une tradition conceptuelle à revisiter pour penser l'individu en diaspora », *Revue Européenne des Migrations Internationales* 25 (3) : 13-31.

--- 2001. *La notion de culture dans les sciences sociales*, Paris, La Découverte.

DANDURAND, Renée B. 2001. « Familles et services sociaux : quelles limites aux interventions? », *Service social* 48 (1) : 1-15.

- DAS, Veena et Arthur KLEINMAN. 2000. « Introduction » : 1-18, dans DAS V., A. Kleinman, P. Ramphele et P. Reynolds (dir.) *Violence and Subjectivity*, Berkeley, University of California Press.
- DAS, Veena. 1997. « Language and the Body: Transactions in the construction of pain »: 67-92, dans A. Kleinman, V. Das et M. Lock, *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press.
- DAS V., A. KLEINMAN, M. LOCK, M. RAMPHELE et P. REYNOLDS. 2001. *Remaking a World. Violence, Social Suffering and Recovery*, Berkeley, University of California Press.
- DE GAULEJAC, Vincent. 1999. *L'histoire en héritage*, Paris, Desclée de Brouwer.
- 2007. « L'impératif généalogique », *Enfances, Familles, Générations*, no 7 (automne 2007).
- DE GAULEJAC, Vincent et Isabelle TABOADA-LEONETTI. 1993. *La Lutte des Places*. Paris, Desclée de Brouwer.
- DE KETELE, J-M. 1987. *Méthodologie de l'observation*, Bruxelles, De Boeck University.
- DE PLAEN, Sylvaine. 2010. « Le voyage de la langue dans l'espace clinique : vers une psychiatrie culturellement sensible (note de recherche), *Anthropologie et Sociétés* 34(3) : 137-146.
- 2006. « Travailler avec les jeunes issus de l'immigration : vers une pratique pédopsychiatrique culturellement sensible », *Santé Mentale au Québec* 31 (2) : 123-134.
- 2004. « La culture en pratique psychiatrique : réflexions à partir de situations cliniques » : 31-43, dans S. De Plaen (dir.) *Soins aux Enfants et Pluralisme Culturel*, Montréal, les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- DE PLAEN, S. ALAIN, N. ROUSSEAU, C. CHIASSON, M. LYNCH, A. ELEJALDE, A. et M. SASSINE. 2005. « Mieux travailleur en situations cliniques complexes : l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels », *Santé Mentale au Québec* 30 (2) : 281-299.
- DERRIDA, Jacques. 1967. *La Voix et le Phénomène*, Paris, Les Presses universitaires de France.

DE RUDDER, Véronique. 1999. « Identité, origine et étiquetage », *Journal des Anthropologues* 72/73 : 31-47.

--- 1994. « Intégration », *Pluriel - Recherches. Vocabulaire historique et critique des relations inter-ethniques* 3 : 25-27.

DE RUDDER, Véronique, Christian POIRET et François VOURC'H. 2000. *L'inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve*, Paris, Presses Universitaires de France.

DESCLAUX, Alice. 1996. « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant », dans J. Benoist (dir.), *Soigner au Pluriel*, Paris, Karthala.

DEVEREUX, Georges. 1972. *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Gallimard.

--- 1970. *Essais d'Ethnopsychiatrie Générale*, Paris, Gallimard.

DICKENS, David R. et Andrea FONTANA. 1994. *Postmodernism and Social Inquiry*. New York, The Guilford Press.

DORNER, L. FAULSTICH-ORELLANA M. et R. JIMÉNEZ. 2008. « It's one of those things that you do to help the family: language brokering and the development of immigrant adolescents », *Journal of Adolescent Research* 23 (5) : 515-543.

DOZON, Jean-Pierre et Didier FASSIN (dir). 2001. *Critique de la Santé Publique. Une Approche Anthropologique*. Paris, Balland.

DRESSLER, William W. 2001. « Medical anthropology: Toward a third moment in social science? », *Medical Anthropology Quarterly* 15(4) : 455-465.

DREYFUS, Hubert et Paul RABINOW. 1984. *Michel Foucault : un parcours philosophique. Au-delà d'objectivité et de la subjectivité*, Paris, Gallimard.

EHRENBERG, Alain. 1998. *La Fatigue d'être Soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.

EISENBERG, Leon. 1977. « Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness », *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 9-23.

ENRIQUEZ, Eugène. 1992. *L'organisation en analyse*, Paris, Les Presses universitaires de France.

FABIAN, Johannes. 2001. *Anthropology with an Attitude: Critical essays*. Stanford, Stanford University Press.

FABREGA, Horacio. 1974. *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*, Cambridge, M.I.T. Press.

FAINZANG, Sylvie. 2013. « Champs-contrechamp : la relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles formes », *Anthropologie et Sociétés* 37(3) : 83-97.

--- 2006. *La Relation Médecin-Malades : information et mensonge*. Paris, Les Presses universitaires de France.

--- 2005. « L'Anthropologie médicale en France » : 155-173, dans F. Saillant et S. Genest (dir.) *Anthropologie Médicale : Ancrages locaux, défis globaux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

--- 2002. « Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship », *Anthropology and Medicine* 9(2) : 117-133.

--- 2001. « Cohérence, raison et paradoxes. L'anthropologie de la maladie aux prises avec la question de la rationalité », *Ethnologies comparées* 3 : 1-13.

--- 1997. « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence dans les conduites des malades », *Sciences sociales et santé* 15 (3) : 5-23.

FARMER, Paul. 2003. *Pathologies of Power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley, University of California Press.

--- 2004. « An Anthropology of Structural Violence », *Current Anthropology* 45 (3) : 305-325.

--- 1997. « Social Scientists and the New Tuberculosis », *Social Science and Medicine* 44 (3) : 347-358.

--- 1992. *AIDS and Accusation: Haiti and Geography to Blame*. Berkeley, University of California Press.

FASSIN, Didier. 2008. « The embodied past. From paranoid style to politics of memory in South Africa », *Social Anthropology* 16 (3) : 312-328.

--- 2004a. « Et la souffrance devint sociale : de l'anthropologie médicale à une anthropologie des afflictions. *Critique* 1 (680-681) : 16-29.

--- 2004b. *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris, La Découverte.

- 2002. « La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion ». *Évolution Psychiatrique*, 67 (4) :676-689.
- 2000a. « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Société* 24(1) : 95-116.
- 2000b. « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes », *l'Homme* 153 : 231-250.
- 2000c : « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. », *Hommes et Migration* 1225 : 5-12.
- 1999. « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux : l'influence qui grandit », *Genèses. Sciences Sociales et Histories* 35 : 146-171.
- 1996. *L'espace politique de la santé*. Paris, Les Presses universitaires de France.
- 1992. *Pouvoir et Maladie en Afrique. Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar*, Paris, coll. Les Champs de la Santé, Les Presses universitaires de France.
- FASSIN Didier et Richard RECHTMAN. 2007. *L'Empire du Traumatisme. Enquêtes sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.
- FLEURY, Marie-Josée. 2002. « Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire », *Santé Mentale au Québec* 27(2) : 7-15.
- FLEURY, M.J. et Y. OUADAHI. 2002. « Stratégies d'intégration, régulation et moteur de l'implantation de changement », *Santé Mentale au Québec* 27(2) : 16-36.
- FLORES, G. 2005. « The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review », *Medical Care Research and Review* 62 : 255-299.
- FORTIN, Sylvie. 2013. « Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique : les pratiques cliniques en contexte pluraliste », *Anthropologie et Sociétés* 37(3) : 179-200.
- 2010. « Anthropology within the space of the clinic: identity, politics and methods » : 111-129, dans S. Fainzang, E. Hem et B. Risor (dir.) *The Taste for Knowledge: Medical Anthropology Facing Medical Realities*, Danemark, The University Press.

--- 2008. « The paediatric clinic as negotiated social space », *Anthropology and Medicine* 15(3) : 175-187.

--- 2004. « Enjeux et défis d'une pratique pédiatrique en contexte pluraliste : réflexions théoriques » : 87-106, dans Sylvaine de Plaen (dir), *Soins Aux Enfants et Pluralisme Culturel*, Montréal, Les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

FORTIN, Sylvie et Marie-Ève CARLE. 2007. « Santé et pluralisme. Vers un nécessaire repositionnement de la culture dans l'espace clinique », *Association pour la recherche interculturelle*, bulletin no 45 (décembre 2007) : 5-19.

FORTIN, Sylvie et Elisha LAPRISE. 2007. « L'espace clinique comme espace social » : 191-214, dans Marguerite Cognet et Catherine Montgomery (dir), *Éthique de l'Altérité. La Question de la Culture dans le Champs de la Santé et des Services Sociaux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

FORTIN, Sylvie et Josiane LE GALL. 2007. « Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques », *Enfances, Familles, Générations* 6 (printemps 2007) : 1-18.

FOUCAULT, Michel. 1977. « Vérité et Pouvoir », entretien avec A. Fontana, *l'Arc* (70) : 16-26.

--- 1976. *Histoire de la Sexualité. Tome 1 : La Volonté de Savoir*, Paris, Gallimard.

--- 1975. *Surveiller et Punir : Naissance de la Prison*, Paris, Gallimard.

--- 1972. *Histoire de la Folie à l'âge Classique*, Paris, Gallimard.

--- 1969. *L'Archéologie du Savoir*, Paris, Gallimard.

--- 1966. *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard.

--- 1963. *Naissance de la Clinique*, Paris, Les Presses universitaires de France.

FOX, Steven H. 2003. « The Mandinka nosological system in the context of post-trauma syndromes », *Transcultural Psychiatry* 40 (4) : 488-506.

FRANKENBERG, Ronald. 1988. « Gramsci, Marxism and the Phenomenology: essays for the development of critical medical anthropology », *Medical Anthropology Quarterly* 2 (4) : 324-459.

FREUD, Sigmund. 2011[1917]. *Deuil et mélancolie*, Paris, Payot et Rivages.

GAINES A.D. (dir.). 1992. *Ethnopsychiatry: The Cultural Construction of Professional and Folk Psychiatries*, New York, State University of New York Press.

GALLISOT, R. 1987. « Sous l'identité, le procès d'identification », *L'homme et la société* 83 : 12-27.

GEERTZ, Clifford. 1973. *The Interpretation of Culture: Selected Essays*, [chap. I] « Thick description: toward an interpretative theory of culture » : 3-30, New York, Basic Books

--- 1964. « Ideology as a cultural system », dans D. Apter (dir.) *Ideology and Discontent*, New York, Free Press.

GIDDENS, Anthony. 1979. *Central Problems in Social Theory: Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*, Berkeley, University of California Press.

--- 1991. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Stanford, California, Stanford University Press.

GILLOIRE, Augustin. 2000. « Les catégories d'« origine » et de « nationalité » dans les statistiques du Sida », *Hommes et Migrations* 1225 : 73-82.

GIRAUD, François. 2010. « Les fantômes invisibles : silence parental et transmission traumatique », *Enfances et Psy* 3 (48) : 64-74.

--- 1997. « Le corps altéré. Problématique de la dépression chez l'adolescent, fils de migrants », *Champ Psychosomatique - « Penser l'autre »* 11-12 : 53-60.

GOOD, Byron. 1977. « The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran », *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 25-58.

---1994. *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.

GOOD, Byron J. et Mary-Jo DeIVECCHIO GOOD. 1980. « The meanings of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice » : 165-196, dans L. Eisenberg et A. Kleinman (eds), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, Hollande, D. Reidel Publishnig Co.

--- 1993. « Learning Medicine. The Construction of Medical Knowledge at Harvard Medical School », dans S. Lindenbaum et M. Lock (dir.) *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley, University of California Press.

GOOD, Mary-Jo DELVECCHIO et Byron J. GOOD. 1988. « Ritual, the State, and the transformation of emotional discourse in Iranian society », *Culture, Medicine and Psychiatry* 12: 43-63.

GORDON, Deborah. 1988. « Tenacious assumptions in Western Medicine » : 19-56, dans M. Lock et D. Gordon (eds), *Biomedecine examined. Culture, Illness and Healing*. Dordrecht, Boston, Kluwer Academic Publishers.

GRAMSCI, Antonio. 1975. *Gramsci dans le texte*. Recueil réalisé sous la direction de François Ricci en collaboration avec Jean Bramant, Paris, Éditions Sociales.

GREENE, Jeremy. 2004. « 2002 Roy Porter memorial prize essay therapeutic infidelities: non compliance enters the medical literature, 1955-1975 », *Social History of Medicine* 17 (3) : 327-343.

GRENIER, Guy et Marie-Josée FLEURY. 2014. « Rôle du communautaire en santé mentale dans un système en évolution : état des connaissances et recommandations », *Santé Mentale au Québec* 39(1) : 119-136.

GRIGNON, Claude et Jean-Claude PASSERON. 1989. *Le savant et le populaire*, Paris, Gallimard.

GUILLAUMIN, Colette. 1972. *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*, Paris, Mouton.

HABERMAS, Jurgen. 1988. *Le discours philosophique de la Modernité*, Paris, Gallimard.

HACKING, Ian. 1999. *Entre Science et Réalité : la construction sociale de quoi?* Paris, La Découverte.

HALBWACHS, Maurice. 1925. *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris, Félix Alcan.

HALL, Stuart. 2008. *Identités et Cultures. Politiques des « Cultural Studies »* Amsterdam, Les Belles Lettres.

--- 1995. « Fantasy, Identity, Politics », dans E. Carter, J. Donald, J. Squites (dir.) *Cultural Remix : Theories of Politics and the Popular*, Londres, Lawrence Wishart.

HANNERZ, Ulf. 1996. *Transnational Connections : Culture, People, Places*. London : Routledge.

HASENFELD, Y. 1987. « Power in Social Work Practice », *Social Service Review* 61 (3) : 469-483.

HASSAN, Ghayda et Cécile ROUSSEAU. 2007. « La protection des enfants : enjeux de l'intervention en contexte interculturel », *Association pour la Recherche Interculturelle*, bulletin no.45 (décembre 2007) : 37-50.

HERZFELD, Michael. 1997. *Cultural Intimacy. Social Poetics in the Nation-State*, New-York et Londres, Routledge.

---1992. *The Social Production of Indifference. Exploring the symbolic roots of Western bureaucracy*, Chicago et Londres, University of Chicago Press.

HOCHSCHILD, A.R. 2002. « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, no 9.

HOHL, Janine et Margalit COHEN-ÉMÉRIQUE. 1999. « La menace identitaire chez les professionnels en situation interculturelle : le déséquilibre entre scénario attendu et scénario reçu », *Études Ethniques au Canada* 31(1) : 106-123.

HONNETH, Axel. 2006. *La société du mépris : vers une nouvelle théorie critique*, Paris, La Découverte.

--- 2000. *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf.

HYMAN, Ilene. Santé Canada, 2001. *Immigration et santé*, série de documents de travail sur les politiques de santé (documents no 01-05), Ottawa, Santé Canada : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H13-5-01-5F.pdf>, consulté le 17 janvier 2014.

JUTEAU, Danielle. 2003. *La différenciation sociale : modèles et processus*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

KEMP, Martin. 2003. « Hearts and minds: agency and discourses on distress », *Anthropology and Medicine* 10 (2) : 187-205.

KILANI, Mondher. 1994. *L'invention de l'Autre : essais sur le discours anthropologique*, Paris, Payot.

KIRMAYER, Laurence J. 2007. « Psychotherapy and the cultural concept of the person », *Transcultural Psychiatry* 44(2) : 232-257.

--- 2006. « Beyond the "New Cross-cultural psychiatry" : cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization », *Transcultural Psychiatry* 43(1) : 126-144.

- 2004. « The diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism », *British Medical Bulletin* 69 : 33-48.
- 2003. « Failures of imagination: the refugee's narrative in psychiatry », *Anthropology and Medicine* 10 (2) : 167-185.
- 2001. « Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implication for diagnosis and treatment, *J. Clin. Psychiatry* 62 : 22-30.
- 1998. « Culture and DSM-IV », *Transcultural Psychiatry* 35: 1-2.
- 1993. « La folie de la métaphore », *Anthropologie et Société* 17 (1-2) : 43-55.
- KIRMAYER, Laurence J et Harry MINAS 2000. « The Future of Cultural Psychiatry: an international perspective », *Canadian Journal of Psychiatry* 45: 438-446.
- KLEINMAN, Arthur. 1973. « Medicine's symbolic reality: On the central problem in the philosophy of medicine, *Inquiry* 16 : 206-213.
- 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of The Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.
- 1988. *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books.
- 1995. *Writing at The Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley, University of California Press.
- 2000. « The violence of everyday life. The multiple forms and dynamics of social violence »: 226-241, dans V. Das, A. Kleinman, M. Ramphele et P. Reynolds (dir), *Violence and Subjectivity*, Berkeley, University of California Press.
- KLEINMAN A., L. EISENBERG et B. GOOD. 1978. « Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research, *Annals of Internal Medicine* 88: 251-258.
- KLEINMAN, Arthur et Robert DESJARLAIS. 1994. « Ni patient, ni victime. Pour une ethnographie de la violence politique », *Actes de la recherche en sciences sociales* 104 : 56-63.

KLEINMAN, Arthur et Byron GOOD. 1985. *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN A., DAS V. et M. LOCK. 1997. « Introduction » : ix-xxvii, dans A. Kleinman, V. Das et M. Lock, *Social Suffering*. Berkeley : University of California Press.

KLEINMAN, Arthur et Joan KLEINMAN. 1991. « Suffering and Its Professional Transformation: Toward and Ethnography of Interpersonal Experience », *Culture, Medicine, Psychiatry*, 15: 275-301.

KOTOBI, Laurence. 2000. « Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *Hommes et Migrations* 1225 : 62-73.

KRISTEVA, Julia. 1969. *Semiotikè : Recherches Pour Une Sémioanalyse*. Paris, Seuil (coll. Points).

LACAN, Jacques. 1966. « Le séminaire sur "la lettre volée" » : 11-61, dans *Écrits*, Paris, Le Seuil.

LACLAU, Ernesto. 1990. *New Reflections on the Revolution of Our Time*, New-York et Londres, Routledge, Chapman et Hall.

LACROIX, Marie. 2003. « L'expérience des demandeurs d'asile : vers l'élaboration de nouvelles pratiques sociales », *Nouvelles Pratiques Sociales* 16 (2) : 178-191.

LAMOUREUX, Jocelyne. 2008. « Paroles dérangeantes, scènes inédites, subversion égalitaire : réflexions sur la subjectivation politique » : 213-242, dans L. Blais (dir.) *Vivre à la marge : réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

LAMOUREUX, A., MAGNAN, A. et D. VERVLOET. 2005. « Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous? », *Revue des Maladies Respiratoires* 22 : 31-34.

LAPASSADE, Georges. 1991. *l'Ethnosociologie*, Paris, Meridiens Klincksieck.

LAPLANTINE, François. 1999. *Je, nous, et les autres*. Paris, Le Pommier.

--- 1988. *L'ethnopsychiatrie*, Paris, Les Presses universitaires de France.

LAPLANTINE, François et Alexis NOUSS. 1997. *Le métissage*, Paris, Flammarion.

LÉANDRE, Nshimirimana. 2002. « Immigrés en souffrance : traiter la différence ou soigner l'accueil? », *Cahier critique de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 1 (28) : 129-156.

LECOMPTE, Y. JAMA, S. et G. LEGAULT. 2006. « Présentation : l'ethnopsychiatrie », *Santé mentale au Québec* 31(2) : 7-27.

LEBLANC, Guillaume. 2010. *Dedans, Dehors : la condition d'étranger*, Paris, Éditions du Seuil.

--- 2007. *Les Maladies de l'Homme Normal*. Paris, Vrin : Matières étrangères.

LEBOSSÉ, Yann. 1996. « Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux », *Nouvelles Pratiques Sociales* 9 (1) : 127-145.

LE DU, Catherine. 2002. « Les Harkis : un passé sous silence », *l'Autre* 3(1) : 53-68.

LEGAULT, G. OXMAN-MARTINEZ, J. GUZMAN, P. GRAVEL, S. et G. TURCOTTE. 2000. « La séparation familiale en contexte migratoire : conflits parents-enfants », *Interactions* 4 (1) : 59-76.

LEGENDRE, G. et ONDONGH-ESSALT, E. 2007. « Adolescence, trauma génocidaire et identité. À propos d'une famille rwandaise installée au Canada », *Divan familial* 19 : 47-61.

LEMAY, Louise. 2007. « L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide », *Nouvelles Pratiques Sociales* 20 (1) : 165-180.

--- 2005. *Conditions et conséquences des pratiques d'empowerment. Une étude interdisciplinaire et intersystémique des rapports de pouvoir professionnels <-> clients*, Thèse de doctorat, Université de Montréal.

LERNER, B.H. 1997. « From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non compliance », *Social Science and Medicine* 45 (9) : 1423-1431.

LÉVI-STRAUSS, Claude. 1962. *La pensée sauvage*, Paris, Plon.

LITTLEWOOD, Roland. 2002. *Pathologies of the West: an anthropology of mental illness in Europe and America*, New York, Cornell University Press.

--- 1993. « Ideology, camouflage or contingency? Racism in British psychiatry », *Transcultural Psychiatric Research Review* 30: 243-291.

LOCK, Margaret. 2002. « Medical knowledge and body politics »: 190-208, dans Jeremy MacClancy (eds), *Exotic no more. Anthropology on the front line*. Chicago University Press.

--- 2000. « Accounting for disease and distress: morals of the normal and abnormal » : 259-276, dans G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick et S.C. Scrimshaw (dir.) *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London, Sage Publications.

--- 1999. « The politics of Health, Identity and Culture »: 43-68, dans Richard Contrada et Richard Ashmore (eds), *Self, Social Identity and Physical Health*, New York, Oxford University Press.

--- 1993. « Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge », *Annu. Rev. Anthropol.* 22 : 133-155.

LOCK, Margaret et Gilles BIBEAU. 1993. « Healthy disputes: some reflections on the practice of medical anthropology in Canada », *Health and Canadian Society/Santé et société canadienne* 1(1) : 147-175.

LOCK, Margaret et Mark NICHTER. 2002. « Introduction : from documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies and practices » : 1-34, dans M. Nichter et M. Lock (dir.) *New horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*, London, Routledge.

MACHEREY, Pierre. 2009. *De Canguilhem à Foucault : La Force des Normes*. Paris, La Fabrique.

MARCUS, George E. 1986. « Contemporary problems of ethnography in the modern world system » : 165-193, dans Clifford J. et G. E. Marcus (eds), *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley, University of California Press.

MARCUS, George et Michael FISCHER. 1999 [1986]. *Anthropology as Cultural Critique. An Experimental Moment in The Human Sciences*. Chicago and London, The University of Chicago Press.

MARCUSE, Herbert. 1963. *Éros et Civilisation*, Paris, Éditions de Minuit.

MAROTTE, Cécile. 2008. « Moi, les autres : nous? La souffrance sociale et son rapport au temps » : 87-104, dans L. Blais (dir.) *Vivre à la marge : réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

--- 1996. « Nommer la mort, histoire de vivre. Essai pour une approche clinique des victimes de torture », *Revue Filigrane - Écoutes Psychothérapeutiques* 5 : 33-43.

MASSÉ, Raymond. 2010. « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie et Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* (1) : 1-15.

--- 2008. « Souffrance psychique et détresse existentielle : la question du sens de la détresse au défi des mesures épidémiologiques », *Revue Med. Suisse* 4 : S26-S29.

--- 2007. « La "troisième voie" en anthropologie de la santé : pour une réflexion constructive » : 267-281, dans Olivier Lesrvoisier et Laurent Vidal (dir), *L'Anthropologie face à ses objets : nouveaux contextes ethnographiques*, Paris, Éditions Des Archives Contemporaines.

--- 2005. « L'anthropologie de la santé au Québec : pour une conjugaison des approches et des méthodes » : 61-90, dans Francine Saillant et Serge Genest (dir), *Anthropologie Médicale : Ancrages Locaux, Défis Globaux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

--- 1998. « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Association Canadienne de Sémiotique*, RS-SI 18 (3) : 39-61.

MEINTEL, Deirdre. 2000. « Plural identities among youth of immigrant background in Montreal », *Horizontes Anthropologicos* 6 (14) : 13-37.

---1998. « Récits d'exil et mémoire sociale de réfugiés » : 55-73, dans F. Laplantine, J. Lévy, J.B. Martin et A. Nouss (dir.) *Récit et connaissance*, Lyon, Les Presses universitaires de Lyon.

---1992. « L'identité ethnique chez les jeunes Montréalais d'origine immigrée », *Sociologie et Sociétés* 24 (2) : 73-89.

MEINTEL, Deirdre et Josianne LE GALL. 1995. *Les jeunes d'origine immigrée : rapport familiaux et les transitions de vie - le cas des jeunes chiliens, grecs, portugais, salvadoriens, et vietnamiens*. Québec : Ministère des Affaires Internationales, de l'Immigration et des Communautés Culturelles.

MEINTEL, Deirdre et Emmanuel KAHN. 2005. « De génération en génération : identité et projets identitaires de Montréalais de la « deuxième génération », *Ethnologies* 27 (1) : 131-163.

MERCIER, Céline et Deena WHITE. 1995. « La Politique de santé mentale et la communautarisation des services », *Santé Mentale au Québec* 20(1) : 17-30.

- MERLEAU-PONTY, Maurice. 1962. *Phenomenology of Perception*, London, Routledge and Kegan Paul.
- MILLER, Nikki Levy. 2000. « Haitian ethnomedical systems and biomedical practitioners: directions for clinicians », *Journal of transcultural Nursing* 11 (3) : 204-211.
- MIREAULT, G. BEAUDOIN, A. PAQUET, G. et E. CHAMPAGNE. 1998. « L'évolution d'un programme d'implication parentale lors du placement du jeune en centre de réadaptation », *Service Social* 47 (3-4) : 137-167.
- MISSAOUI, L. 1999. *Gitans et Santé de Barcelone à Turin. Les compétences de l'étranger de l'intérieur : ethnicité et métissage chez les Gitans catalans et andalous autour des problèmes de santé publique*, Trabucàire, Perpignan.
- MOL, Anne-Marie. 2009. *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, Paris, Les Presses des Mines.
- MORALES, Alejandro et William E. HANSON. 2005. « Language brokering: an integrative review of the literature », *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 27 : 471-503.
- MOREAU, Sylvie, Cécile ROUSSEAU et Abdelwahed MEKKI-BERRADA. 1999. « Politiques d'immigration et santé mentale des réfugiés : profil et impact des séparations familiales », *Nouvelles Pratiques sociales* 11 (2) : 177-196.
- MORO, Marie-Rose. 1998. « L'enfant en situation migratoire » : 86-95, dans *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent de parents migrants*, Paris, Dunod.
- 1994. *Parents en exil : psychopathologie et migration*, Paris, Les Presses universitaires de France.
- 1992. « Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : l'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles », *Santé Mentale au Québec* 17(2) : 71-98.
- MORO, Marie-Rose et Tobie NATHAN. 2004. « Ethnopsychiatrie de l'enfant » : 423-446, dans S. Lebovici et coll. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (4vol.)*, Paris, Quadrige: Les Presses Universitaires de France.

MSSS. 2010. *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-838-04.pdf>, consulté en ligne le 15 avril 2014.

MUXEL, Anne. 1996. *Individu et Mémoire familiale*, Paris, Nathan.

NADEAU, Danielle. 2009. « Services sociaux, psychiatrie et violence adolescente : explorer l'efficacité des pratiques de réadaptation », *Psychiatrie et Violence* 9 (1).

NADEAU, Lucie. 2007. « L'altérité dans la rencontre de pédopsychiatrie transculturelle » : 177-189, dans M. Cognet et C. Montgomery (dir.) *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

NATHAN, Tobie. 2000. « Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie », *Genèses* 38 : 136-159.

--- 1994. *L'Influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.

--- 1988. *Le Sperme du Diable. Éléments d'Ethnopsychothérapie*, Paris, Les Presses universitaires de France.

--- 1986. *La Folie des Autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.

NICHTER, Mark. 1981. « Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress. A case study from South Asia », *Culture, Medicine and Psychiatry* 5: 5-24.

NOUSS, Alexis. 2001. « Altérité » : 52-60, dans F. Laplantine et A. Nouss (dir.) *Métissages, de Arcimboldo à Zombie*, Paris, Éditions Jean-Jacques Pauvert.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre. 2008. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.

ORIOU, Michel. 1985. « L'ordre des identités », *Revue Européenne de Migrations Internationales* 1 (2) : 171-185.

--- 1988. « Perspectives du pluralisme », *Revue Européenne de Migrations Internationales* 4 (1-2) : 167-186.

---1979. « Identité produite, identité instituée, identité exprimée : confusions des théories de l'identité nationale et culturelle », *Cahiers Internationaux de Sociologie* 66 : 19-27.

ORIOU, Michel et Marie-Antoinette HILY. 1993. « Deuxième génération portugaise : la gestion des ressources identitaires », *Revue Européenne de Migration Internationales* 9 (3) : 81-93.

ORTNER, Sherry B. 2006. *Anthropology and Social Theory: Culture, power, and the Acting Subject*. Chap. 6 : « Power and Projects: reflections on agency »: 129-153, Durham and London, Duke University Press.

--- 1999. *The Fate of « Culture »: Geertz and Beyond*, Berkeley, University of California Press.

OXMAN-MARTINEZ, J. JIMENEZ, E. HANLEY, J. et I. BOHARD. 2007. « La dynamique triangulaire dans le processus d'incorporation des demandeurs d'asile, les politiques migratoires et le rôle des organismes communautaires », *Refuge* 24 (2) : 76-85.

OXMAN-MARTINEZ, Jacqueline et Jill HANLEY. 2007. « La construction sociale de l'exclusion » : 119-132, dans M. Cagnet et C. Montgomery (dir.) *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

PANDOLFI, Mariella. 1993. « Le Self, le corps, la "crise de la présence" », *Anthropologie et Société* 17 (1-2) : 57-77.

--- 1990. « Boudaries Inside the Body: Women's Suffering in Southern Peasant Italy », *Culture, Medicine and Psychiatry* 14 (2) : 253-271.

PANDOLFI, Mariella et Gilles BIBEAU. 2005. « Souffrance, politique, nation : une cartographie de l'anthropologie médicale italienne » : 199-232, dans Francine Saillant et Serge Genest (dir.), *Anthropologie Médicale : Ancrages Locaux, Défis Globaux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

PARAZELLI, Michel. 2011. « Des inégalités sociales de la participation », *Nouvelles Pratiques Sociales* 23(2) : 1-10.

PEDNEAULT, C. AMMARA, G. RAPHAËL, F. MAJOR, R. FOUQUET, J. DI NICOLA, V. et S. RASHED. 2004. « Un pas vers des soins mieux adaptés : l'expérience de la Clinique de pédiatrie transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont » : 79-86, dans S. de Plaen (dir.) *Soins aux Enfants et Pluralisme Culturel*, Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

PERRON, Nadine. 2005. « Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques », *Nouvelles Pratiques Sociales* 18(1) : 162-175.

- PIKE, Kenneth Lee. 1982. *Linguistic concepts: an introduction to tagmemics*, Lincoln, University of Nebraska Press.
- POCREAU, J. B. et L MARTINS-BORGES. 2006. « Reconnaître la différence : le défi de l'ethnopsychiatrie », *Santé mentale au Québec* 31 (2) : 43-56.
- 2013. « La cothérapie en psychologie clinique interculturelle », *Santé Mentale au Québec*, 38(1) : 227-242.
- POLLACK, Micheal. 1993. « Mémoire, oubli, silence » : 15-40, dans *Une identité blessée*, Paris, Métailié.
- POLICAR, Alain et Pierre-André TAGUIEFF. 1997. « Ethnopsychiatrie et exotisme : Devereux et les faussaires, *Raison Présente* 123 : 115-119.
- PROULX, M. 2007. « Du discours savant à l'expérience subjective de la maladie hypertensive ou lorsque le sens est mis à risque », *Sociologie et Sociétés* 39 (1) : 79-98.
- RABINOW, Paul et William M. SULLIVAN. 1979. « The interpretative turn: Emergence of an approach », dans *Interpretative Social Sciences: A Reader*, Berkeley, University of California Press.
- RAPHAËL, Frantz. 2006. « Grossesses hors mariage dans les familles haïtiennes, *Santé Mentale au Québec* 31 (2) : 165-178.
- RAPHAËL F. VEILLETTE A. et B. CHENOUCARD. 2002. « Les Services du CÉSAME et l'Approche d'Ethnothérapie au CLSC Saint-Michel, S.E. Montréal.
- RAVON, Bertrand. 2004. « Le travail social, entre progressisme et présentisme », *Rhizome - Bulletin national de santé mentale et précarité* 15 : 3.
- 2007. « Vers une clinique du social? » : 153-162, dans M.H. Soulet (dir.) *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic Press Fribourg.
- RECHTMAN, Richard. 2004. « Le miroir social des souffrances adolescentes : entre maladie du symbolique et aveu généralisé », *l'Évolution Psychiatrique* 69 : 129-139.
- 2003. « L'ethnisation de la psychiatrie : de l'universel à l'international », *Information Psychiatrique* 79(2) : 161-169.

--- 2002. « Être victime : une généalogie d'une condition clinique », *Évolution Psychiatrique* 67 : 775-795.

--- 2000. « De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries », *Hommes et Migrations* 1225 : 46-61.

--- 2000b. « Stories of trauma and idioms of distress: from cultural narratives to clinical assessment », *Transcultural Psychiatry* 37 (3) : 403-415.

--- 1995. « De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle », *l'Évolution Psychiatrique* 60(3) : 637-649.

--- 1992. « L'apparition des ancêtres et des défunts dans les expériences traumatiques : introduction à une ethnographie clinique chez les réfugiés cambodgiens de Paris », *Cahiers d'Anthropologie et Biométrie Humaine* 10 (1-2) : 1-19.

RECTHMAN, Richard et François RAVEAU. 1993. « Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie », *Encyclopédie Méd. Chir (Paris) Psychiatrie* 37 : A-10.

RENAULT, Emmanuel. 2004. *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et Clinique de l'injustice*. Paris, La Découverte.

RHODES, Lorna A. 1990. « Studying biomedicine as a cultural system » : 159-173, dans T. Johnson et C. Sargent (eds), *Medical Anthropology: a handbook of theory and method*, Greenwood.

RICOEUR, Paul. 1994. « La souffrance n'est pas douleur », *Autrement*, « Souffrances » 142.

--- 1990. *Soi-Même comme un Autre*, Paris, Seuil.

---1969. « L'art de la systématique freudienne » : 271-286 et « La question du sujet : le défi de la sémiologie » : 321-359, dans *Le conflit des Interprétations : Essais d'Herméneutique*, Paris, Seuil.

RIVERS, W.H.R. 2001[1924]. *Medicine, Magic and Religion*, Londres et New-York, Routledge.

ROCK, Paul. 2001. « Symbolic interactionism and ethnography » : 26-38, dans P. Atkinson et coll. (dir.) *Handbook of Ethnography*, Londres, Sages Pub.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, Lourdes et Marie DROLET. 2007. « La double étrangeté » : 159-173, dans M. Cognet et C. Montgomery (dir.) *Éthique de l'altérité*.

*La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

RORTY, Richard. 1994. *Objectivisme, relativisme et vérité*, Paris, Les Presses universitaires de France.

ROUSSEAU, Cécile. 2004. « Quelle est votre identité culturelle? », *L'Actualité Médicale* 3 : 8-20.

--- 2000. « Les réfugiés à notre porte : violence organisée et souffrance sociale ». *Criminologie* 33 (1) : 185-201.

--- 1998. « Se décentrer pour cerner l'univers du possible : Penser l'intervention en psychiatrie transculturelle », *Prisme* 8(3) : 20-36.

ROUSSEAU, C. MOREAU, S. DRAPEAU A. et C. MAROTTE. 1997. *Politiques d'immigrations et santé mentale : impact des séparations familiales prolongées sur la santé mentale des réfugiés*, Montréal, Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS).

ROUSSEAU, C. MORALES, M. et P. FOXEN. 2001. « Going home: giving voice to memory strategies of young Mayan refugees who returned to Guatemala as a community », *Culture, Medicine and Psychiatry* 25 (2) : 135-168.

ROUSSEAU, C. A. DRAPEAU et R. PLATT. 2004. « Emotional and behavioural symptoms in adolescent cambodian refugees: influence of time, gender and acculturation », *Medicine, Conflict and Survival* 20 (2) : 151-165.

ROUSSEAU, C. AMMARA, G. BAILLARGEON, L. LENOIR, A. et D. ROY. 2007. *Repenser les services en santé mentale des jeunes. La créativité nécessaire*, Québec, Les Publications du Québec.

ROUSSEAU, Cécile et Abdelwahed MEKKI-BERRADA. 2008. « La transmission traumatique au coeur des processus de reconstruction » : 105-120, dans L. Blais (dir.) *Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

SAILLANT, Francine. 2000. « Identité, invisibilité sociale, altérité : expérience et théorie anthropologique au coeur des pratiques soignantes », *Anthropologie et Société* 24(1) : 155-171.

--- 1999. « Femmes, soins domestiques et espaces thérapeutiques », *Anthropologie et Sociétés* 23(2) : 15-39.

--- 1997. « Des mères, des enfants et des remèdes : les voies marchandes de la médicalisation » : 107-129, dans A. Turmel (dir.) *Culture, Institution et Savoir*, Québec, Les Presses de l'Université Laval et CEFAN.

SAYAD, Abdelmalek. 2006. *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité. Tome 2 : les enfants illégitimes*, Paris, Raisons d'agir.

--- 1999. « La maladie, la souffrance, le corps » : 255-303, dans A. Sayad (dir.) *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Éditions du Seuil.

SCHEPER-HUGUES, Nancy. 1990. « Three Propositions for a Critical Applied Medical Anthropology », *Social Sciences and Medicine* 30: 189-197.

SCHEPER-HUGUES, Nancy et Margaret LOCK. 1987. « The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, New Series 1 (1) : 6-41.

SCHNAPPER, Dominique. 1998. *La Relation à l'Autre. Au coeur de la pensée sociologique*, Paris, Gallimard, NRF essais.

--- 1996. « Intégration et exclusion dans les sociétés modernes » : 2-31, dans S. Paugam (dir.) *L'exclusion. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte.

SENNETT, Richard. 1979. *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil.

SIMON, P. J. 1997. « Différenciation et hiérarchisation sociales », *Les Cahiers du CERIEM* (2) : 27-52.

SINGER, Merrill. 2004. « The social origins and expressions of illness », *British Medical Bulletin* 69(1) : 9-16.

SOULET, Marc-Henri. 2007. « Vulnérabilité sociale et souffrance individuelle » : 9-16, dans M.H. Soulet (dir.) *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation*, Fribourg, Academic Press Fribourg.

STERLIN, Carlo. 2006. « Pour une approche interculturelle du concept de santé », *Ruptures* 11(1) : 112-121.

--- 2006b. « L'ethnopsychiatrie au Québec : bilan et témoin d'un acteur clé », *Santé Mentale au Québec* 31(2) : 179-192.

STERLIN, Carlo et François DUTHEUIL. 2000. « La pratique en contexte interculturel », *Revue Ontaroise d'Intervention Sociale et Communautaire* 6(1) : 141-153.

STRAUSS, Anselm L. 1992. (textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger) : *La trame de la négociation. Sociologie qualitative interactionnisme*, Paris, l'Harmattan.

STRAUSS, A.L. et CORBIN, J.M. 1998. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*, Thousand Oaks, California, Sage Pub.

STREIT, Ursula. 1996. « Les migrants : adaptations de la théorie psychanalytique dans un contexte interculturel », dans P. Doucet et W. Reid (dir.) *La Psychothérapie Psychanalytique*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.

SUH, Eunyong Eunice. 2004. « The Model of cultural competence through an evolutionary concept analysis », *Journal of Transcultural Nursing* 15 (2) : 93-102.

TABOADA-LEONETTI, Isabelle. 2002 [1993]. « Stratégies identitaires et minorités : le point de vue du sociologue » : 43-83, dans C. Camilleri et coll. (dir.) *Stratégies Identitaires* [4e édition], Paris, Les Presses universitaires de France.

--- 1994. « Stratégies identitaires et minorités dans les sociétés pluriethniques », *Revue Internationale d'Action Communautaire* 21 (61) : 95-108.

TAUSSIG, Michael. 1992. « Violence and Resistance in the Americas: The Legacy of Conquest » : 37-53, dans *The Nervous System*. London, Routledge, Chapman et Hall.

TREMBLAY, Johanne. 1995. *Mères, pouvoir et santé en Haïti*, Paris, Éditions Karthala.

TROTTIER, Germain et Sonia RACINE. 1992. « L'intervention en contexte d'autorité. Points saillants », *Service social* 41 (3) : 5-24.

TSHISEKEDI-KALANGA, Marie-Rosaire et Gisèle LEGAULT. 2005. « Analyse d'une intervention clinique en fonction des outils élaborés par l'approche ethnopsychiatrique de Devereux et Nathan », *Santé Mentale au Québec* 30(2) : 233-255.

TURNER, Victor. 1982. « Liminal to liminoid in play, flow and ritual: an essay in comparative symbology » : 20-60, dans *From Ritual to theatre: The Human Seriousness of Play*, New-York, PAJ Publications.

--- 1979. « Frame, Flow and reflection: ritual and drama as public liminality », *Japanese Journal of Religious Studies* 6 (4) : 465-499.

--- 1977. « Process, system, and symbol: an new anthropological synthesis », *Daedalus - Discoveries and Interpretations: studies in Contemporary* 106 (3) : 61-80.

TYLER, Steven. 1978. *The Said and The Unsaid*. New York. Academic Press.

TYLER, Stephen A. 1986. « Post-modern ethnography : from document of the occult to occult document »: 122-140, dans Clifford J. et G. E. Marcus (eds), *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley, University of California Press.

VATZ-LAAROUSSI, Michèle. 2007. « Les usages sociaux et politiques de la mémoire familiale : de la réparation de soi à la réparation des chaos de l'histoire », *Enfance, Familles et Générations* 7 (automne 2007).

VIDAL, Jean-Michel. 2008. « Corps, Cultures et Systèmes médicaux », site, uB, UMR CNRS 5605, mis en ligne en janvier 2008 : [http://tristan.u-bourgogne.fr/UMR5605/manifestations/07\\_08/07-11-23-24Vidal.pdf](http://tristan.u-bourgogne.fr/UMR5605/manifestations/07_08/07-11-23-24Vidal.pdf). [consulté le 16-12-2013].

--- 2010. « Fragmentation du corps. Biomédecine et Occident », dans *Santé, Médecine et Corps morcelé*, Euro-Cos, Humanisme et Santé, eds de Santé (2010).

--- 2010b. *Voyage dans le Monde de l'Adolescence : Parcours mahorais d'un médecin devenu anthropologue*, Paris, l'Harmattan.

VINAR, Marcelo N. 2005. « La spécificité de la torture comme source de trauma. Le désert humain quand les mots se meurent », *Revue française de psychanalyse* 4 (69) : 1205-1224.

VEGA, Anne. 2000. *Une ethnologue à l'hôpital*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

--- 1999. « Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital », *Ethnologie Française* 29(1) : 100-110.

VEGA, Anne et Fanny SOUM-POULAYET. 2010. « Entre rationalité scientifique et croyances individuelles. Stratégies d'adaptation des soignants à la maladie grave », *Anthropologie et Sociétés* 34(3) : 229-248.

VONARX, Nicolas. 2005. « Le vodou haïtien: système de soins ou religion? Situer le vodou au sein du pluralisme médico-religieux en Haïti », Thèse de doctorat en anthropologie, Université Laval.

WANG, Simeng. 2012. « Analyses sociologiques des pratiques de l'interprétariat-médiation en pédopsychiatrie : l'exemple des familles d'origine chinoise à Paris », *Enfances et Psy* 56 : 136-145.

--- 2013. « Handicapé? C'est insulter ma descendance et aussi mes ancêtres! Négociations autour de l'inscription de l'enfant d'origine chinoise à la MDPH », *Terrains et travaux* 2 (23) : 77-92.

WARNANT, Ariane. 2010. « Place de la notion d'honneur en psychothérapie et en pratique ethnopsychiatrique », Thèse de doctorat en anthropologie, Université de Montréal.

WEAR, Delese. 2003. « Insurgent multiculturalism: rethinking how and why we teach culture in medical education », *Academic Medicine* 78(6) : 549-554.

WINNICOTT D.W. 1975. « Le rôle miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant » : 203-214, dans *Jeu et Réalité*, Paris, Éditions Gallimard.

WU, Nina H. et Su Yeong KIM. 2009. « Chinese American adolescents' perception of the language brokering experience as a sense of burden and sense of efficacy », *Journal of Youth and Adolescence* 38 : 703-718.

YEO, S. 2004. « Language barriers and access to care », *Annu Rev of Nurs Res* 22 : 59-73.

YOUNG, Allan. 2000. « History, hystery and psychiatric styles of reasoning »: 135-162, dans M. Lock, A. Young et A. Cambrosio, *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge, Cambridge University Press.

--- 1997. « Suffering and the origins of traumatic memory »: 245-260, dans A. Kleinman, V. Das et M. Lock (eds), *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press.

--- 1995. « Reasons and causes for Post-Traumatic Stress Disorder », *Transcultural Psychiatric Research Review* 32(3) : 287-298.

--- 1976. « Some implication of medical beliefs and practices for social anthropology », *American Anthropologist* 78: 5-24.

---1982. « The anthropologies of illness and sickness, *Annual Review of Anthropology* 11: 257-285.

--- 1981. « When rational men fall sick: an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists », *Culture, Medicine and Psychiatry* 5 : 317-335.

YOUNG, Allan et J.M. ROBBINS. 1994. « Symptom Attribution in Cultural Perspective », *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(10) : 584-595.

ZEMPLÉNI, Andréas. 1985. « La maladie et ses causes », *l'Ethnographie*, numéro spécial 2-3 (96-97) : 13-44.

--- 1982. « Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique », *Archives des sciences sociales des religions*, livre 1 : 5-19.

## ANNEXE 1

### **Grille d'entrevue Intervenants médico-sociaux faisant appel à la consultation ethnopsychiatrique**

**N.B.** Ces grilles d'entrevues, précisons-le, ont été en constante construction, enrichies notamment des séances d'observation participative à la consultation. Les notes tirées de ces observations ont nourri le canevas réflexif des thématiques abordées en entrevues, validant ou invalidant la pertinence de certaines questions, commentaires, etc., et vice versa. Les \* sont en fait des pistes, des exemples ayant servi à guider les différents thèmes abordés lors des entretiens, lesquels sont en lien étroit avec nos objectifs de recherche.

#### Thèmes:

##### **1. Profil sociodémographique**

\*Âge, sexe, origine ethnique.

##### **2. Parcours professionnel**

\*Scolarité, diplôme, antécédents et parcours professionnels, clientèle cible.

##### **3. Définition/perception des mandats et des rôles de nos informateurs**

\*À l'intérieur de leur unité/institution de travail. Par rapport à d'autres rôles professionnels détenus par des collègues (travailleur sociaux versus éducateur spécialisé par exemple). Approches et mandats préconisés?

\*Pour les personnes et les familles, dans le quotidien, mais aussi à long terme (impacts de leur travail, de leurs interventions).

\*Pour la société en général (ex.: par rapport au mandat de la DPJ pour la société québécoise ou à l'intérieur du système).

##### **4. Nature de la demande en consultation**

\*Comment a-t-on appris l'existence d'un service de psychiatrie transculturelle?

\*Pour quels motifs avez-vous fait appel à la consultation? Aviez-vous des attentes spécifiques?

\*Pourquoi avoir choisi de faire appel conjointement à la consultation plutôt qu'un autre type d'institution ou de service offert en santé mentale? Dans quels contextes et conditions la demande a-t-elle été effectuée?

\*Arrive-t-il que des adolescents(es) se trouvent impliqués dans la ou les situations qui vous ont poussé à requérir à la consultation transculturelle? Si oui, pouvez-vous donner un exemple? Sinon, dites pourquoi?

**5. Outils et stratégies utilisés auprès d'une clientèle d'adolescent migrant**

\*Identifiez-vous des enjeux particuliers dans votre travail auprès des familles immigrantes? Si oui, de quelles natures? Comment avez-vous réagi?

\*Posez-vous des limites explicites ou implicites dans votre engagement auprès des familles? Si oui, quelles sont-elles? Quelles en sont les conditions? Dans quels contextes ces limites se sont-elles révélées probantes?

\*Selon vous, est-ce que les thématiques en rapport à des problématiques vécues par des adolescents migrants vous semblent plus préoccupantes que celles vécues par les parents? Si oui, pouvez-vous donner un exemple? Sinon, dites pourquoi?

\*Récit d'un moment difficile impliquant un adolescent (d'après l'intervenant). Acteurs impliqués. Perceptions des rôles (intervenant - famille - adolescent). Modalités et stratégies d'interventions. Dénouement.

\* Récit d'une intervention qu'il pourrait qualifier de « bonne » ou « réussie » (d'après l'intervenant) - variabilité contextuelle et circonstancielle.

**6. Nature de l'implication et de l'influence de la consultation dans l'intervention: Limites, variabilités, réflexions et commentaires personnels.**

\*Quelles ont été vos impressions générales suite à la consultation? Aux recommandations et à la discussion? Aux modalités d'interventions préconisées : dispositif de groupe, etc. ? La consultation a-t-elle su répondre à vos attentes? Si oui, de quelles manières? Sinon, dites pourquoi? Y a-t-il eu un changement? Si oui, à quels niveaux?

\*Jugez-vous le mandat de la consultation en psychiatrie transculturelle est pertinent par rapport à votre pratique professionnelle?

\*Selon vous, cette forme de soutien thérapeutique présente-t-elle des limites? Si oui, lesquelles? Sinon, dites pourquoi?

\*Y a-t-il un commentaire que vous souhaiteriez ajouter ou des réflexions que vous souhaiteriez partager sur ces sujets?

## ANNEXE 2

### **Grille d'entrevue Informateurs cliniciens Clinique de psychiatrie transculturelle**

#### **Thèmes:**

**1. Profil sociodémographique**

\*Âge, sexe, origine ethnique

**2. Parcours professionnel**

\*Scolarité, diplôme, antécédents et parcours professionnels, clientèle cible.

**3. Définition/perception des mandats et des rôles de nos informateurs**

\*À l'intérieur de leur unité/institution de travail. Par rapport à d'autres rôles professionnels détenus par des collègues.

\*Pourquoi la psychiatrie transculturelle vous a-t-elle interpellée dans votre pratique professionnelle?

\*Approches et mandats préconisés par la Clinique.

\*Pour les personnes et les familles, dans le quotidien, mais aussi à long terme (impacts de leur travail, de leurs interventions, des consultations).

\*Type de rapports entretenus avec les institutions comme les hôpitaux, les Centres jeunesse, la DPJ, les CLSC, etc.

**4. Nature des demandes en consultation ethnothérapeutique**

\*Pour quels motifs (spécifiques et généraux) fait-on appel à la consultation? Constatez-vous des attentes spécifiques? Dans quels contextes et conditions se font généralement les demandes de consultation? Y a-t-il un type de demande qui vous semble particulièrement récurrente?

\*Arrive-t-il que des adolescents(es) se trouvent impliqués dans la ou les situations qui vous sont présentées à la consultation transculturelle? Si oui, pouvez-vous donner un exemple? Sinon, dites pourquoi?

\*Quels types de problématiques constatez-vous chez cette clientèle en particulier?

**5. Outils et stratégies utilisés auprès d'une clientèle d'adolescent migrant**

\*Identifiez-vous des enjeux particuliers dans votre travail auprès des familles immigrantes? Si oui, de quelles natures? Comment avez-vous réagi?

\*Posez-vous des limites explicites ou implicites dans votre engagement auprès des familles? Si oui, quelles sont-elles? Quelles en sont les conditions? Dans quels contextes ces limites se sont-elles révélées probantes?

\*Selon vous, est-ce que les thématiques en rapport à des problématiques vécues par des adolescents migrants vous semblent plus préoccupantes que celles vécues par les parents? Si oui, pouvez-vous donner un exemple? Sinon, dites pourquoi?

\*Récit d'un moment difficile impliquant un adolescent (d'après l'intervenant). Acteurs impliqués. Perceptions des rôles (intervenant - famille - adolescent). Modalités et stratégies d'interventions. Dénouement.

\* Récit d'une intervention qu'il pourrait qualifier de « bonne » ou « réussie » (d'après l'intervenant) - variabilité contextuelle et circonstancielle.

**6. Nature de l'implication et de l'influence de la consultation dans l'intervention: Limites, variabilités, réflexions et commentaires personnels**

\*Quels commentaires et réactions obtenez-vous suite aux consultations? Aux recommandations et à la discussion? Aux modalités d'interventions préconisées : dispositif de groupe, etc.? La consultation vous semble-t-elle répondre aux attentes et aux besoins des intervenants et des familles? Si oui, de quelles manières et à quels niveaux? Sinon, dites pourquoi?

\*Selon vous, cette forme de soutien thérapeutique présente-t-elle des limites? Si oui, lesquelles? Sinon, dites pourquoi?

\*Y a-t-il un commentaire que vous souhaiteriez ajouter ou des réflexions que vous souhaiteriez partager sur ces sujets?

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Titre du projet :** "Les intervenants de la Clinique Transculturelle de l'Hôpital Jean Talon dans leurs pratiques face aux adolescents issus de parents migrants".

**Chercheur principal :** Alexandre Larivée, étudiant à la maîtrise en anthropologie, Département d'anthropologie, Université de Montréal

**Directeur de recherche:** Dr Jean-Michel Vidal, professeur associé, Département d'anthropologie, Université de Montréal

**Responsable du projet au CSSS :**

Dr Aziz Chrigui, directeur du Département de psychiatrie et de la Clinique de Psychiatrie Transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon à Montréal.

No du projet : 12.313

---

### PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

### NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET

L'objectif principal du projet de recherche tend à démontrer que les problématiques de santé mentale de certains des jeunes migrants de première ou de deuxième génération vus à la consultation de la Clinique Transculturelle de l'Hôpital Jean Talon avec leurs parents se trouvent influencées par de nombreux facteurs qui relèvent, entre autres, des expériences migratoires de leurs parents et des conditions d'adaptations de ces derniers à la société québécoise.

### NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE

Votre participation à ce mémoire de recherche consiste à accorder une entrevue au chercheur principal durant laquelle vous aurez à témoigner de votre expérience personnelle et professionnelle avec les familles migrantes ainsi que la place que vous accordez à la Clinique Transculturelle dans vos interventions auprès de ces familles. Cette entrevue sera enregistrée, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter la transcription et devrait durer environ 30 minutes. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés selon vos disponibilités.

## **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Aucun risque particulier n'est associé à votre participation à ce projet. Nous prendrons des précautions pour assurer la confidentialité des données. Le principal inconvénient est lié au temps requis par votre participation.

## **AVANTAGES**

En participant à cette recherche, vous contribuez à une meilleure compréhension des rapports entre les différentes structures de soins et d'interventions de la société québécoise et de leur influence sur les familles migrantes.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet, le chercheur va recueillir et consigner dans un dossier de recherche les informations recueillies lors des entrevues. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Le chercheur principal utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Rappelons que ces données seront conservées pendant 12 mois par le chercheur principal. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

Toutes les données (enregistrements et données consignées sur papier ou sur support informatique seront détruites après la publication des résultats).

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Suivant une politique d'anonymisation afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, les noms, les âges et les lieux d'origine seront formellement proscrits du mémoire de maîtrise qui sera rendu public par l'Université de Montréal.

## **INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉS DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, par simple consentement verbal, sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez toutefois de vous retirer après l'entrevue, vous pourrez communiquer avec le chercheur principal au numéro de téléphone figurant dans la section suivante. Les renseignements enregistrés seront détruits, ainsi que toute information personnelle, 12 mois suivant la fin du projet de recherche. À votre demande, les données recueillies jusqu'au moment de votre retrait pourront être détruites suivant ces délais (12 mois), car après l'anonymisation des dossiers utilisés pour le document final, il deviendra impossible de vous identifier.

## **PERSONNES-RESSOURCES**

- Les informations personnelles ont été retirées pour la publication.

## **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES**

Le comité d'éthique à la recherche du CHUM ainsi que le comité d'éthique à recherche de la Faculté des arts et sciences (CÉRFA) de l'Université de Montréal ont approuvé ce mémoire de maîtrise et en assurent le suivi. Ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement et au protocole de recherche.

## **CONSENTEMENT**

### **I. Consentement du participant à la recherche**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

---

Nom et signature du participant à la recherche

Date

### **II. Signature et engagement du chercheur principal**

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de

recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

---

Nom et signature du chercheur principal

Date