

Université de Montréal

Entre clinique et politique.
L'intervention professionnelle en santé mentale
auprès de personnes ayant vécu la « violence organisée »

par
Janique Johnson-Lafleur

Département d'anthropologie
Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.)
en anthropologie

Septembre 2004

© Janique Johnson-Lafleur, 2004



Direction des bibliothèques

AVIS

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

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

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

NOTICE

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

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

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

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Entre clinique et politique.
L'intervention professionnelle en santé mentale
auprès de personnes ayant vécu la « violence organisée »

présenté par
Janique Johnson-Lafleur

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Gilles Bibeau : président-rapporteur

Mariella Pandolfi : directeur de recherche

John Leavitt : membre du jury

mémoire accepté le :

RÉSUMÉ

Si nous tenons compte de l'appréhension de plus en plus individualisée, voire biologisée, du psychisme humain et du traitement des troubles émotifs, une réflexion critique s'impose en anthropologie de la santé. L'objectif du mémoire est d'explorer l'aspect politique des pratiques institutionnalisées en santé mentale et de soulever un débat éthique. Le terrain ethnographique, réalisé auprès d'un réseau d'intervention montréalais, concerne l'encadrement juridico-politique des services en santé mentale offerts aux réfugiés et le discours des intervenants. Il vise à cerner les stratégies déployées par les cliniciens face aux tensions éthiques provoquées par leur pratique professionnelle.

Le mémoire s'articule en trois chapitres. Le premier explicite les orientations conceptuelle, théorique et méthodologique de l'étude. L'analyse s'appuie principalement sur les idées de Michel Foucault et de ses successeurs. Le second chapitre porte sur la pratique professionnelle, particulièrement la logistique des interventions et la posture éthique des cliniciens. Le troisième chapitre fait état de l'institutionnalisation de la violence : expériences de refuge et d'exil, violence organisée, violence structurelle et violence technologique subtile. Des liens sont établis entre structures sociales inégalitaires, violence, psychologisme et néolibéralisme. En conclusion, la souffrance et sa prise en charge sont analysées aux niveaux individuel, familial, communautaire, institutionnel et supranational. Des réflexions sont proposées autour du concept de « bio-légitimité », des Droits de l'homme et de l'« intervention ». On suggère de délaisser une prétendue neutralité et de combiner les approches disciplinaires afin de réinterroger les explications univoques des troubles psychopathologiques, particulièrement les approches biogénétique et culturaliste.

Mots-clés : anthropologie, ethnologie, pouvoir, institutions, souffrance, ethnopsychiatrie, violence structurelle

ABSTRACT

If we take into consideration an increasingly individualized, even biologized, conception of the human psyche and of the professional treatment of emotional disorders, a critical approach is imperative to the anthropology of health. The objective of this thesis is to explore the politics of institutionalized practices in mental health, and to raise an ethical debate. The ethnographic fieldwork, completed within a Montreal intervention network, concerns the judicial and political conditions regulating psychosocial services offered to refugees and the discourse of practitioners. It seeks to identify strategies employed by clinicians concerning ethical dilemmas brought on by their professional practice.

The thesis contains three chapters. The first describes the conceptual, theoretical and methodological orientations of the study. The analysis draws mainly from the ideas of Michel Foucault and his successors. The second chapter explores the professional practice, particularly the logistics of interventions and the ethical positioning of clinicians. The third chapter examines the institutionalization of violence: experiences of refuge and exile, organized violence, structural violence and subtle technological violence. Links are drawn between iniquitous social structures, violence, psychologism and neo-liberalism. To conclude, suffering and how it is handled are analyzed on the individual, family, community, institutional and supranational levels. The concept of "bio-legitimacy", Human rights, and "intervention" are questioned. The author suggests to relinquish claims of neutrality and to combine multiple disciplinary approaches in order to challenge univocal explanations of psychopathological disorders, particularly the biogenetic and culturalist approaches.

Key words: anthropology, ethnology, power, institutions, suffering, ethnopsychiatry, structural violence

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	i
Abstract	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux et graphiques	v
Liste des sigles et abréviations	vi
Remerciements	vii
Dédicace	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : Orientations théorique, conceptuelle et méthodologique : nouvelles catégories de l'analyse sociale	6
1.1 Une crise de la représentation dans les sciences humaines	6
1.2 Anthropologie critique de la santé	8
1.3 Savoirs, pouvoirs, discours et pratiques	10
1.3.1 Le concept foucauldien de « biopouvoir »	13
1.3.2 Biopouvoir et racisme	16
1.3.3 Normalisation et résistance	18
1.4 Considérations méthodologiques	23
CHAPITRE II : La pratique professionnelle et ses enjeux	26
2.1 Trajectoires critiques de l'ethnopsychiatrie et de la psychiatrie transculturelle occidentales	27
2.1.1 De la clinique coloniale au thérapeute traditionnel	28
2.1.2 Souffrance, « récits de maladie », violence et subalternité	31
2.2 Logistique de l'intervention locale et actuelle	37
2.2.1 Coordination et financement	39
2.2.2 Parcours professionnels	43
2.2.3 Stratégies d'intervention clinique	46
<i>Les limites des thérapies classiques</i>	46
<i>L'établissement de la confiance et d'un cadre sécuritaire</i>	47
<i>Les bris occasionnels du cadre clinique traditionnel</i>	48
<i>L'assistance à personne en danger</i>	49

<i>La validation des valeurs et des représentations culturelles ..</i>	50
<i>Le rétablissement de la séquence temporelle</i>	52
<i>La dignité humaine et l'humiliation du don sans réciprocité</i>	53
<i>Le combat contre l'agresseur intériorisé</i>	53
<i>Le sentiment d'appartenance et le rejet</i>	54
<i>Les limites de l'intervention et le sentiment d'impuissance ...</i>	55
<i>Les gratifications de la pratique professionnelle</i>	56
<i>La place des thérapeutes</i>	57
2.3 La posture éthique des thérapeutes	60
2.3.1 Santé mentale et intervention professionnelle	60
2.3.2 La multiplicité des narratifs	68
2.3.3 Entre clinique et politique	70
2.3.4 La normalité en question	71
2.3.5 Prendre position politiquement	72
2.3.6 Conserver une zone d'incertitude	76
 CHAPITRE III : Institutionnalisation de la violence	 80
3.1 Exil et refuge	80
3.1.1 L'immigration au Québec et au Canada	83
3.1.2 Le contexte québécois	86
3.2 Les avatars de la « souffrance sociale »	88
3.2.1 « Violence organisée »	91
3.2.2 « Violence structurelle »	94
3.2.3 « Violence technologique subtile »	96
 CONCLUSION	 101
 BIBLIOGRAPHIE	 113
 ANNEXE I : Tableaux et graphiques	 ix

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau I : Immigrants admis au Québec et au Canada (1998-2003)	ix
Tableau II : Catégories d'immigrants admis au Québec (1998-2003)	ix
Tableau III : Demandeurs d'asile sur les territoires canadien, québécois et montréalais (1998-2003)	x
Graphique I : Processus de demande d'asile au Canada	xi

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CISR	Commission de l'immigration et du statut de réfugié
CLSC	Centre local de services communautaires
COFI	Centre d'orientation et de formation des immigrants
CSAI	Centre social d'aide aux immigrants
DSM	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
GIRAME	Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
MRCI	Ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PAEI	Programme d'accueil et d'établissement des immigrants
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
RIVO	Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée
SARIMM	Service d'aide aux réfugiés et immigrants du Montréal métropolitain
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
TCMR	Table de concertation des organismes de Montréal au service des réfugiés
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier ma directrice de maîtrise, Mariella Pandolfi, qui, par sa passion et son engagement, m'a ouverte à l'univers de l'anthropologie critique et m'a permis de théoriser des impressions confuses m'habitant depuis fort longtemps. Je lui suis reconnaissante pour toute la confiance qu'elle a mise en moi, pour sa perspicacité et pour la qualité de son encadrement pédagogique. J'espère de tout cœur que notre collaboration ne s'arrêtera pas ici.

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

Un grand merci va également à Oscar Firbank pour avoir mis à ma disposition les outils techniques et matériels m'ayant permis de mener à terme cette recherche. Son aide a rendu tout cela possible.

Je suis aussi redevable à Roland Bourneuf et à Nathalie Loignon, car ils ont généreusement accepté de lire et de corriger la première version de ce mémoire. Leurs commentaires m'ont été fort utiles.

Enfin, je remercie chaleureusement l'ensemble de mes amis et ma famille, tout particulièrement ma mère, Jeanne d'Arc Johnson, à qui ce travail est dédié, pour le support qu'ils m'ont offert tout au long du parcours ayant mené à ce résultat final. Leur simple présence m'a été infiniment précieuse.

À ma mère

INTRODUCTION

Avec un peu de recul, je crois que ce sont les paroles de quelques psychologues et psychiatres de ma connaissance qui ont fait germer ma réflexion. Elles revenaient souvent sur ces thèmes : « Parfois, j'ai l'impression de faire un travail d'éducation, comme avec les petits enfants... J'ai l'impression d'apprendre aux gens à vivre... » Un lien s'est alors créé dans mon esprit entre socialisation des enfants et normalisation des adultes. Michel Foucault a bien montré que cette normalisation propre aux sociétés démocratiques peut prendre diverses formes – coercition juridico-politique, campagnes de « sensibilisation » soutenues par des recherches « d'experts », omniprésence des médias, etc. – et qu'elle peut s'immiscer dans de multiples domaines de la vie, voire même dans le simple fait d'être vivant – comportement en société, natalité, maladie, mortalité, mais aussi pensées et désirs des individus. La question qui m'anime est donc celle-ci : comment « guérir » ou plutôt soulager un être humain qui expérimente de la souffrance sans passer sous silence la communication et la résistance que peuvent représenter les symptômes psychopathologiques face au *statu quo* normatif du monde dans lequel nous vivons et face au monde relationnel local dans lequel le malaise est vécu et exprimé ? En d'autres termes, comment éviter le piège de faire reposer sur l'individuel et sur le biologique un phénomène humain qui comporte inévitablement un caractère historique, politique, éthique, social et culturel, bref, un caractère contextuel ?

Ce projet de maîtrise se veut donc orienté selon une approche anthropologique critique et il porte sur les pratiques thérapeutiques auprès des personnes ayant vécu ce que les ONG (organisations non gouvernementales) et les institutions locales et supranationales appellent la « violence organisée »¹. La cueillette de données a été réalisée dans la ville de Montréal et je me suis intéressée à la dimension historique et juridico-politique du contexte qui soutient et contrôle ces pratiques professionnelles ainsi qu'aux discours qui les entourent et les organisent – discours professionnels, populaires, étatiques et médiatiques. L'objet du mémoire est d'explorer l'aspect normalisateur de ces pratiques en portant une attention particulière à la construction d'une notion locale de normalité et aux enjeux de pouvoir se logeant dans les discours

¹ Sur cette notion, voir la section 3.2.1 du mémoire.

thérapeutiques et, finalement, dans la pratique professionnelle. Mon intention principale est de cerner la position des intervenants qui sont à la croisée d'un ensemble de jeux de pouvoir et de dégager les stratégies déployées face à la tension normalisation/compassion. Aussi, puisqu'il existe en anthropologie contemporaine – et tout spécialement en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie – une réflexion entourant la dichotomisation corps/esprit propre à la pensée occidentale, je dois préciser que la raison pour laquelle je me concentre davantage sur la « thérapeutique de l'esprit ou de la psyché » tient à la nécessité de circonscrire mon sujet de recherche qui, autrement, déborderait du cadre limité d'un mémoire de maîtrise. Néanmoins, je suis consciente du caractère arbitraire et de la fonction heuristique d'une telle appréhension du phénomène de la souffrance humaine et de sa transformation professionnelle, c'est-à-dire l'idée d'avoir affaire à une souffrance morale *ou* à une souffrance physique.

C'est dans le but de nourrir mon analyse théorique, d'illustrer mon propos et, surtout, d'ancrer mes réflexions dans le réel, que je me penche sur des pratiques thérapeutiques locales et actuelles. Comme je l'ai mentionné précédemment, je m'intéresse aux pratiques thérapeutiques s'étant constituées puis institutionnalisées autour de personnes souffrantes ayant vécu une expérience traumatique reliée à la violence organisée, à savoir l'intervention clinique en santé mentale auprès des réfugiés et des demandeurs d'asile du Grand Montréal. Bien que le caractère éthique et juridico-politique de l'expérience de souffrance de ces personnes soit patent, la raison pour laquelle j'ai préconisé cet objet d'étude est, d'une part, parce que la notion même de violence organisée appelle celle de *contrôle* – contrôle des individus par la force et la terreur, et ce, presque exclusivement en égard à leurs appartenances –, et, d'autre part, parce que les pratiques psychothérapeutiques, bien que visant la cessation d'une souffrance, n'en appellent pas moins l'idée d'un contrôle par une normalisation des individus. Il me semble donc que les personnes dont il est ici question sont à la croisée de deux formes d'exercice de pouvoir et de police des populations : violence et manipulation, appartenance à un groupe et individu isolé. D'ailleurs, il est maintenant admis que la médicalisation de problèmes sociaux se fonde sur une naturalisation de la culture qui, insidieusement, oriente la praxis et le « vivre ensemble ». Tant du côté de l'État (voir à la section 3.2.3 du mémoire à propos des programmes d'aide, des

campagnes de sensibilisation, de la science institutionnalisée, etc., ce que Das et Kleinman (2000) appellent la « violence technologique subtile ») que de celui des pratiques thérapeutiques – en apparence neutres politiquement –, nous assistons à une « médiatisation des aspirations nationales et régionales » (Kleinman et Desjarlais 1994) qui s'inscrivent dans un idéal d'humanité, dans une idée de la *normalité* à atteindre. Nous assistons donc ainsi à une transformation du politique en médical et à une traduction des réalités sociales en langage sanitaire. Nous y reviendrons. En bref, on peut dire que ce projet de recherche consiste en une lecture critique de ce que Didier Fassin a nommé une « politique de la prise en charge de la souffrance », et le mémoire tentera de rendre plus explicite ce qui est actuellement en jeu dans les pratiques locales entourant ce phénomène.

Le cadre théorique du projet s'inspire grandement des écrits de Michel Foucault et de ses successeurs. Un concept central utilisé dans l'analyse est la notion de « biopouvoir » élaborée par Foucault (1976 : 188), c'est-à-dire l'idée qu'à un certain moment historique, l'espèce même des humains en tant qu'êtres vivants entre en jeu dans les stratégies politiques. La lecture foucauldienne des pratiques discursives et des relations de pouvoir a amené une perspective de l'expérience contemporaine à laquelle je ne saurais être indifférente, et, dans la ligne de ces travaux, mon intention est de cerner les effets de l'avancée du biopouvoir dans notre société ainsi que les stratégies individuelles et collectives des acteurs face à ces nouvelles forces contraignantes. Pour ce faire, je porte mon attention sur les pratiques psychothérapeutiques car, plus que toutes autres, elles sont à la croisée des techniques de domination exercées sur soi-même et de celles exercées sur les autres – ce que Foucault a nommé la « gouvernementalité » : elles interrogent les pensées et les désirs mêmes des individus. Aussi, la perspective post-foucauldienne de Giorgio Agamben sur l'être humain en tant qu'être vivant (*zoé*) et en tant qu'être politiquement qualifié (*bios*) est prise comme présupposé conceptuel. Il est donc toujours admis que l'être humain est *à la fois* un être vivant doté d'un appareil psychosomatique *et* un être relationnel situé historiquement, culturellement, et socialement, donc ayant une certaine *façon de vivre* ou *forme-de-vie* différenciée collectivement et individuellement. La vision du racisme comme une réintroduction de la notion de guerre dans l'exercice du biopouvoir et la question

problématique de la résistance dans les démocraties occidentales – en particulier dans les sociétés où prime la « bio-légitimité » – serviront également à l'élaboration de ma pensée.

Dans le premier chapitre du mémoire, les orientations conceptuelle, théorique et méthodologique du projet de maîtrise sont explicitées. J'effectue d'abord un bref survol des bouleversements épistémologiques ayant traversé la discipline anthropologique depuis les trente dernières années. Les questionnements ayant trait au politique de la représentation dans les sciences humaines m'ont amenée à privilégier une approche théorique en particulier, soit l'anthropologie critique ou, plus spécifiquement, l'anthropologie critique de la santé, dont je pose ensuite les principaux jalons et objectifs. Après avoir situé ma position théorique, je passe en revue certaines catégories de l'analyse sociale qu'exige la problématique considérée, à savoir les concepts foucaldiens de *discours*, de *savoir* et de *pouvoir*, et je m'attarde aux modalités locales et actuelles de l'exercice de ce dernier, c'est-à-dire que je m'intéresse davantage au concept de *biopouvoir* et au phénomène de la *normalisation*. Les liens s'établissant entre le biopouvoir et le racisme ainsi qu'entre la normalisation et la résistance sont également explorés. Le chapitre se termine par un compte rendu des dispositions méthodologiques adoptées au cours de la réalisation du projet.

Le deuxième chapitre du mémoire porte sur la pratique professionnelle étudiée et ses multiples enjeux. Avant de considérer les données ethnographiques à proprement parler, je m'attarde aux discours ayant encadré, organisé et orienté la pratique en question, soit l'ethnopsychiatrie et la psychiatrie culturelle telles qu'elles se sont développées dans différents contextes européens et américains. Deux axes sont dégagés de l'ensemble des trajectoires cliniques et théoriques : un premier, dont l'exposé devant en rendre compte s'intitule « de la clinique coloniale au thérapeute traditionnel », et un second, que je désigne par le titre « souffrance, "récits de maladie", violence et subalternité ». Ensuite, l'articulation locale et actuelle de l'intervention clinique est analysée. Ses principales modalités sont décrites et les incidences des contraintes financières ou autres abordées. Enfin, les propos récoltés en entrevue sont exposés et quatre grands thèmes dégagés du discours des thérapeutes forment les sections du sous-chapitre.

Le troisième chapitre du mémoire, qui attaque de front la question de l'institutionnalisation de la violence, explore dans un premier temps les souffrances associées aux expériences d'exil et de refuge. Les conditions d'immigration au Canada et au Québec sont abordées, de même que les particularités du contexte québécois. Ensuite, de façon à pouvoir saisir les thèmes sous-jacents à cette étude ethnographique, c'est-à-dire la « politique de la prise en charge de la souffrance » et les incidences des transformations des formes prises par cette dernière, je présente trois catégorisations du phénomène de la violence, soit la « violence organisée », la « violence structurelle » et la « violence technologique subtile ». Ces définitions sont chapeautées par la notion de « souffrance sociale » qui est préalablement explorée.

Enfin, pour clore le mémoire, je propose quelques pistes de réflexion que je considère comme primordiales et toujours ouvertes. Certains phénomènes actuels sont abordés, notamment la notion de « bio-légitimité », l'idée d'un « règne de l'expertise », et la critique anthropologique des Droits de l'Homme. Aussi, je crois important de souligner que la discussion a davantage pour intention d'ouvrir sur un débat plutôt que d'en venir à élaborer des recommandations explicites.

CHAPITRE I :

Orientations conceptuelle, théorique et méthodologique : **nouvelles catégories de l'analyse sociale**

1.1 Une crise de la représentation dans les sciences humaines

Au cours des années 1970-1980, les sciences humaines ont traversé une importante crise de la représentation, crise issue d'une incertitude face aux façons adéquates de décrire la réalité sociale et culturelle. Se caractérisant par un doute profond envers les grandes théories et les « méta-récits » totalisants, cette période de conscience exacerbée des limites des systèmes conceptuels a donné lieu à de nombreux changements dans la pratique de l'anthropologie : nouveaux sites de terrain, autorité et pouvoir examinés, interdisciplinarité, etc. Faisant écho à cette crise de la représentation, l'anthropologie connaît à cette même période une remise en question de son rôle privilégié de critique culturel. En effet, si le savoir à partir duquel l'anthropologie propose des alternatives culturelles ne peut désormais se concevoir selon les notions conventionnelles de précision scientifique et de certitude, alors sous quelle autorité l'anthropologue peut-il se réclamer comme critique de sa propre société ? (Marcus et Fischer 1999 [1986] : 3)

Puisque l'ensemble des modes de représentations sont susceptibles d'être soumis à la critique – y compris le doute et l'attitude ironique dans l'écriture –, la solution semble non pas de délaisser ces attitudes, mais plutôt de les associer à d'autres stratégies de représentations, de reconnaître la multiplicité et l'ouverture des alternatives. L'apparition d'une école interprétative en anthropologie s'exprime dès lors par l'adoption de stratégies particulières dans la pratique de l'ethnographie, par un effort volontaire d'explicitation des faits et gestes du terrain ainsi que les stratégies rhétoriques de l'écriture ethnographique. L'apparition de ce mouvement résulte en outre de l'impact opéré par certains courants intellectuels et philosophiques sur la discipline, notamment la phénoménologie, la linguistique structurale, l'histoire, la sémiotique, l'herméneutique et la théorie critique de l'École de Francfort. Les tenants de l'anthropologie interprétative soulignent l'importance de comprendre le point de vue de l'indigène et de recourir à la juxtaposition et au dialogue. Ils s'intéressent

prioritairement à la subjectivité culturelle. Or, il s'avère que l'approche interprétative parvient généralement à ses fins en ignorant ou en évitant de façon prévisible les questions touchant au pouvoir, aux relations économiques et au contexte historique. De fait, en se voulant a-objective, l'anthropologie postmoderne se veut également a-historique, ce qui, en quelque sorte, a amené les anthropologues à opérer une dépolitisation du savoir en se réfugiant derrière la subjectivité, voire même derrière la fiction de leurs œuvres. Somme toute, ce sera de l'extérieur de la discipline que viendront les critiques et les débats davantage politiques autour de l'épistémologie de l'anthropologie, notamment des *cultural studies*, des *gender studies*, des *queer studies*, et des *post-colonial studies*. Par exemple, le mouvement post-colonial, qui se compose d'intellectuels non occidentaux immigrés en Occident – et dont les figures les plus célèbres demeurent Edward Said, Arjun Appadurai et Homi Bhabha –, se penche sur le rapport hégémonique entretenu entre l'Occident et le reste du monde, en s'attardant davantage à la dimension culturelle et scientifique de cette domination qu'aux réalités concernant la division internationale du travail et de la distribution des ressources.

Dans la foulée des courants critiques l'ayant traversée, l'anthropologie contemporaine s'est finalement attaqué au concept même de culture. Plusieurs études récentes s'emploient à revoir les bases du concept, à situer leurs objets d'étude et à intégrer le politique à la pratique anthropologique. Ce qu'il semble important de souligner est le fait que la critique actuelle commence généralement par la description – description de processus existants, de différentes *formes-de-vie*, de divers mouvements –, et qu'elle se poursuit avec l'idée d'un projet critique, et ce, *à la fois* sans se restreindre à un modèle de critique sociale en particulier – le marxisme ou le féminisme par exemple – *et* en abordant une attitude d'*engagement* dans le but de créer de la *solidarité humaine*. En outre, une des particularités de l'anthropologie critique actuelle est de soutenir qu'il est possible de passer de la *description* à un *dialogue* critique, l'objectif du dialogue étant de transformer le point de vue initial par une déconstruction mutuelle de chacune des positions de départ afin d'accéder à un nouveau niveau de conscience, à un nouvel ordre. Une telle posture propose d'appréhender la société comme une dialectique entre valeur et pouvoir, et la critique, comme une enquête face aux modalités de cette dialectique, sans présupposer que ce rapport consiste en un processus de détermination

au sein duquel le pouvoir détermine les termes du discours et détient la clé de l'émancipation humaine.

1.2 Anthropologie critique de la santé

L'anthropologie critique de la santé diffère en de nombreux points tant de l'anthropologie médicale classique que de l'ethnopsychiatrie. L'anthropologie critique de la santé ne porte pas sur les interprétations autochtones de la maladie, sur les liens entre culture et psychisme, ou encore sur les savoirs et pratiques thérapeutiques populaires. Plus spécifiquement, l'anthropologie critique de la santé explore les processus socioéconomiques et politiques actuels et passés afin d'en dégager les structures, les logiques et les effets. La démonstration tente de mettre à jour les conséquences délétères de ces processus sur la « santé » des groupes pauvres, marginalisés et vulnérables, tant au niveau local qu'au niveau mondial. On tente de comprendre les relations qui s'établissent entre, d'une part, la santé globale et les services de soins, et, d'autre part, le maintien et la promotion de systèmes inégalitaires. L'impact de la conjoncture sur les expériences, les comportements et les significations locales est analysé. On cherche aussi à comprendre la façon dont les interventions locales et globales concernant la santé peuvent avoir un effet sur les structures sociales globales.

Dans le cadre de ce mémoire, je tiens à préciser que la notion de santé sera appréhendée telle qu'est proposé par Didier Fassin (2001 : 53), c'est-à-dire comme « le rapport de l'être physique et psychique, d'une part, et du monde social et politique, de l'autre ». Aussi, la santé, « qu'elle soit définie comme un état, un capital, un bien ou une norme, est d'abord une valeur, qu'il faut défendre contre d'autres valeurs, notamment des valeurs économiques telles que la productivité et la compétitivité ». Une anthropologie critique de la santé vise donc à rendre explicites des enjeux qui dépassent le « domaine de la santé » et à identifier et interpréter les effets de sens créés par une traduction des réalités sociales en langage sanitaire. Avec Dozon et Fassin (2001 : 352-3), je conçois une interrogation politique double de l'anthropologie critique de la santé. D'abord, plutôt que de critiquer la médicalisation ou l'hégémonie biomédicale,

l'anthropologie critique de la santé constate l'inégale distribution et s'interroge sur les conditions du « droit à la santé » : elle assume l'universalité du droit. Ensuite, l'anthropologie critique de la santé se distancie d'un « devoir de santé ». Elle remet en cause la raison d'être de la prévention, de la transformation des comportements et d'un ensemble de pratiques sanitaires qui se basent sur des vérités scientifiques énoncées. Elle ébranle cette vision de l'expérience humaine qui se trouve rabattue sur la seule dimension biologique de l'existence, occultant de la sorte sa dimension politique.

Somme toute, réfléchir sur l'être humain, c'est avant tout analyser la tension existant entre deux pôles. D'une part, le pôle de l'*universel*, c'est-à-dire l'appréhension de l'être humain comme une *matière vivante* – ce que le philosophe Giorgio Agamben désigne par le terme *zôè* –, et, d'autre part, le pôle du *particulier*, c'est-à-dire l'idée de l'être humain comme un corps différencié dans sa forme, mais aussi dans ses rapports aux autres, donc comme une personne, citoyenne, membre d'une collectivité, porteuse d'une *façon de vivre* qui lui est propre – le *bios* ou la « vie qualifiée » des Grecs retravaillée par Agamben. Afin de penser l'humain de façon éclairée et fructueuse, il s'avère nécessaire de tenir compte *à la fois* de son aspect universel, comme membre de l'humanité, *et* de son aspect particulier d'être relationnel et situé, d'être politique, socioculturel et historique, d'être poétique et moral, c'est-à-dire, d'être qui fait des choix. De la même façon, afin de réfléchir sur les formes contemporaines de l'exercice du pouvoir, on doit se pencher sur une autre tension : celle existant entre, d'une part, le besoin d'aménager la vie collective, de gérer des groupes d'humains et de réguler des pratiques, et, d'autre part, le besoin d'accorder des droits à des êtres singuliers, d'adapter les normes et les institutions à leurs conditions. À cet effet, on peut imaginer qu'aux axes du collectif et de l'individuel s'ajoute un troisième axe, celui de l'institutionnel qui tranche et établit, et qui, inévitablement, recoupe plusieurs niveaux de réalité : ordres familial, communautaire, provincial, national et supranational.

Dans le cas qui nous intéresse, le domaine institutionnel qui se trouve approfondi par un terrain ethnographique est celui de l'intervention professionnelle en santé mentale. Il va sans dire que cette pratique professionnelle particulière, dont je me propose d'examiner les diverses modalités, logiques et effets, recoupe les questionnements anthropologiques et les considérations politiques soulevés en

introduction, et ce, à plusieurs égards. La pratique traverse les cinq niveaux institutionnels susmentionnés, car elle interpelle tant les micro-politiques familiales que celles qui se déploient sur la scène mondiale. De fait, les pratiques relevant du domaine de la « santé » ne font pas exception à l'idée voulant que les discours et pratiques humaines soient entourés et traversés de relations de pouvoir. Qui plus est, puisque le vécu émotif est à la jonction de la vie politique et de la « vie nue » d'Agamben, il s'avère que la pratique observée est *éminemment* politique, particulièrement si on s'attarde à la conjoncture politique locale et actuelle. L'objectif visé par la présente recherche est donc d'enquêter sur ces relations de pouvoir, de les rendre explicites, de dégager les enjeux impliqués, puis, finalement, de prendre position et de proposer des alternatives ou des pistes de réflexion. La problématique ainsi posée m'a amenée à privilégier une nouvelle catégorisation du social, d'emblée politisée, car une telle investigation ne saurait tirer profit d'une analyse classique.

1.3 Savoirs, pouvoirs, discours et pratiques

Force est de constater que les travaux de Michel Foucault ont eu un impact fulgurant au sein des sciences sociales au cours des deux dernières décennies. Aussi, puisqu'un trait marquant de sa pensée est le renoncement à toute une tradition philosophique qui conçoit le savoir comme ne se dévoilant que là où les relations de pouvoir sont absentes, ou du moins suspendues, sa pensée opéra un bouleversement épistémologique à l'intérieur de plusieurs disciplines. Pour Foucault en fait, il n'y a au contraire jamais de savoir sans une constitution simultanée d'un champ de pouvoir, ni d'ailleurs de relations de pouvoir sans qu'apparaisse la construction corrélatrice d'un champ de savoir. Il s'oppose farouchement à ce qu'il a nommé l'« hypothèse répressive », soit l'idée que la *vérité* s'oppose intrinsèquement au pouvoir et joue donc inévitablement le rôle de l'agent libérateur (Dreyfus et Rabinow 1984 : 187). Dans une optique foucauldienne, le pouvoir et le savoir doivent se penser comme entretenant des rapports de *corrélation* plutôt que de *causalité*, de telle sorte que l'enjeu principal revient à déterminer la spécificité historique de ces rapports et les effets de domination et de résistance qu'elle peut entraîner. Foucault (1971) estime en outre que les discours,

ces « paroles institutionnalisées » ou, comme il aimait le dire, « cette violence que l'on fait aux choses », « cette pratique que nous leur imposons », ne font pas que *traduire* les luttes et les systèmes de domination en jeu, mais ils sont plutôt *ce par quoi et pour quoi nous luttons*. Il dirige notre attention vers le fait que toute société opère un contrôle et une organisation sur l'ensemble de ses discours et de ses pratiques discursives, les premiers étant constamment soumis à des systèmes d'exclusion – par exemple le rituel de la circonstance et de la parole interdite, ou alors le partage entre raison et folie puis le rejet de cette dernière – et à des procédures de contrôle interne, comme la dénivellation entre les discours ou la distribution et la raréfaction des sujets parlants. Autre originalité de la pensée de Foucault : il propose de faire porter l'analyse discursive vers l'extérieur plutôt que vers l'intérieur. C'est ainsi dire qu'au lieu de consister en une quête d'un supposé noyau d'où pourrait se révéler une signification profonde, l'analyse devrait plutôt s'attarder aux « conditions externes de la possibilité d'existence des discours ». En fait, les discours, leur contrôle, leur organisation et les pratiques qui les entourent sont toujours en lien direct avec l'exercice du pouvoir et, dans le cas qui nous intéresse, avec l'exercice du biopouvoir et ses techniques institutionnelles.

Un autre trait marquant de la réflexion de Foucault est de penser le pouvoir comme relationnel tout en évitant de le restreindre aux idées du bien et du mal. Pour lui, le pouvoir ne se comprend pas comme un *objet* qu'il serait possible de détenir. Il estime plutôt que son exercice consiste en une *structure totale d'actions* amenée à agir sur d'autres actions possibles. Il peut agir de façon *négative* en rendant plus difficile, en contraignant ou en interdisant, mais il peut aussi agir de façon *positive* en incitant, en séduisant, ou en rendant plus facile. Il considère qu'il agit sur un ou des sujets actants en vertu de leurs actions réelles ou possibles. Le pouvoir, pensé de la sorte, n'est pas une *propriété*, mais plutôt une *stratégie*, et ses effets de domination ne sont pas attribuables à une *appropriation*, mais à des *dispositions*, des *manœuvres*, des *tactiques*, et des *fonctionnements* toujours tendus et en activité. Les relations dont il se tisse se déploient à de multiples niveaux et elles ne sont pas univoques. En fait, elles ne sont pas de l'ordre du *tout ou rien* et du *tenu pour acquis*, mais plutôt de celui de la *lutte constante* (Foucault 1975 : 31-32). Aussi, on peut dire que, d'un point de vue foucauldien, l'exercice du pouvoir est « local dans son application mais global dans son effet »

(Barker 1993 : 78), et que les relations de pouvoir sont « intentionnelles mais non subjectives » (Dreyfus et Rabinow 1984 : 268), en ce sens que les effets globaux échappent plus souvent qu'autrement à la conscience du sujet.

Une grande part de l'édifice théorique de Foucault s'est aussi érigée à partir d'une réflexion originale sur le corps et l'espace, car c'est généralement le corps et ses forces qui sont en jeu dans les rapports de pouvoir et de résistance : leur utilité, leur répartition dans l'espace, leur soumission, leur docilité, etc. Les historiens du corps ont montré que celui-ci a tour à tour été pensé comme siège de besoins et d'appétits, comme lieu de processus physiologiques et de métabolismes, et comme cible d'attaques microbiennes ou virales. On a ensuite montré l'implication et l'importance des processus historiques dans ce qui, de prime abord, apparaît comme purement biologique, puis, avec l'œuvre de Foucault, on ne peut que constater à quel point le corps est aussi plongé dans le politique : il est investi, marqué, dressé, supplicié, astreint à des travaux, obligé à des cérémonies, à des signes, etc. Cet investissement politique du corps est lié à son utilisation économique, à son usage comme force de production dans un système d'assujettissement où les besoins sont soigneusement calculés. Foucault (1975 : 30-31) souligne également que le corps se doit d'être productif *et* assujetti, et que cet assujettissement n'est pas nécessairement obtenu par la violence brutale ou par l'idéologie. Les contraintes peuvent porter sur des éléments matériels, être calculées, organisées, réfléchies, subtiles, ne faire usage ni d'armes ni de terreur, mais rester de l'ordre du physique (à cet effet, voir les notions de « violence structurelle » et de « violence technologique subtile » aux sections 3.2.1 et 3.2.2 du mémoire). C'est ce savoir et cette maîtrise du corps, souvent diffus, disparates et non localisables dans un type défini d'institution ou d'appareil étatique, que Foucault nomme la « technologie politique du corps » (ibid. : 31). Quant à la question de « l'âme », il propose de l'envisager comme l'élément où s'articulent les effets d'un certain type de pouvoir et la référence d'un certain savoir, élément né de procédures de punitions, de surveillances, et de contraintes assignables à une conjoncture historique particulière. Cette « âme » correspond donc à une pièce essentielle dans la maîtrise que le pouvoir exerce sur le corps (ibid. : 34).

1.3.1 Le concept foucauldien de « biopouvoir »

L'exercice du pouvoir a largement été examiné par Foucault et il en a considéré trois grandes modalités, soit le « pouvoir souverain », le « pouvoir disciplinaire » et le « biopouvoir ». Ce passage résume bien, par effet de comparaison, les trois technologies du pouvoir, telles qu'elles sont définies par Foucault :

[L]e souverain et sa force, le corps social, l'appareil administratif. La marque, le signe, la trace. La cérémonie, la représentation, l'exercice. L'ennemi vaincu, le sujet de droit en voie de requalification, l'individu assujéti à une coercition immédiate. Le corps qu'on supplicie, l'âme dont on manipule les représentations, le corps qu'on dresse : on a là trois séries d'éléments qui caractérisent les trois dispositifs affrontés les uns aux autres dans la dernière moitié du XVIII^e siècle.

Foucault 1975 : 134

Pour tenter de cerner le concept de biopouvoir, nous pourrions dire qu'il correspond à une forme particulière et historique de l'exercice du pouvoir et que, grosso modo, il consiste à faire entrer la vie et ses mécanismes dans le domaine des calculs explicites, et à définir et produire un univers peuplé de sujets et d'objets qu'il s'agit de normaliser (Foucault 1976 : 188, Dreyfus et Rabinow 1984 : 291). Il est donc agent de transformation de la vie humaine, s'alliant à une constitution corrélatrice d'un champ de savoir qui prend appui sur le corps (Dreyfus et Rabinow 1984 : 167). En somme, nous assistons au passage de corps *écrasés* dans l'exercice d'un pouvoir souverain, à celui de corps *dressés* dans l'exercice du biopouvoir. Aussi, le biopouvoir s'est constitué autour de deux pôles. D'une part, autour d'un déplacement de l'intérêt politique pour les populations précédemment définies en termes de catégories juridiques, vers une définition de l'espèce humaine en termes de catégories scientifiques. Ce déplacement s'est effectué à l'aide des technologies mises en place au siècle des Lumières dans le but de rationaliser la police des populations. D'autre part, le biopouvoir s'est constitué autour de la production d'un être humain qu'il serait possible de traiter comme un corps docile et productif. Ce pôle correspond à ce que Foucault nomme le *pouvoir disciplinaire*. Il est produit d'une confluence des techniques chrétiennes de déchiffrement de soi et il est évidemment lié à la montée du capitalisme (ibid. : 196-

197). En résumé : contrôle de l'espèce d'une part et contrôle des corps de l'autre. Il s'agit d'une forme de pouvoir qui s'exerce sur la vie quotidienne immédiate et qui classe les individus en catégories, les désigne par leur individualité propre et les attache à leur identité, leur imposant une loi de vérité qu'il leur faut reconnaître et que les autres doivent reconnaître en eux.

La notion de « société de contrôle » ou « société de normalisation » réfère aux collectivités au sein desquelles l'avancée du biopouvoir est très prononcée, c'est-à-dire les sociétés dans lesquelles il représente la modalité première, mais non exclusive, des relations de pouvoir. Foucault stipule que, d'un point de vue historique, tout semble s'être passé comme si le passage d'une modalité du pouvoir organisé autour de la notion de souveraineté n'aurait pas su réagir de façon à pouvoir régir le corps économique et politique des sociétés en pleine explosion démographique et en pleine industrialisation (Foucault 1991 : 47-48). Il définit ainsi la société de normalisation :

La société de normalisation n'est donc pas [...] une sorte de société disciplinaire généralisée dont les institutions disciplinaires auraient essaimé et finalement recouvert tout l'espace – ce n'est, je crois, qu'une première interprétation, insuffisante, de l'idée de société de normalisation. La société de normalisation c'est une société où se croisent, selon une articulation orthogonale, la norme de la discipline et la norme de la régulation.

Foucault 1991 : 51

Si, dans la modalité du biopouvoir, à la norme disciplinaire s'est ajoutée la norme régulatrice, nous devons comprendre qu'au contrôle des corps individuels s'est additionné le contrôle de l'espèce humaine. Hardt et Negri (2000) ont souligné le fait que ce type de société ne peut se maintenir que si l'ensemble des aspirations locales ayant trait à ce que représente un être humain « normal » ou « l'ordre naturel des choses » est intériorisé dans les subjectivités, d'où l'importance capitale des médias dans de tels contextes et la prépondérance des pratiques et discours à tendance psychologue. De fait, l'avantage généralement invoqué de cette modalité politique consiste en une aliénation individuelle de plus en plus autonome par rapport à l'ordre en place ou à l'ordre escompté par l'élite, ordre mondial s'exprimant principalement par le juridique et l'éthique, et maintenu et contrôlé par un État policier. À cet égard, le rôle des Nations Unies consisterait à passer du droit national au droit international ou

« mondial », visée fatidique où éthique et économie politique se rejoindraient enfin. Ironiquement, les mouvements critiques de remise en question de l'épistémologie moderne occidentale comme le post-modernisme renforcent cet « ordre mondial », cette forme paradigmatique du biopouvoir que Hardt et Negri ont baptisée « Empire ». De fait, les « déconstructions » post-modernes vont exactement dans le sens du pouvoir car, comme il a été dit en début de chapitre, elles se veulent a-politiques et, de la sorte, tendent à camoufler l'arbitraire politique des phénomènes et à amener au statut d'universel des situations qui n'ont rien de naturel, en l'occurrence un ordre capitaliste mondial recouvrant tout l'espace et ne respectant aucunes limitations.

Enfin, le biopouvoir est une modalité du pouvoir qui transforme les individus en sujets (Dreyfus et Rabinow 1984 : 302) et le mot *sujet* renvoie à deux sens. Le premier, être le sujet de quelqu'un par le contrôle ou par la dépendance; le deuxième, être lié à sa propre identité par une conscience ou une connaissance de soi (Barker 1993 : 77). Pour Foucault, le sujet utilise des technologies, mais il est également construit par elles (Martin 1988). Cette perspective remet donc en question le sujet herméneutique défini par le christianisme, puis par Freud. De ce point de vue, le sujet opère, et il n'est pas un sujet fondateur. Selon Foucault, des catégories comme « conscient » et « inconscient » ne sont pas des processus d'appréhension du sujet, mais plutôt des catégories construites par la psychanalyse et par d'autres discours – philosophie, littérature, loi, etc. –, à travers lesquelles le sujet moderne est appréhendé et s'appréhende lui-même : des catégories qui le rendent visible, gouvernable, susceptible d'être traqué (Copjec 1995 : 19). C'est en fin de carrière que Foucault s'est attardé aux liens existant entre vérité, pouvoir et sujet (Martin 1988 : 15). Il a alors entrepris la problématisation de la notion même de sujet et s'est intéressé aux modes de subjectivation de l'être humain dans notre culture à travers les technologies du déchiffrement de soi, de l'aveu et de l'examen (Dreyfus et Rabinow : 298). Tandis que ses premiers travaux s'attachaient à comprendre comment on gouverne le fou, ses derniers s'intéressent à définir la façon dont on se gouverne soi-même à travers ce qu'il nomme les technologies du soi (Barker 1993 : 73). Foucault (1976) s'est alors interrogé sur la façon dont les sociétés modernes mettent l'accent sur la constitution du sujet comme une sorte de « moi profond », et il a posé la sexualité comme dispositif discursif historique devenu peu à peu objet d'investigation

scientifique, stratégie de contrôle administratif et de préoccupation sociale, et, enfin, élément-clé pour comprendre l'individu et faire de lui un sujet. Il localise les racines du concept moderne de soi dans la philosophie gréco-romaine des premier et deuxième siècles, ainsi que dans la spiritualité chrétienne du cinquième siècle, ces deux contextes différents étant, selon lui, en continuité historique (Martin, Gutman et Hutton 1988 : 4-5). Aussi, dans le travail de Foucault, les techniques du pouvoir disciplinaire et de la construction du sujet sont conçues comme étant capables de pénétrer le corps matériellement et en profondeur, sans même dépendre de la médiation des représentations du sujet. Si le pouvoir s'empare du corps, ce n'est pas sans avoir d'abord été intériorisé dans la conscience des individus (Copjec 1995 : 19).

1.3.2 Biopouvoir et racisme

La notion de racisme occupe une place de choix dans les analyses foucauldiennees puisqu'elle désigne un phénomène contemporain dont la question de l'exercice du biopouvoir doit rendre compte. C'est précisément comme phénomène inscrit dans le fonctionnement de tout État moderne – dont l'État de droit parlementaire – que le racisme réintègre à la société de contrôle le modèle souverain de la mise à mort et de la guerre : « Le jeu entre le droit souverain de tuer et les mécanismes du bio-pouvoir », poussé à son paroxysme par le nazisme, est une « mécanique inscrite dans le fonctionnement de l'État moderne » (Foucault 1998). De fait, on ne peut que constater que le racisme institutionnalisé n'a pas été l'unique tribut des régimes totalitaires de l'histoire (pensons aux massacres coloniaux, aux pratiques eugéniques ou à l'esclavagisme). Dans l'exercice du biopouvoir, l'État produit une population pouvant être fractionnée, classée et hiérarchisée, une population dont les rapports entre les catégories apparaissent d'emblée « racisés » (Kouvélakis 1997). Alors que la biopolitique fait de la mort une affaire privée – puisqu'elle s'intéresse d'abord à la « vie » et s'applique à « faire vivre » et à « *laisser mourir* » –, le pouvoir contemporain s'en remet nécessairement au racisme lorsqu'il s'agit de réintroduire la fonction meurtrière de l'État de façon *acceptable* ou *légitime*. Foucault définissait ainsi le racisme comme une « condition d'acceptabilité de la mise à mort dans une société de

normalisation » (1991 : 54), car pour que la population entière accepte ce retour du droit souverain de donner la mort, le racisme dans l'exercice du biopouvoir doit se présenter comme une condition de la vie et de son expansion, comme une guerre pourvue d'une mission régénératrice entreprise par l'État contre les populations *indésirables* préalablement racisées. Le racisme consiste ainsi à introduire des césures dans le continuum biologique de la vie prise en charge par le pouvoir et à créer des catégories de populations dotées de valeurs spécifiques. Il détermine une lutte entre ceux qui doivent vivre parce que sains, bien portants et dans la norme, et ceux qui doivent être éliminés parce que malsains, mal portants et hors normes.

La position théorique de Giorgio Agamben, qui conçoit le pouvoir humain comme pouvant aller jusqu'à l'inhumain, appréhende le processus réifiant du biopouvoir comme pouvant dépasser la limite ultime de la communication et de la résistance humaine pour atteindre son apogée dans le racisme d'État, le nazisme par exemple. Dans *Ce qui reste d'Auschwitz* (1999), Agamben avance l'idée qu'une biopolitique poussée à bout peut amener des êtres humains au-delà de l'humain, au-delà de la *vie* humaine (entendue comme une vie qualifiée, une *bios*) où il ne reste à voir que la *survie*, ce qu'il a nommée la « vie nue ». À partir de l'opposition entre le « faire mourir et laisser vivre » du pouvoir souverain et le « faire vivre et laisser mourir » du biopouvoir, il formule le « faire survivre » d'une biopolitique extrême.

Bien qu'à l'heure actuelle la loi interdise le racisme – *surtout* dans le discours –, on ne peut que constater que le contexte juridico-politique en reproduit les conditions. L'analyse anthropologique de notre société met en lumière le lien réel entre les droits sociaux, juridiques, moraux et politiques et « le droit à la vie ». En effet, c'est bien du droit à la vie qu'il s'agit lorsqu'il est question d'inégalités, de précarité, d'exclusion et de pauvreté endémique. La ségrégation sociale et les spoliations institutionnalisées qui s'y rattachent se manifestent notamment par une surmortalité de certaines classes. Les écarts entre l'espérance de vie des membres des classes favorisées et celle des membres des classes ouvrières se comptent en années. Et il va sans dire que ces inégalités sociales atteignent des proportions obscènes à l'échelle de la planète. L'intérêt d'un retour aux sources foucaaldiennes dans l'analyse de ces réalités est donc patent. Il se trouve d'ailleurs que la question du partage est au cœur de l'œuvre de Foucault : partage de la

folie et de la raison, partage du normal et de l'anormal, partage de l'ingrat et du méritant.

1.3.3 Normalisation et résistance

Il est fort intéressant de constater que les recherches portant sur la notion de résistance et, de façon plus générale, sur le phénomène complexe de l'articulation de celle-ci aux relations de pouvoir sont devenues de plus en plus populaires au sein des sciences sociales. Aussi, dans les travaux plus récents, il semble que l'intérêt porte davantage sur la résistance à petite échelle, la « dimension politique s'exprimant souvent comme un événement individuel » (Pandolfi 1994 : 87). Dans la rhétorique actuelle sont fréquemment utilisés les termes de « voix », de « dissidence », de « subversion », d'« insurrection », de « contre-discours » ou de « contre-hégémonie ». Du reste, lorsque nous nous attardons au phénomène de la résistance humaine, nous réalisons qu'elle peut référer tant à un phénomène intrapsychique qu'à des réalités interpersonnelles, tant à des résistances politiques à grande échelle qu'à des micro-résistances vécues dans l'intimité des organes. Il est d'ailleurs maintenant admis que cette notion, au même titre que celle de pouvoir, est un paramètre complexe de tout phénomène humain, de toute relation humaine.

Quelques grandes idées se dégagent des écrits sur la notion de résistance. On dit notamment qu'elle marque la frontière et qu'elle est diagnostique d'un site de lutte intra-et/ou interpersonnelle (Foucault 1976, Abu-Lughod 1990). On soutient qu'elle renvoie à l'idée d'une limite, car « l'être humain ne résisterait pas s'il ne se savait limité et s'il n'avait conscience que ses frontières précisément sont vitales » (Cahen 1994 : 12). En effet, puisque l'être humain est doté d'un appareil biologique portant une fin inscrite en lui-même, l'action de résister demeure une nécessité, un réflexe; ce n'est que par la suite qu'elle devient réflexion. C'est avec *l'expérience* que l'humain s'aperçoit qu'il est aussi important de résister pour ce qui donne du sens à sa vie que pour cette vie elle-même. C'est avec *la pratique de la vie* qu'il réalise qu'une existence assujettie à la crainte perpétuelle de la mort ne mérite pas ce nom. Il n'y aurait pas de résistance sans échelle de valeurs, sans idéal, et conséquemment, puisque les valeurs sont communes,

interpersonnelles et contextuelles, celui ou celle qui résiste n'est pas seul, mais solidaire d'une collectivité. L'action de résister consisterait donc en un acte culturel liant celui ou celle qui résiste à ceux qui partagent ses conceptions du monde et de l'existence. Une forme intéressante de la résistance est donc celle qui consiste à lutter contre les *justifications* et les *rationalisations* qui accompagnent toujours les requêtes d'un groupe envers un autre ou les événements « malheureux ». Lila Abu-Lughod (1990) nous met cependant en garde contre la propension à lire la résistance comme un signe de l'inefficacité des systèmes de pouvoir ou comme un signe de la résistance et de la créativité de l'esprit humain dans son refus de domination. Elle a très justement formulé la question qui s'impose, à savoir si les techniques modernes et les nouvelles formes de pouvoir fonctionnent de façon si indirecte ou offrent des attraits si forts que les gens n'y résistent pas aussi volontiers et aussi facilement. Elle nous rappelle en outre que si les modalités du pouvoir sont multiples, alors résister à un niveau peut entraîner les gens dans d'autres niveaux. Aussi, les formes que peut prendre la résistance sont largement implicites, car les agents opèrent avec des signes qui sont à mi-chemin entre perception et conception. La catégorie de la résistance ne saurait exclure ses formes de manifestations supposément « primitives » ou « fragmentaires ». Conséquemment, la division binaire entre résistance et non résistance n'est pas réelle, tout comme on peut le dire de l'opposition entre les pratiques « symboliques » et « instrumentales » (Comaroff 1985). Scott (1985) montre en outre que les différents niveaux et les différentes formes de résistance mesurent le degré de répression qui structure les options disponibles : la résistance formelle ou informelle, individuelle ou collective, publique ou anonyme, celle qui met au défi le système de domination – sujette à des sanctions légales – ou celle qui vise les gains marginaux, c'est-à-dire qui consiste à « travailler le système à son moindre désavantage ». Toutes ces manifestations sont largement tributaires du contexte dans lequel elles s'inscrivent. La nature de la résistance est grandement influencée par les formes existantes de contrôle du travail et par les croyances concernant les probabilités et la sévérité des représailles. La résistance n'est donc pas nécessairement dirigée vers la source immédiate de l'appropriation. Scott nous rappelle qu'à toute résistance quotidienne et routinière fait écho une forme de répression tout autant quotidienne et routinière : non pas des massacres, mais des éléments de peur qui

structurent la vision et les options disponibles pour les subordonnés. Aussi, le système de domination ultime est celui dans lequel les dominés s'exploitent entre eux, car il semble que même les plus modestes formes de résistance ainsi que leurs effets dépendent d'un certain degré de mutualité parmi les pauvres ou les subordonnés. Le prérequis minimal pour une solidarité de classe est donc négatif : que les pauvres, par exemple, s'abstiennent de se « vendre moins cher » que les autres et d'ainsi magnifier le considérable pouvoir économique de leurs employeurs et de leurs propriétaires. De ce point de vue, la fonction de l'idéologie dominante est de sécuriser la cohésion des classes dominantes. Quant à la conformité des classes subalternes, il semble qu'elle réside davantage dans leur conscience que tout autre chemin est impraticable, dangereux, voire même les deux. En somme, il semble que, chez les populations subjuguées, la résistance a souvent ses racines non pas dans des intérêts de classe, mais d'abord et avant tout dans une économie morale assiégée (Ong 1987).

Certaines observations s'imposent à l'analyse des écrits sur la conceptualisation de la catégorie « résistance ». D'abord, on remarque qu'il existe une tendance tenace à effectuer une dichotomisation entre la résistance *interne*, qui réfère à l'idée d'une agencéité « intérieure », c'est-à-dire opérant à l'intérieur d'une frontière – la peau, le *self* –; et la résistance *externe* qui, pour sa part, est liée à l'idée d'une agencéité « extérieure » – contraintes sociales, déterminismes – face aux manifestations de laquelle « l'individu-entité » *doit* ou *peut* réagir. Bien entendu, l'idée de *devoir* réagir présuppose une fatalité dans l'obligation de communication, alors que celle de *pouvoir* réagir introduit la possibilité d'une absence de communication ou d'une « non possibilité » de communication, comme le propose Giorgio Agamben (1999) avec la notion de « vie nue » et le « musulman » du camp de concentration. Aussi, d'un point de vue foucauldien, l'idée de résister à la domination par la connaissance de soi ou par la proclamation de la vérité va *exactement* dans le sens du pouvoir car elle masque son réel fonctionnement : « l'hypothèse répressive » représente précisément la pierre d'angle de l'avancée du biopouvoir dans les sociétés contemporaines (Dreyfus et Rabinow 1984 : 244). Si nous admettons l'hypothèse de l'avancée du biopouvoir comme modalité première de domination dans les démocraties occidentales, en l'occurrence dans la société québécoise contemporaine, nous comprenons aisément le phénomène actuel

d'engouement envers les pratiques et discours à radical « psy- », ou, au contraire, la résistance farouche que certains opposent à toute forme de pressions vers l'aveu psychologisant ou la « transparence ». De fait, cet engouement témoigne aussi d'un retournement historique dans les processus d'individuation, c'est-à-dire « le moment où on est passé de mécanismes historico-rituels de formation de l'individualité à des mécanismes scientifico-disciplinaires, où le normal a pris la relève de l'ancestral, et la mesure la place du statut, substituant ainsi à l'individualité de l'homme mémorable celle de l'homme calculable, ce moment où les sciences de l'homme sont devenues possibles, c'est celui où furent mises en œuvre une nouvelle technologie du pouvoir et une autre anatomie politique du corps » (Foucault 1975 : 195). Foucault estime que l'aveu, et en particulier l'aveu que fait l'individu de sa propre sexualité, est l'une des composantes essentielles des technologies actuelles développées et utilisées pour contrôler et discipliner les corps, les populations, et la société elle-même (Dreyfus et Rabinow 1984 : 250). Par exemple, nous savons que la cure psychanalytique n'admet pas de droit d'asile : « chez l'analysé cette subordination de l'intellect à la vie affective n'apparaît avec tant de netteté que parce que nous le repoussons par notre analyse dans ses derniers retranchements » (Freud 1975 [1915-1917] : 274). Le traitement ne permet pas au patient de se retirer dans un « lieu » qu'il considérerait comme intime et privé, et où personne d'autre que lui-même n'aurait accès. La cure traque le désir et le vécu émotif. Dès lors, avec la création de « l'individu privé », les liens entre les sciences biologiques, les pratiques à radical psy- et les visées normatives deviennent de plus en plus manifestes. Ils se rencontrent à la jonction individu/population. Aussi, lorsqu'elle est à l'œuvre dans le corps, la gouvernementalité, que Michel Foucault (1994 : 785) définit comme « la rencontre entre les techniques de domination exercées sur les autres et les techniques de soi », s'exprime autant dans les technologies médicales que dans les technologies politiques (Fassin 2000a : 96). Ainsi, « grâce au dispositif de sexualité, le 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 » (Dreyfuss et Rabinow 1984 : 243). Mais, malgré tout, il faut bien rendre justice à Freud et reconnaître la lutte courageuse qu'a menée et que mène toujours la psychanalyse face

au biologisme rampant de notre époque. Quels que soient ses effets normalisateurs, elle n'en demeure pas moins une des rares disciplines du corps médical où la parole et la communication ont encore leur place et où l'être humain ne se voit pas réduit à une panoplie de fonctions « biologico-chimiques ».

Il me semble qu'une des formes de résistance actuellement à privilégier serait l'action de « bien nommer les choses » car le langage sert à établir des espaces d'action commune. Notre identité ne se définit pas qu'en termes de propriétés individuelles : elle nous place aussi dans un espace social. Nous nous définissons en partie selon ce que nous acceptons comme notre place appropriée dans le cadre d'actions dialogiques. Obéir aux règles grammaticales et aux logiques discursives est une pratique sociale. Obéir aux règles d'attitudes et de comportements appropriés est une pratique sociale. Et l'usage social en vigueur établit la liaison qui n'est pas nécessairement causale. Le sens est souvent incorporé plutôt que représenté. Aussi, le temps de l'action est asymétrique. Il projette un avenir avec un certain degré d'incertitude car il y a des occasions où il est difficile d'évaluer la situation. Ce qui est sur le papier un ensemble d'échanges dictés dans la certitude, est vécu sur le terrain dans l'angoisse et l'incertitude, en partie à cause du temps asymétrique de l'action, mais aussi à cause de ce qu'implique le fait d'agir réellement d'après une règle, ce qu'implique le fait de parler. Cette incertitude crée le suspense, c'est-à-dire la possibilité qu'une action ou une parole importante effectue un changement irréversible, même si elle est guidée par des règles (Taylor 1995). La pratique est une interprétation continuelle de ce que la règle veut dire. En outre, la violence est souvent pensée comme un manque de vocabulaire et elle est plus souvent associée à la vitesse, alors que la non-violence agit dans la durée. Cela devient plutôt inquiétant à une époque où la vitesse et la productivité font office d'ordre moral. Alors que le totalitarisme consiste en la négation du conflit, l'action non violente, par des procédés symboliques, tente de le faire émerger. En suivant la pensée d'Hannah Arendt, on peut considérer que l'État de droit est celui qui garantit la gestion non violente du pouvoir. Mais c'est précisément cette équation théorique entre démocratie et non-violence qui rend problématique la question de la légitimité de la résistance dans un tel contexte (Semelin 1994 : 168). Et « l'État est en effet cette forme particulière de la collectivité qui a pour caractéristique de se nier comme particulier » (Colliot-Thélène

1995 : 638). La négation du conflit consiste en la négation de l'autre et tout peut être perçu comme « autre » selon les conditions et les configurations des circonstances (Csordas 1990 : 34). L'altérité est une caractéristique de la conscience humaine plutôt que de la réalité objective. À ce compte-là, quelle collectivité pourrait prétendre détenir le privilège – ou le supplice – de désigner les critères de normativité pour l'ensemble de l'humanité ?

1.4 Considérations méthodologiques

L'élaboration graduelle du sujet de cette recherche et le choix de l'angle théorique utilisé pour en rendre compte ont été inspirés et sont issus de diverses sources : interrogations, observations, expériences personnelles, lectures, conversations, commentaires pertinents glanés çà et là. En effet, le thème de la présente enquête n'est pas fortuit puisqu'il recoupe plusieurs intérêts personnels et témoigne d'une insatisfaction amère face au statu quo éthique, juridico-politique et normatif du contexte dans lequel nous vivons. De plus, le caractère qualitatif et exploratoire du projet rend possible une procédure plus inductive et permet une grande flexibilité dans la cueillette et l'analyse de données qui, eu égard à la complexité du phénomène observé, se prêtaient plutôt mal à une approche rigide.

Dans un premier temps, la littérature pertinente a été recensée et des documents officiels – gouvernements canadiens et québécois, ONU (Organisation des Nations Unies), ONG et institutions locales – ont été dépouillés dans l'intention d'explicitier le contexte juridico-politique local, national et international à l'intérieur desquels s'inscrivent la pratique et les discours étudiés. C'est dans un deuxième temps qu'a été menée l'enquête de terrain proprement dite. Pour analyser une somme non structurée d'écrits, d'observations et de commentaires faits par des professionnels œuvrant avec des populations immigrantes ou dans le domaine de la santé mentale, la technique d'enquête qui a été privilégiée dans la réalisation du projet a été l'entrevue semi-dirigée avec des informateurs-clés. La sélection et le recrutement des personnes à interviewer se sont faits par mon implication au sein d'un réseau d'intervention local formé de professionnels de divers domaines – médecins, avocats, psychologues, travailleurs

sociaux, etc. –, qui travaillent avec des personnes ayant vécu la torture ou la violence organisée, le RIVO (Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée). Tous les membres du réseau qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale ou qui coordonnent les interventions ont été contactés, et 11 d'entre eux ont accepté d'être rencontrés en entrevue. Un texte résumant la recherche leur a été remis et un formulaire de consentement conforme aux exigences du comité d'éthique de l'université a été créé et dûment signé par chacun des participants. Les rencontres se sont déroulées en français à une exception près où l'anglais a été utilisé à la demande de l'intervenant. Les échanges ont été enregistrés sur cassette audio sauf dans trois cas. Notons que l'analyse de ces trois entretiens diffère légèrement de celle des autres puisque les données résultant de ces rencontres consistent uniquement en notes manuscrites incomplètes plutôt qu'en transcriptions littérales de la conversation sous forme de « verbatim » d'entrevue.

Deux guides d'entrevue ont été créés. Afin de documenter la pratique professionnelle *vue de l'intérieur*, un premier guide a été conçu autour de catégories pouvant rendre compte du discours de l'intervenant clinicien quant à sa pratique, quant à sa conception du social, du politique et du culturel, et quant à sa position personnelle et/ou professionnelle au sein de réseaux locaux et globaux. Les catégories explorées étaient : (a) la trajectoire professionnelle, (b) l'encadrement institutionnel de la pratique, (c) le cadre méthodologique, (d) l'orientation conceptuelle et théorique, (e) les critères de légitimité, et (f) les liens entre l'intervention et le contexte. Je tiens néanmoins à préciser qu'au cours du déroulement des entrevues, le guide n'a pas toujours été suivi à la lettre. Cependant, j'ai toujours gardé en tête mon objectif qui était de comprendre la pratique professionnelle du participant, son arrière-plan théorique et méthodologique, les contraintes – institutionnelles ou autres – auxquelles il ou elle doit faire face, et sa position face à celles-ci. Je visais, à l'aide d'une analyse approfondie, à comprendre l'organisation conceptuelle de son discours qui ne va pas sans révéler sa position éthique et politique face aux problématiques abordées. Mais pour éviter de transformer la rencontre en interrogatoire rigide et pour laisser libre cours à la logique spontanée de l'intervenant, le guide d'entrevue a davantage été utilisé comme aide-mémoire et il n'a généralement été consulté que dans le but de m'assurer que l'ensemble des questions

avaient bien été abordées. Aussi, afin de documenter l'aspect *institutionnalisé* de la pratique professionnelle, des entrevues ont été réalisées avec des professionnels non cliniciens œuvrant auprès des réfugiés ou des intervenants. Un deuxième guide d'entrevue a été élaboré afin de recueillir des informations relatives à l'encadrement institutionnel et juridico-politique de la pratique professionnelle ainsi qu'en ce qui a trait à son développement historique. Les catégories ou thématiques que je voulais couvrir par l'entretien étaient : (1) l'historique, (2) l'actualisation de l'intervention professionnelle, (3) l'encadrement institutionnel et, enfin, (4) les liens entre l'intervention et le contexte. Encore une fois, même si au cours des entrevues le guide n'a pas toujours été respecté à la lettre, je gardais néanmoins en tête mon objectif qui était de comprendre la trajectoire historique et l'encadrement de la pratique thérapeutique à laquelle la personne interviewée participait. Cette fois, mon but était de recueillir des informations quant à l'aspect *institutionnalisé* de la pratique, particulièrement en ce qui concerne la coercition juridico-politique exercée par le contexte sur la pratique observée tout en m'attardant à la trajectoire de la pratique dans le contexte montréalais.

L'analyse des données recueillies fait l'objet du deuxième chapitre du mémoire. Les sous-sections de ce chapitre sont d'ailleurs directement issues des propos des professionnels interviewés, car les thèmes centraux de l'analyse ont été déterminés par une combinaison entre le discours des répondants et les catégories préalablement établies sous forme de grilles de codage. Les trois grandes phases du projet – recherche documentaire, collecte et analyse des données ethnographiques, et rédaction du mémoire – n'ont pas été menées de façon linéaire. Elles ont davantage consisté en une sorte de va-et-vient continu entre lecture, expérimentation, réflexion et écriture.

CHAPITRE II :

La pratique professionnelle et ses enjeux

Par définition, l'action institutionnelle participe toujours d'une entreprise normalisatrice des comportements et vise à établir et à diffuser des valeurs sociales dominantes. Elle quadrille l'espace social pour mieux le contrôler et pour contraindre : contrôle des corps, de la maladie, des discours, de l'espace, du temps, etc. L'institution s'inscrit donc dans un système de domination donné et elle recèle une part de violence. C'est en ce sens que les pratiques psychothérapeutiques institutionnalisées, bien que visant à faire cesser ou à diminuer une souffrance, n'en appellent pas moins l'idée d'un contrôle social par une normalisation des individus. Partant de cette prémisse, je compte dégager, dans le cadre de cette étude ethnographique, les stratégies déployées par les thérapeutes face aux tensions éthiques amenées par leur pratique professionnelle. Au risque de me répéter, je tiens à préciser que cet objet d'étude a été choisi en grande partie en raison de son caractère politique. Le principal objectif de ce chapitre consiste donc à cerner la place et la posture discursive des intervenants cliniques qui se trouvent à la croisée d'un ensemble de jeux de pouvoir. Son contenu se divisera en trois sections : (a) l'historique de la pratique, (b) sa logistique locale et actuelle, et (c) le discours des intervenants.

Avant de me pencher sur la posture des praticiens rencontrés en entrevue, il m'apparaît essentiel d'effectuer un historique des pratiques professionnelles et discursives ici étudiées afin de pouvoir comprendre leurs modalités actuelles d'un point de vue généalogique. Bien que, de prime abord, l'insertion d'un historique dans le cadre d'un mémoire critique apparaît inopportune, mon intention est néanmoins claire : je désire mettre en relief l'imbrication de l'historique local et global dans l'élaboration et dans l'institutionnalisation des discours et des pratiques, psychothérapeutiques en l'occurrence. C'est pour cette raison que, d'abord, je vais sommairement explorer la nébuleuse de discours ayant encadré, organisé et orienté la pratique professionnelle, soit les ethnopsychiatries² et psychiatries transculturelles, telles qu'elles se sont développées

² Pour une rétrospective des divergences et convergences dans les diverses appellations – ethnopsychiatrie, ethnopsychanalyse, psychiatrie transculturelle, etc. –, voir l'article de Patrick Fermi dans

dans différents contextes en Europe et en Amérique. Deux axes sont dégagés de l'ensemble des trajectoires cliniques et théoriques : le premier, dont l'exposé devant en rendre compte s'intitule « De la clinique coloniale au thérapeute traditionnel », s'intéresse à la trajectoire européenne, se concentrant essentiellement sur le cas français; le second, que je désigne par le titre « Souffrance, "récits de maladie", violence et subalternité », combine principalement les orientations italienne et américaine.

La deuxième section du chapitre porte sur l'articulation locale et actuelle de l'intervention clinique. Ses principales modalités sont décrites – activités, coordination des interventions, financement, approches cliniques et stratégies d'intervention –, et les incidences de certaines contraintes, financières ou autres, sont abordées.

Finalement, les propos récoltés en entrevue concernant l'orientation éthico-politique des thérapeutes sont présentés à la troisième section du chapitre. Les stratégies privilégiées sont exposées et organisées selon cinq grands thèmes directement issus du discours des informateurs. L'entreprise vise à situer et à réfléchir sur la place et la posture des intervenants.

2.1 Trajectoires critiques de l'ethnopsychiatrie et de la psychiatrie transculturelle occidentales

Autour des années 1950, les rapports entre l'anthropologie et la psychiatrie se sont d'abord présentés comme une série d'emprunts conceptuels enrichissant tantôt l'une, tantôt l'autre des deux disciplines (Corin 1993 : 5). Cependant, par des évolutions respectives des deux disciplines – d'une part, vers le paradigme biomédical en psychiatrie, et, d'autre part, vers une réflexion critique sur l'épistémologie scientifique en anthropologie –, on a graduellement assisté à la mise en place d'un dialogue de sourds. Pourtant, plusieurs enjeux s'offrent à la collaboration entre les deux disciplines. D'abord, comme le souligne Corin (1993 : 6), en conjuguant les perspectives de l'anthropologie interprétative et de l'anthropologie critique actuelle, le défi pourrait être de réintroduire un principe d'ouverture et de réorganisation au cœur du savoir dominant

en Occident. Aussi, le projet pourrait être de rendre possible une approche clinique ouverte aux dimensions humaines de l'expérience psychopathologique.

Sans vouloir réduire et simplifier à outrance l'ensemble des courants théoriques et pratiques s'étant développés au confluent des réflexions entourant la culture et le psychisme, il est néanmoins possible de regrouper les relations complexes entre l'anthropologie et la psychiatrie – j'inclus ici la psychanalyse et les différentes écoles de psychologie – selon deux grands axes. Aussi, aux fins de l'exposé, j'ai réuni les discours et pratiques selon ce qui m'apparaît comme deux obsessions, du moins deux tendances prononcées : d'une part, l'obsession du culturel, et, d'autre part, l'obsession du politique. Il va sans dire que les deux positions, du moins dans leur version absolue, présentent leurs écueils respectifs : celui de réduire l'autre à sa « culture » ou celui de réduire l'être souffrant à ses luttes politiques.

2.1.1 De la clinique coloniale au thérapeute traditionnel

En règle générale, on situe les origines de la psychiatrie culturelle au début du XX^e siècle, lors d'un voyage à Java par Emil Kraepelin, psychiatre allemand considéré par plusieurs comme le père de la psychiatrie moderne. L'objet de ce voyage était d'explorer le caractère universel de certaines affectations psychiatriques. Aussi, nous pouvons constater que les premiers écrits portant sur l'ethnopsychiatrie et la psychiatrie culturelle étaient largement liés à l'entreprise coloniale, que ce soit sous forme de récits rapportés par des explorateurs ou sous celle d'une prise en charge médicale par les puissances coloniales des personnes vivant sous leur emprise (Kirmayer et Minas 2000). Il semble que ce soit au cours des années 1950 que l'ethnopsychiatrie clinique, sous l'égide de l'Empire colonial britannique, est entrée dans le domaine politique de la gestion des populations. Avec la rédaction d'un rapport devant explorer les sources d'un mouvement révolutionnaire local, John Colin Carothers, médecin chargé d'enquêter sur la révolte des Mau Mau au Kenya, a, le premier, imposé une version des événements qui interprétait la révolte sur un plan culturel et psychopathologique, affranchissant de la sorte les exactions britanniques et justifiant la répression comme pratique thérapeutique (Fassin 2000b : 232).

Un peu plus tard, parmi le Groupe de Dakar au Sénégal qui s'est formé dans les années 1960 autour d'Henry Collomb et qui comprenait, entre autres, Marie-Cécile et Edmond Ortigues ainsi qu'Andras Zempléni, on a repris la réflexion entourant la relation culture/psyché et la prise en charge des troubles psychiatriques dans un désir de renouvellement du cadre clinique en contexte de transition postcoloniale. Outre quelques réalisations innovatrices accomplies par les cliniciens de l'École de Fann – l'introduction d'accompagnants de patients à l'hôpital et l'attention portée au rôle des représentations traditionnelles en cours de thérapie, par exemple –, les membres de ce groupe se sont également attardés à un aspect plus politique de la rencontre. Ils ont tenu compte du fait que les positions respectives des cliniciens et des patients, étant enchâssées dans un système de statuts, ne sauraient être sans influence sur la consultation, du moins en ce qui concerne la relation ambivalente du patient face au monde occidental (Corin 1997 : 346).

Depuis une dizaine d'années, il s'est créé en France un débat autour de la pratique de l'ethnopsychiatrie, débat parfois virulent qui oppose principalement Tobie Nathan, chef de file de l'ethnopsychiatrie française, et Didier Fassin, médecin et anthropologue privilégiant une approche résolument critique en ce qui concerne la santé (voir la section 1.2 *Anthropologie critique de la santé*). Ce dernier se soulève contre ce qu'il estime être de l'ordre d'un essentialisme culturaliste, voire même d'une campagne d'enfermement des individus dans leurs appartenances culturelles. Pour Fassin (2000b), le type d'ethnopsychiatrie pratiquée par Nathan manque, d'abord, à reconnaître le culturel migrant comme étant d'emblée métissé et continuellement transformé au fil des expériences, mais aussi, tend à mettre de l'avant une irrémédiable altérité qui peut ouvrir vers des élaborations racistes néocoloniales. Il place ce type de discours et de pratiques en lien généalogique avec l'entreprise coloniale. Aussi, certains s'étonnent que Nathan ne soit ni médecin, ni psychiatre (Charlemaine 1998 : 82), et plusieurs s'interrogent sur la légitimité de se réclamer de l'enseignement de Georges Devereux (1977 [1970]) en s'insurgeant, à l'instar de Fassin, contre ce qu'ils considèrent être un relativisme culturel absolu, une justification des ghettos, un ethnicisme, et une indifférence à la pluralité identitaire (Policar et Taguieff 1997). Ces critiques soulèvent d'abord et avant tout la question des frontières. Alors qu'à travers ses premiers écrits, le désir d'aider les

migrants à négocier les frontières culturelles était patent, ses récents travaux donnent davantage l'impression d'un projet de réarticulation des individus dans leurs traditions culturelles, peu importent les circonstances. Cette position présuppose une vision statique de la culture et des gens dans celle-ci, position qui, nous le savons bien, est largement critiquée dans les individus contemporains en anthropologie. Il est maintenant admis que les cultures ne sont pas homogènes et que nous pourrions plutôt les appréhender comme multivocales et paradoxales. Aussi, la relation entre l'individuel et le collectif est beaucoup plus dialectique que ne semble le suggérer Nathan. Les gens utilisent souvent les mêmes idiomes thérapeutiques, mais de façon différente selon leur histoire de vie personnelle (Corin 1997 : 356). Alors que dans ses premiers ouvrages, il semblait privilégier une approche universaliste de la psyché humaine, l'orientation et les visées de Nathan apparaissent maintenant comme davantage instrumentales. Il en est peu à peu venu à localiser le phénomène de guérison dans les techniques du guérisseur plutôt que dans les croyances et les représentations (Nathan 1994). Sa pensée s'est donc graduellement déplacée d'une approche herméneutique de la guérison vers une nouvelle position, résolument pragmatique, et il semble soutenir l'idée d'une « nature culturelle du psychisme » (Rechtman 1995 : 647). Sa position met également de l'avant le problème de l'autorité, car dans l'ensemble des sociétés traditionnelles, les guérisseurs qui se désignent eux-mêmes sont habituellement des charlatans (Corin 1997 : 355).

En réponse aux critiques qui lui sont destinées, Nathan soutient que le propre de son approche est de tenir compte de l'importance des appartenances et que son propre rôle correspond à celui d'un médiateur plutôt qu'à celui tant reproché de « gourou ». Il ajoute que, dans le contexte actuel de mondialisation, il est nécessaire de défendre ce qu'il surnomme les « produits locaux » face aux « produits psychiatriques certifiés rationnels » ou « certifiés universels » (Nathan 2000a). En d'autres termes, il estime que les pratiques traditionnelles peuvent *également* fournir des solutions aux problèmes rencontrés, et non pas *seulement*. Aussi, Nathan conçoit-il sa position comme une réponse politique face à l'attitude dominante française, fortement empreinte de républicanisme et d'universalisme. Il soutient que la clinique ethnopsychiatrique met en scène des enjeux politiques dans la forme même de son dispositif. Elle introduit une nouvelle démocratie qualifiée de contradictoire. En outre, Nathan (2000b) corrige l'idée

voulant que l'ethnopsychiatrie qu'il promeut soit une psychiatrie spécifique pour migrant et précise qu'elle vise à utiliser la présence des migrants pour repenser la compréhension et la prise en charge des troubles mentaux en Occident.

En somme, et nonobstant ces querelles théoriques qui mettent en relief certaines affiliations politiques divergentes, il est intéressant de noter que le développement des discours et pratiques ethnopsychiatriques en usage dans un contexte donné est directement lié à l'histoire migratoire du pays et aux idéologies locales de citoyenneté (voir Kirmayer et Minas 2000 à ce sujet). Cette remarque vaut également pour le contexte nord-américain où, par exemple, l'idéologie du multiculturalisme canadien, l'histoire du relativisme culturel américain, ou, plus récemment, les propagandes sécuritaires et sanitaires laissent leurs traces sur les discours et pratiques cliniques en place.

2.1.2 Souffrance, « récits de maladie », violence et subalternité

Contrairement aux approches décrites précédemment qui mettent davantage l'accent sur l'apport du culturel dans la compréhension des troubles psychiques et dans leur thérapeutique, un autre ensemble de discours et de pratiques portent leur attention sur l'importance du politique dans l'appréhension de ces réalités. Ces approches se concentrent sur les rapports sociaux, les rapports de pouvoir et les situations de domination en place. En Europe, l'anthropologue et philosophe Ernesto De Martino, considéré par plusieurs comme le fondateur de l'ethnopsychiatrie italienne, a élaboré au cours des années 1950-1960 une approche idéologique résolument politique qui présentait le corps comme le lieu de résistance des classes subalternes. Ce type d'analyse ethnographique, qui met en relief l'historique et le politique, considère le travail de terrain comme une action politique et caractérise la position de l'anthropologue d'un « ethnocentrisme critique » jamais neutre. L'approche demartinienne, que nous pourrions qualifier de « militante », ne va pas sans rappeler les récents débats soulevés par plusieurs anthropologues contemporains s'inscrivant dans les courants critiques (voir la section 2.1 *Une crise de la représentation dans les sciences humaines*). De fait, on constate qu'une conception de la subjectivité selon une

perspective anthropologique, mais aussi en termes philosophiques, était déjà explorée par De Martino (Pandolfi 1993 : 61). L'importance du mouvement de la « *Psichiatria Democratica* », initié dans les années 1970 par Franco Basaglia, est également notable dans la trajectoire italienne, car ce mouvement a mené une réflexion de fond sur le pouvoir institutionnel ayant abouti à une réforme des institutions psychiatriques. S'inscrivant dans une tradition italienne de vigilance critique envers les institutions publiques, le modèle mis de l'avant proposait une prise en charge institutionnelle qui ne détruit pas les individus marginalisés et qui responsabilise l'ensemble de la société en ce qui concerne la souffrance psychique. Les idées de Basaglia, proposant une critique radicale des institutions, ont su politiser le domaine de la maladie mentale et y ramener une dimension éthique (Pandolfi et Bibeau, sous presse).

Un peu plus tôt de ce côté-ci de l'Atlantique, Eric Wittkower et Jack Fried créaient en 1955 la section d'études psychiatriques transculturelles à *McGill University* et mettaient sur pied un réseau d'échanges de données concrétisé par la *Transcultural Psychiatric Research Review*, devenu aujourd'hui le périodique scientifique *Transcultural Psychiatry*. En 1981, la division de psychiatrie sociale et transculturelle a été inaugurée à *McGill University* dans le but d'intégrer les activités de recherche et d'enseignement dans les domaines de l'anthropologie et de la psychiatrie. Parmi les premiers membres de la division, citons H. B. M. Murphy, Eric Wittkower et Raymond Prince qui ont conduit des projets de recherche précurseurs sur divers sujets, notamment sur les variations culturelles des troubles psychiatriques, des pratiques de guérison, et des attitudes envers les maladies mentales.

Fait intéressant à noter : c'est le terme « psychiatrie transculturelle » qui est préféré à celui d'« ethnopsychiatrie » en Amérique du Nord. Il semble en outre qu'en anglais, le terme « *ethnopsychiatry* » réfère davantage aux théories psychiatriques indigènes qu'à une psychiatrie fondée sur une vision universelle du psychisme humain. Kirmayer et Minas (2000) identifient trois grandes phases dans la trajectoire de l'approche culturelle en psychiatrie. D'abord, comme il a été mentionné (voir à la section 2.1.1 *De la clinique coloniale au thérapeute traditionnel*), toute la période couvrant l'étude comparative de la forme et de la prévalence des troubles psychiatriques constitue la première phase de cette trajectoire. Cette phase issue du colonialisme tend à

« exotiser » les populations non occidentales et les fait apparaître comme formées d'individus aux idées irrationnelles et aux comportements incompréhensibles. À ce jour, les relents de cette période se font encore sentir dans le contenu du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) qui recense une sorte de « musée de l'exotique » avec les *culture-bound syndromes* et présente les catégories issues de l'histoire américano-européenne comme étant le modèle universel auquel peuvent se greffer des particularités locales. La deuxième phase se caractérise par l'étude des populations migrantes et des variations culturelles de la maladie au sein de nations multiculturelles. Plusieurs études intègrent cependant la variable culturelle tout en négligeant la diversité interne de la plupart des pays, qu'il s'agisse des clivages de classe, de genre, ethniques, religieux, etc. Enfin, la troisième phase de la psychiatrie culturelle signe le retour du dialogue entre l'anthropologie et la psychiatrie et examine la théorie et la pratique psychiatrique en tant que constructions culturelles. Aujourd'hui, on s'intéresse de plus en plus aux questions touchant l'équité et le caractère approprié des soins face à la diversité des populations.

Au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, cette ouverture graduelle de la psychiatrie à la réflexion anthropologique s'est effectuée sous l'influence de certains penseurs, notamment parmi les membres de l'École de Harvard aux États-Unis à partir des années 1970. Un point central et instigateur de la réflexion de ces chercheurs est le constat subjectif d'un surplus de sens qui, sans exception, déborde la « maladie-entité ». Pour Good et Kleinman (1985 : 493), la psychophysiologie n'est pas *que* biologie : elle est biologie *humaine*, donc indissociable du langage, du sens, et des relations sociales. Ils effectuent une distinction entre la « maladie » (*disease*), telle qu'elle est représentée en biomédecine, c'est-à-dire localisée dans un lieu séparé ou dans un processus physiologique, et « l'expérience de la maladie » (*illness*), telle qu'elle est présente dans une vie et ancrée dans l'historicité humaine, dans la temporalité des individus, des familles et des communautés. L'expérience de la maladie est représentée par les récits de ceux qui souffrent et, à l'instar de l'objet esthétique ou du texte narratif complexe, elle ne saurait être toute représentée à la fois ou d'un seul point de vue (Good 1994 : 158). C'est donc à partir d'un souci de réintroduire une approche humaniste, « expérientielle » et culturelle dans la construction du savoir médical (Corin 1993 : 10),

et à partir d'un désir de récupérer la signification globale de l'être humain et la dimension éthique de l'expérience (Pandolfi 1994 : 90), que l'ethnographie de l'expérience a pris forme. L'apport considérable de cette approche est l'analyse des « récits de maladie » (*illness narratives*) et l'ouverture à l'interdisciplinarité. Ces particularités sont notamment visibles dans le choix et dans la construction de catégories-clés – les émotions, le corps, la douleur, l'expérience, la personne, etc. – qui peuvent circuler librement d'un cadre disciplinaire à un autre. Pour Arthur Kleinman et Byron Good (1985 : 8), le culturel se situe à l'intersection du sens et de l'expérience. Leur analyse se centre sur le pont symbolique liant le psycho-biologique et les réalités sociales. Elle conçoit la maladie (*disease*) comme une « construction d'experts », et l'expérience de la maladie (*illness*) comme une « construction populaire » (ibid. : 12-13). La souffrance est non seulement exprimée, mais constituée à travers les discours populaires et professionnels, particulièrement ses sources et ses conséquences. Un changement historique notable à ce propos est la diminution d'usage de vocables moraux et religieux dans les formes de souffrances actuelles, expulsant de la sorte la dimension de l'esprit humain et du sacré. Il va sans dire que l'expérience et le traitement de la douleur et de la souffrance sont enchâssés culturellement, et que les processus symboliques qui relient le corps et le *self* aux significations et aux relations changent parallèlement à de plus vastes transformations sociétales et culturelles (Chen, Kleinman et Ware 1992 : 13-14, Kleinman 1986). Pour cette école de pensée, le défi d'une anthropologie de la souffrance est de cartographier les causes, les traits, et les implications de la transformation de la condition humaine en Occident, et de la contraster avec d'autres sociétés et d'autres époques.

Donnant suite aux travaux de Kleinman, Good (1994 : 169) souligne l'attention critique devant être portée aux activités formatives à travers lesquelles l'expérience de la maladie et de la souffrance est constituée, est construite en objet de savoir et de contrôle, est enchâssée dans l'expérience et la vie sociale, et est transformée par les thérapies et par le travail de la culture. Il incorpore les théories de la critique littéraire à l'analyse des récits de maladie et de leur interprétation en portant une attention particulière aux aspects de l'intrigue compris dans la théorie. Dans cette perspective, l'intrigue est pensée comme une structure qui souligne le récit, et la « mise en intrigue »

(*implotment*), comme l'activité effectuée par le lecteur ou par l'auditeur d'une histoire qui s'engage, dans l'imaginaire, à attribuer du sens à l'histoire. Good (1994) estime que ces notions sont pertinentes à l'analyse des récits de maladie. L'intrigue est ce qui donne de l'ordre à une histoire, c'est-à-dire ce qui ordonne les événements et les relations qui les connectent les uns aux autres. Elle est l'ordre significatif par lequel les expériences et les événements sont reliés ensemble pour constituer une histoire. L'intrigue n'est pas une forme finie ou une structure, mais plutôt un engagement envers ce qui a été dit jusqu'à maintenant, le tout mis en relation avec des dénouements possibles et imaginés. Les situations difficiles, les efforts et les éventuels dénouements sont des traits centraux de la syntaxe des histoires humaines. Selon Good (1994 : 145), il s'agit là d'éléments fondamentaux dans les histoires concernant l'expérience de la maladie et de la souffrance. Mises à part quelques exceptions, les récits ne sont pas complets puisqu'ils sont racontés à partir de la complexité du présent et de l'expérience. Les acteurs sont donc encore engagés dans une quête de cure, dans l'imagination de dénouements alternatifs – dont la guérison –, dans l'évaluation des significations potentielles du passé et dans la recherche de traitements. Aussi, l'effet du récit de maladie s'accomplit en sollicitant l'imagination de l'auditeur, en le faisant pénétrer le monde présumé par le texte. Il saisira alors la situation du point de vue des divers acteurs en jeu et expérimentera leurs actions et les événements comme s'ils étaient ouverts et indéterminés, même si l'histoire a une structure et une fin. C'est donc par cette réalité « subjunctivisante³ » que les récits atteignent le succès escompté. Cette ouverture des possibilités ne tient pas ses sources uniquement du fait que les récits présentent une structure narrative, mais tout autant de l'idée que les narrateurs - la personne souffrante, les proches de celle-ci, les professionnels cliniciens - sont eux-mêmes au centre de l'histoire qu'ils racontent. Les récits maintiennent des perspectives multiples et une myriade de lectures possibles : le point de vue d'un thérapeute religieux, d'un ami, d'un médecin ou d'un psychiatre, par exemple. La personne, face à un système thérapeutique pluriel, peut utiliser chacune des formes de guérison offertes. De la même façon, « les nouvelles expériences appellent une réinterprétation des expériences passées et

³ Terme élaboré par Bruner (1986, cité dans Good 1994 : 153) à partir de celui de *subjunctif*, et voulant exprimer la contingence ou le caractère hypothétique d'une action ou d'un état, qu'il soit craint, désiré ou douté.

suggèrent des nouvelles possibilités pour le futur, dans la vie comme dans la lecture » (Good 1994 : 155, traduction libre). Le processus engage un va-et-vient continu entre attentes modifiées et mémoires transformées. Un aspect primordial des histoires de maladie est le fait que leurs formes variées, voire même compétitives, sont présentes dans les récits *précisément* afin de maintenir la « subjonctivité » et l'ouverture au changement (ibid. : 153-158). On note d'ailleurs que les récits de cas tragiques ou sans espoir ne présentent pas une telle ouverture. Les récits de maladie sont donc mobiles, créatifs et intersubjectifs. À titre d'exemple, les politiques familiales sont non seulement présentes en sous-texte de la plupart de ces histoires, mais elles sont également centrales à la pragmatique même de la narration. Les récits se présentent souvent comme des compromis stratégiques (ibid. : 158). À la différence des histoires de cas, ils sont loin d'être statiques. Ils mettent la réalité en relation avec l'inattendu, l'extraordinaire et le mystérieux. Une fois racontés, ils échappent à leur cadre original discursif et performatif. Leurs effets et leurs interprétations sont imprévisibles : ils ne peuvent être contrôlés par leur auteur.

De nos jours, cette école de pensée dialogue fréquemment avec l'ethnopsychiatrie québécoise. Aussi, l'apport du GIRAME (Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie) est très important dans la trajectoire montréalaise. Ce groupe de chercheurs et de cliniciens, créé autour de H. B. M. Murphy, Gilles Bibeau et Ellen Corin au début des années 1980, a été le premier lieu de réflexion dédié à l'interface culture/psychisme en Amérique du Nord⁴. Finalement, la contribution d'auteurs latino-américains comme Vinar et Vinar (1989), ayant réfléchi la position politique des thérapeutes œuvrant auprès de personnes ayant subi une expérience de torture, est également à souligner dans la trajectoire américaine. En somme, le groupe de pratiques cliniques et discursives dont il est ici question s'avère davantage tourné vers une compréhension sociopolitique et historique des phénomènes de souffrance.

⁴ <http://www.carnetpsy.com/Archives/Dossiers/Items/Ethnopsychanalyse/p6.htm>, consulté le 26/04/04

2.2 Logistique de l'intervention locale et actuelle

Au cours des dernières années, et plus particulièrement depuis le début des années 1990, l'intervention institutionnalisée en santé mentale s'est spécialisée à Montréal. On propose ainsi des interventions en psychiatrie transculturelle ou en ethnopsychiatrie dans certains centres hospitaliers de la région urbaine. En 1993, la Clinique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon a été créée par Carlo Sterlin et Cécile Marotte afin de répondre aux besoins des populations migrantes environnantes. Les activités cliniques proprement dites ont débuté en novembre 1995 et les praticiens utilisent un dispositif groupal inspiré de l'approche française de Tobie Nathan (Marotte 1996). En 1997, la première clinique psychiatrique transculturelle au Québec consacrée à la santé mentale des enfants et des familles réfugiées a été créée à l'Hôpital de Montréal pour enfants⁵ et est dirigée aujourd'hui par Cécile Rousseau. Quelques années plus tard, en 1999, Jose Adolfo Segura, psychiatre d'origine chilienne, a fondé le Service d'ethnopsychiatrie de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Aussi, pour pallier les lacunes des programmes de formation professionnelle, l'Hôpital Juif de Montréal offre, outre des interventions en clinique transculturelle menées sous l'expertise de Laurence Kirmayer, un service de consultation culturelle aux praticiens du secteur de la santé mentale et de la psychiatrie qui rencontrent des difficultés à diagnostiquer ou à traiter un patient pour des raisons culturelles.

Sur le plan institutionnel donc, la clinique québécoise est soumise à l'influence homogénéisante qu'opèrent sur la psychiatrie et la psychologie la biologie, le comportementalisme et les sciences cognitives. Il s'agit là d'un mouvement qui s'impose de plus en plus, particulièrement aux États-Unis, mais aussi dans l'ensemble de l'Amérique du Nord. En revanche, l'ethnopsychiatrie représente une voix discordante dans cette puissante tendance et échappe en partie à cette emprise en raison de ses liens avec l'anthropologie critique. Le modèle clinique québécois se situe donc entre la tradition européenne et l'influence américaine. Ces deux pôles, de même que d'autres positions intermédiaires, sont représentés dans la pratique professionnelle institutionnalisée. Aussi, on constate qu'au Québec la recherche théorique est un peu

⁵ <http://www.thechildren.com/change.asp?l=f&s=Desk&c=first>, consulté le 26/04/04

plus novatrice que la clinique et que, dans l'ensemble, la pratique professionnelle demeure beaucoup moins idéologique qu'en France. C'est ainsi que Cécile Rousseau, une des figures de proue de l'ethnopsychiatrie à Montréal, résume la situation. Elle ajoute :

Au Québec, certains comme Ursula Streit voudraient reproduire la technique de Tobie Nathan telle quelle, d'autres à l'opposé tel que Laurence Kirmayer se situent dans la mouvance américaine et sont très proches de Kleinman. Entre les deux pôles, on trouve des cliniciens qui ont développé des modalités d'interventions souples et multiples tels que notre équipe au *Montreal children's Hospital* ou Carlo Sterlin à l'Hôpital Jean Talon. Ces cliniciens mettent moins d'emphasis sur la théorisation et introduisent du jeu entre les différents modèles. Ils constituent des bricolages à géométrie variable qui intègre à la fois le modèle médical, les conceptions plus classiques de prise en charge et les modalités culturelles de compréhension et d'action.

Cécile Rousseau, entrevue accordée à Marie Rose Moro
<http://www.carnetpsy.com/Archives/Dossiers/Items/Ethnopsychanalyse/p6.htm>
 consulté le 26/04/04

Or, la clinique locale ne se limite pas aux interventions professionnelles en institutions. Certains praticiens travaillent également de façon plus ou moins isolée, les uns en bureau privé, les autres au sein d'organisations communautaires dédiées à l'accueil et à l'aide aux nouveaux arrivants, ou encore dans des centres de santé de première ligne, en CLSC (centre local de services communautaires) par exemple. Aussi, depuis le début des années 1990, un groupe d'intervenants s'intéressant à la problématique de l'intervention auprès des réfugiés ayant vécu la guerre, la torture ou la persécution s'est formé à Montréal. Le RIVO a été reconnu comme organisme à but non lucratif en 1993 et, depuis, est devenu un important lieu de la prise en charge clinique de la détresse psychologique vécue par des réfugiés non régularisés. À ce jour, près de deux cent personnes utilisent annuellement les services offerts par le RIVO⁶. C'est en outre la formule du réseau qui a été privilégiée face à celle du centre de services afin d'éviter les possibilités de stigmatisation des personnes cherchant à recevoir de l'aide. Plusieurs éléments sont à la base de ce regroupement, particulièrement une sensibilité personnelle et un engagement des membres envers les gens ayant vécu de telles expériences. Une inadéquation des services offerts est également constatée à cet effet par un informateur :

⁶ <http://www.web.net/~rivo/RlnfAJ00.html>, consulté le 26/04/04

« Au départ, c'était juste un groupe d'intervenants qui s'intéressaient à la problématique, parce que chacun travaillait dans son domaine. La plupart, c'était des gens qui travaillaient déjà dans des organismes communautaires en lien avec les réfugiés, soit l'accueil, soit l'intégration, soit les services en général où y'avait beaucoup de réfugiés qui rentraient demander des services [...] Et y'avait aussi d'autres intéressés à la population réfugiée. Par exemple, y'avait deux étudiants, une en anthropologie de la santé et l'autre en anthropologie tout court, qui s'intéressaient aussi parce que les deux c'étaient des gens réfugiés [...] Donc c'était des gens sensibilisés si tu veux. Y'avait aussi des gens qui avaient été travailler ailleurs dans le monde [...] Et y'avait aucune structure au Québec, surtout à Montréal, qui pouvait satisfaire aux besoins si spécifiques de ces gens-là. Parce que on savait qu'ils étaient troublés par l'expérience qu'ils avaient vécue, par le déracinement, et par toute la procédure ici, tout ce qui constitue la procédure pour devenir réfugié reconnu, parce que du moment que les gens arrivent jusqu'au moment où ils obtiennent la reconnaissance, il peut passer un bon moment. Y'a plein de troubles pour les gens, de toutes sortes. Et ces troubles s'ajoutent aux troubles qu'ils amènent déjà avec eux comme bagages, toute la torture, tous les mauvais traitements qu'ils ont reçu dans leur pays. Donc, dans le groupe aussi y'avait des gens qui travaillaient en santé mentale spécifiquement [...] Donc c'était une sorte de petite mouvance qui a créé un certain sentiment de vouloir faire quelque chose. Une certaine volonté de vouloir quelque chose. Parce que on voyait que c'était des gens qui n'avaient pas de services appropriés. »

Informateur non clinicien, janvier 2002

Dans le cadre de ce projet de maîtrise, l'ensemble des intervenants rencontrés en entrevue sont affiliés de près ou de loin à ce réseau d'intervention. Au cours de la section suivante, je m'attarderai donc davantage à la coordination et au financement des activités conduites par le RIVO, la logistique des interventions en institutions dépassant largement l'ampleur de cette étude.

2.2.1 Coordination et financement

Les activités cliniques menées par les membres du RIVO se divisent en deux types d'interventions : les évaluations psychologiques et le suivi thérapeutique. Bien que l'analyse des effets d'un recours aux évaluations psychologiques dans l'établissement du statut de réfugié représente un sujet d'étude fort intéressant, voire même impératif, là n'est pas l'objet de ce mémoire. L'analyse portera donc uniquement sur l'intervention clinique.

Alors que les services de santé offerts en institutions publiques sont financés collectivement, les honoraires des praticiens qui offrent des séances en bureau privé sont

habituellement à la charge du « client »⁷ ou, si cela s'applique, à celle de son employeur ou de sa compagnie d'assurance. Bien entendu, rares sont les réfugiés qui peuvent s'offrir le « luxe » d'une séance de psychothérapie hebdomadaire. Qui plus est, les services offerts gratuitement par les institutions du système de santé ne sont pas accessibles aux réfugiés dont le statut n'est pas encore régularisé. Entre alors en jeu le RIVO. En règle générale, le premier contact entre la personne souffrante et le réseau se réalise par l'entremise des intervenants qui œuvrent dans les institutions socio-sanitaires ou dans certains organismes comme le SARIMM (Service d'aide aux réfugiés et immigrants du Montréal métropolitain) et le CSAI (Centre social d'aide aux immigrants). Il est également possible que la référence provienne d'un professeur de francisation du COFI (Centre d'orientation et de formation des immigrants), d'un avocat, voire même d'un commissaire de la CISR (Commission de l'immigration et du statut de réfugié). Aussi, certaines personnes viennent d'elles-mêmes chercher un support psychologique, souvent sur les conseils d'un ami par lequel s'est transmis un lien de confiance envers les intervenants du RIVO. D'ailleurs, les cliniciens qui détiennent les compétences et l'« expertise » leur permettant de « prendre en charge » des souffrances reliées à des problématiques aussi complexes, troublantes et « lourdes » que la torture et l'exil se font plutôt rares à Montréal. Aussi, afin d'écourter le plus possible les délais dans les demandes de services, le coordonnateur des interventions et des activités du réseau se charge de référer les demandes d'aide ne correspondant pas à une dynamique reliée à la violence organisée vers d'autres ressources plus appropriées. C'est également le coordonnateur de l'ONG qui sert de lien entre les intervenants et les personnes qui aimeraient effectuer un travail thérapeutique. En outre, l'encadrement des thérapeutes s'effectue principalement par la mise sur pied de séminaires et de discussions de cas. Récemment, la procédure d'adhésion au RIVO s'est un peu formalisée et deux types de *membership* ont été définis : les membres cliniques et les membres communautaires. L'entreprise consiste notamment à permettre un meilleur contrôle du discours des intervenants qui parlent de leur position de membre du RIVO. En d'autres termes, ne pas laisser n'importe qui dire n'importe quoi au nom du groupe.

⁷ D'ordinaire, les psychologues utilisent le terme de « client » et les gestionnaires celui d'« usager de service ». Le vocable de « patient » renvoie davantage au monde médical.

Lorsqu'un travail thérapeutique est finalement entrepris, de trois à 15 séances sont couvertes par le RIVO. Dans certains cas, une demande de prolongation du suivi est formulée par le clinicien, puis évaluée par un comité. Concernant le paiement des interventions, on constate que la plus grande source de financement provient d'une subvention accordée par le fond de contribution volontaire de l'ONU pour les victimes de torture. Or, le montant attribué n'est jamais fixe, car la somme d'argent disponible dans le fond est tributaire des versements laissés à la discrétion des États. La demande de financement est donc à refaire chaque année. En contrepartie de cette allocation, les gestionnaires du fond de l'ONU exigent un rapport détaillé de l'organisme, rapport devant expliciter plusieurs éléments liés au fonctionnement de l'ONG : budget, statistiques concernant la population desservie, heures d'interventions dispensées, types d'interventions, etc. Des informations sur les tortionnaires sont maintenant exigées :

« Par exemple, maintenant on nous demande aussi de demander à chaque personne qui demande de l'intervention RIVO de savoir qui a été, qui est le tortureur, disons le bourreau, l'organisme ou la personne qui a donné un mauvais traitement. Si c'est les forces militaires, si c'est les agents gouvernementaux formés, si c'est d'autres corps, enfin. Si c'est un groupe ethnique, si c'est un groupe religieux. Parce que le Fond [...] ne participe dans le financement de projets que si les gens traités ont été victimes de torture selon la Convention contre la torture, selon la définition précise. Donc si ça fait partie de ça, tu peux recevoir des fonds. Mais à vrai dire, chez nous, je dirais que 99,9 % c'est des gens qui ont été victimes de deux choses, de torture et aussi de la violence organisée. »

Informateur non clinicien, janvier 2002

Plus récemment, c'est-à-dire depuis moins de trois ans, le gouvernement du Canada rembourse des séances de psychothérapie aux cliniciens qui travaillent avec des demandeurs d'asile par l'entremise du PFSI (Programme fédéral de santé intérimaire). Par contre, un nombre restreint de séances sont financées dans le cadre de ce programme et, pour ce faire, la référence d'un médecin est exigée. Enfin, les autres sources de financement pour les activités du RIVO comprennent une petite subvention du ministère provincial de la Santé et des Services sociaux – davantage utilisée pour les dépenses de bureau –, des dons en argent ou en objets – le mobilier du local de coordination par exemple –, des rémunérations pour des contrats de services de formation et, élément à ne pas négliger, une quantité phénoménale de travail effectué bénévolement par les

membres du regroupement, si on considère que les honoraires payés pour de telles interventions sont excessivement bas.

En ce qui concerne les motifs de consultation, il semble qu'elles tournent d'abord et avant tout autour de problèmes de l'ordre de la médecine psychosomatique – maux de tête, maux de dos, problèmes de peau, tachycardie –, et d'une symptomatologie associée au syndrome de stress post-traumatique qui comprend la présence de *flash-backs* et de sursauts, de l'irritabilité, une sorte de « décalage », de l'amnésie partielle, de la dépression, voire des idées suicidaires. Souvent, les personnes sont référées par des médecins parce qu'elles ne réagissent pas assez bien aux antidépresseurs ou aux anxiolytiques. À ce point, les thérapeutes constatent les effets délétères d'un vécu complexe, composé de situations traumatiques et de séparations multiples, de pertes liées au processus migratoire, de disparitions matérielles et culturelles – langues, coutumes, valeurs, etc. –, d'exclusion sociale et raciale, de restrictions, d'incertitude et de précarité. Ils observent souvent une pensée bloquée, figée par le trauma, constituée de thèmes récurrents, des mêmes contenus sans possibilités d'élaboration.

Bref, en plus d'un manque de ressources flagrant, tant financières que professionnelles, nous constatons qu'il existe parfois un décalage entre le type de services offerts par les institutions socio-sanitaires publiques et les besoins de la population dont il est ici question. On observe une inclusion dans le discours – rectitude politique oblige –, mais une exclusion dans les conditions. Ces paroles d'informateurs l'expriment bien :

« L'idéal ce serait de bien les encadrer [les réfugiés]. Je trouve qui a pas assez d'argent qui est mis pour les encadrer. Par rapport à d'autres problèmes. Par rapport à d'autres causes. »

Informateur clinicien, janvier 2003

« Dans la forme, les institutions sont accessibles, mais elles ne sont pas adaptées, donc il y a des clientèles exclues. Par exemple, je dis que tout le monde peut venir dans mon magasin de vêtements, mais je n'ai que la taille 14! [...] La question est : comment intervenir face à des situations complexes avec des ressources limitées? »

Informateur non clinicien, septembre 2002

Ces remarques réfèrent tant à la *quantité* de services qu'à leur *qualité*. Sur ce dernier point, des stratégies ont été élaborées et menées de l'avant par les personnes qui œuvrent sur le terrain afin de faire face à cette multiplicité de réalités et de contraintes. La prochaine section du mémoire vise donc à mettre en relief les stratégies déployées par les personnes interviewées.

2.2.2 Parcours professionnels

Des huit intervenants cliniciens rencontrés en entrevue, deux détiennent une formation en psychologie d'orientation analytique, deux autres une formation en psychanalyse lacanienne, tandis que les autres ont été formés soit en psychiatrie, en ethnopsychiatrie, en art-thérapie ou en counseling et psychologie. Cependant, mis à part les intervenants qui œuvrent dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle – disposant donc d'une plus grande flexibilité quant à la durée du suivi –, l'ensemble des personnes rencontrées affirment avoir dû adapter leur approche pour tenir compte du nombre limité de séances. Ce sont ainsi le support psychosocial et la thérapie brève qui ont souvent été privilégiés. Soulignons également que plusieurs thérapeutes travaillent avec des interprètes, certains appréciant cette formule, d'autres la trouvant plutôt problématique. Dans l'ensemble, les approches des thérapeutes peuvent être qualifiées d'éclectiques, mais d'autres vocables sont également utilisés pour décrire la pratique clinique, soit la « trauma-thérapie », la « thérapie de deuil », l'« *empowerment* », une approche « psychodynamique modifiée », une approche « humaniste », une approche « herméneutique » qui vise à construire et chercher du sens, une approche qui « combine le cognitivo-comportemental, le narratif, le support et le pastoral », du « cas par cas », de la « relaxation », de la « visualisation » et du « yoga », et une approche « en constante construction et adaptation car il y a peu de balises fixées dans le domaine ». Ces deux passages illustrent bien le caractère éclectique des approches cliniques, qui se retrouve dans le discours des intervenants :

« Pourtant, je suis formée à la pensée psychanalytique, en psychodynamique. Mais, j'ai jamais vraiment fonctionné comme ça. Comme... Je suis pas un écran pour que viennent se poser les projections de mon client. Je suis en interaction beaucoup. J'attends pas que ça

viennaise de la personne, et des fois je vais au devant. Et c'est peut-être parce que je lutte contre ma propre angoisse... peut-être. »

Informateur clinicien, octobre 2002

« C'est assez éclectique aussi, je dirais [...] Juste en ethnopsychiatrie y'en a plein d'approches, puis de [conceptions de la santé mentale]. Puis "ethnopsychiatrie", c'est plus un terme qui est venu des Français. Bon ici, c'est la clinique de psychiatrie transculturelle, donc... puis y'a du multiculturel... Bon y'a toutes sortes de dénominations. C'est ma position aussi à moi, c'est que y'a différents éléments qu'on peut prendre de différentes écoles qui sont importantes, puis y'a l'approche complémentariste de Devereux qui je pense, moi m'apparaît comme une façon de l'imaginer qui est intéressante. Parce que, bon, c'est sûr qu'on est aussi psychiatre formé, pas tout le monde de l'équipe, chacun a sa propre formation, mais c'est sûr que y'a, en ce sens-là, y'a un certain côté biologique plus individuel qu'on peut voir, mais justement, tout ce qui est des écoles d'ethnopsychiatrie ou psychiatrie transculturelle apportent plus une vision de ce que la culture apporte. La psychanalyse aussi a un apport qui m'apparaît important. Mais... on sait aussi qu'y a eu certaines critiques à ce niveau-là, par rapport à, culturellement, la psychanalyse étant née aussi en Occident... Y'a tous ces aspects-là et, je dirais, quelque chose qu'on voit peut-être plus chez les auteurs sud-américains, la dimension plus politique, l'importance du politique [...], qui sont formés en psychanalyse, mais qui vont essayer de faire le lien entre l'espace plus clinique et l'espace plus politique [...] Moi je dirais, je pense que tous ces aspects-là peuvent être importants. Y'a, par exemple, pour des familles, y'a des aspects de discrimination qui sont importants, même de racisme là. Il faut définir le racisme après là, mais bon. »

Informateur clinicien, mars 2003

En plus de leurs formations professionnelles respectives, plusieurs praticiens rencontrés soulignent d'autres sources de formation ayant grandement contribué à leur expertise actuelle. Les voyages, les lectures scientifiques et critiques, le travail dans le monde communautaire, et la pratique clinique à l'étranger sont cités à cet effet. Aussi, en ce qui a trait à la connaissance de l'actualité locale et internationale qui apparaît comme essentielle à cette pratique, un informateur souligne avec justesse l'importance de conserver un esprit critique face aux informations transmises par les médias dominants :

« C'est sûr y'a des lectures. Je... ben je vais lire *Le Monde diplomatique*, parce que je pense c'est important (rires). Je me tiens au courant. Je vais vomir les nouvelles de la télévision parce que c'est de la propagande pure. Ahhh! (rires) »

Informateur clinicien, octobre 2002

Une observation fort intéressante à relever concerne le parcours identitaire des thérapeutes. De fait, il s'avère que tous les informateurs cliniciens sauf un sont des migrants arrivés plus ou moins récemment au Québec. Ainsi, tous ont vécu personnellement le déracinement et les difficultés liées au processus migratoire, et tous sont sensibles à la multivocalité et au caractère paradoxal du monde socioculturel. Contrairement à plusieurs praticiens locaux, les informateurs rencontrés ont été intimement confrontés aux représentations multiples de l'altérité et au caractère dynamique de l'identité. À l'instar des penseurs postcoloniaux, avec lesquels ils partagent d'ailleurs une posture, ces personnes sont en quelque sorte prises entre plusieurs univers de référence. Aussi, face à cette constatation, la place du l'informateur clinicien non migrant est également intéressante. Sa présence pourrait, par exemple, servir d'espace intermédiaire entre la personne souffrante et la société d'accueil. D'ailleurs, le caractère hétérogène et métissé de la société québécoise reste souvent ignoré des institutions dominantes et de la population dans son ensemble. Ce caractère pluriel du Québec contemporain, son oscillation entre colonisateur et colonisé, et la contribution d'un clinicien « indigène » à la thérapeutique des migrants sont des éléments mentionnés par l'informateur :

« Et... autant j'ai eu un certain malaise par rapport à être dans cette position-là. En disant "bon, peut-être que je devrais pas être là". Pis c'est sûr qu'y faut que, je pense que y'a tout un apprentissage aussi à avoir de qu'est-ce que ça peut être l'expérience de l'autre. Mais je pense, et je suis de plus en plus convaincue, que c'est une position qui peut apporter quelque chose au domaine. Je sais pas tout à fait quoi là, encore (rires). Et la position québécoise, on parlait de position de colonisateur, c'est le lien France, mais c'est aussi mêlé à une position de colonisé. Et c'est donc, en ce sens-là, c'est parce que y'a le poids de Duplessis aussi et du "né pour un petit pain". Et tout ça est présent et ne doit pas être oublié dans la position [identitaire]. Et qu'on n'est pas si "pure" là, tu sais. On parle beaucoup du "pure laine" là, tout ça, mais y'a une mixité aussi. Qui est, je dirais, si on fait la généalogie, c'est que ça fait 11, 12 générations qu'on est au Québec des deux côtés de mes parents, mais combien ont pu marier des Amérindiennes, pis là les noms ont été changés. Y'a des inconnus aussi. Ou d'autres, des gens, des immigrants de certains temps là, donc la société québécoise est aussi une société avec une base... une certaine pluralité là. »

Informateur clinicien, mars 2003

2.2.3 Stratégies d'intervention clinique

Les limites des thérapies classiques

Face aux problématiques rencontrées dans le cadre de leur travail, l'ensemble des informateurs remettent en question la pertinence des approches classiques d'intervention et proposent quelques éléments et pistes de solution pour soulager la détresse venue se déposer dans leur bureau. Ce passage dénote le doute d'un praticien quant à l'adéquation des approches traditionnelle dans la thérapie des personnes réfugiées. Il remet en question l'approche répandue du *debriefing* qui consiste à promouvoir la narration du traumatisme. Les effets délétères pouvant être associés à cette approche de même que les écueils de la fascination du thérapeute face au vécu raconté sont évoqués :

« On prend donc une position qui n'est pas nécessairement la position officielle ou classique nord-américaine qui est la position beaucoup du *debriefing*. Je sais pas si t'en as entendu parler, mais donc il faut dire le traumatisme, passer au-dessus du traumatisme, pis s'en sortir. On considère que y'a des moments où ça peut être plus délétère pour la personne d'avoir à dire le traumatisme [...] Parce que y'a des aspects souvent qu'on peut oublier mais y'a tout le côté de fascination du trauma, de la curiosité par rapport à ça [...] Un côté voyeur. Et je pense que le thérapeute doit se poser cette question. Quand on pose des questions par rapport à quelque chose de l'autre personne... Qu'est-ce qu'y est notre motivation à poser cette question-là? Ce qui va souvent être dit dans tout ce qui est le cas du *debriefing*, ça peut souvent être "ben y faut que les gens disent leur trauma", tout ça, bon, "pour passer à travers". Mais c'est pas juste ça qui est en jeu. Il faut des fois pouvoir se regarder soi-même. »

Informateur clinicien, mars 2003

D'autres présupposés des thérapies occidentales sont aussi remis en question par les cliniciens interviewés. Un informateur cite l'appréhension psychogénique des troubles et la « pathologisation » abusive de réactions humaines normales face à certaines situations :

« C'est difficile parce que toutes les écoles de thérapie sont basées sur des suppositions occidentales comme "la dépression c'est quelque chose qui vient de...", on dit "psychogénique", "c'est pas une réaction face à quelque chose qui s'est passé". Y'a une supposition que la vie est bonne... Et "ah... cette pauvre personne est devenue folle" ou quelque chose, mais les gens que je vois ici normalement sont des personnes très très très fortes. Des personnes avec des caractères très forts, qui sont pas malades, qui sont pas folles du tout du tout. Peut-être qu'il y a des symptômes graves, mais c'est pas leur

faiblesse, *leur* pathologie, à mon avis c'est pas une pathologie... Quand on se coupe la main, on fait du sang. Ça, c'est pas pathologique, c'est normal (rires) »

Informateur clinicien, mai 2002

Le manque de prise en considération de l'imbrication de la réalité événementielle dans l'espace clinique est aussi reproché aux approches dominantes. Un informateur estime que dans le cadre de sa pratique, une intervention réussie consiste premièrement à élargir les ressources de la personne souffrante et à favoriser l'audience devant la CISR. Ce passage en témoigne :

« Donc si on prend les thérapies habituelles contre le stress post-traumatique, hein, les thérapies nord-américaines, approuvées là, voudraient que la personne fasse face à ses traumatismes, donc on travaille les traumatismes, hein. Donc y faudrait arracher ça presque de la personne pour qu'elle puisse tranquillement s'habituer à ses *flash-backs*, à ses cauchemars, et apprivoiser tout ça, pis le digérer, pis plaf! retourner dans la vie normale... Ouais (rires) ben je caricature là. Moi, je ne demande jamais à quelqu'un de me parler de ce qui est arrivé si elle veut pas. Je vais pas ouvrir une boîte de Pandore si je ne suis pas capable de la contenir han. Donc je lui dis toujours "si vous voulez en parler, y'a la place pour ça ici. C'est un endroit où on peut en parler. Mais on n'est pas obligés". Là y'en aura qui diront que, "ben c'est parce que t'as peur! (rires) T'as pas envie d'être submergée". Mais, je sais pas, je trouve que 15 séances c'est peu, pis juste établir un lien de confiance, un endroit où la personne peut se confier, c'est déjà une intervention ça. Ce qui est blessé, ce qui est cassé, c'est la part d'humain. Donc si t'arrives à déjà augmenter la confiance et essayer de faire en sorte que la personne ait d'autres ressources dans sa vie que juste toi, psychologue, moi je trouve que t'as fait ta job (rires). C'est sûr que c'est pas la thérapie classique de traumatisme mais au moins t'as permis à la personne de pouvoir fonctionner. Bon si la personne est au processus avant l'audience, si t'as facilité l'audience, hé ben, ç'en est une belle intervention ça. »

Informateur clinicien, octobre 2002

L'établissement de la confiance et d'un cadre sécuritaire

Comme le montre l'extrait précédent, un point essentiel à toute rencontre clinique, mais particulièrement au type de rencontre ici étudiée, est l'établissement d'un lien de confiance solide entre la personne venue demander de l'aide et le thérapeute. On parle ici de l'alliance thérapeutique, mais aussi de la mise en place d'un cadre sécuritaire. Ce cadre sécuritaire inclut non seulement la dimension clinique et interpersonnelle, mais tout autant la dimension sociopolitique. Cet informateur insiste sur l'importance primordiale de la confiance dans l'amorce d'un travail thérapeutique :

« Je dirais que le premier point, c'est d'essayer d'établir une relation de confiance, parce que sans ça on peut pas remettre, on peut pas permettre à la personne de commencer à élaborer. Han, si elle a pas confiance. »

Informateur clinicien, mai 2002

Un autre informateur cite la régularisation du statut de réfugié comme élément essentiel à la mise en place d'un cadre sécuritaire et à l'établissement d'un lien de confiance :

« Avant, c'est d'essayer de favoriser le processus pour que les gens puissent se faire accepter. Parce que, en fin de compte, la première étape est vraiment d'établir un lien de confiance avec la personne. Mais une personne qui a peur de retourner chez elle peut pas vraiment établir un lien de confiance... c'est pas impossible, mais tu sais c'est difficile là. Mettre la personne dans une situation où elle peut se sentir en sécurité. Donc quand qu'y a l'épée de Damoclès qui dit qu'elle va peut-être pas rester, elle est pas vraiment en sécurité cette personne-là. Donc je considère que ça fait partie du processus thérapeutique de favoriser l'obtention des papiers pour que la personne soit en sécurité. Ensuite, on peut partir sur la thérapie. »

Informateur clinicien, octobre 2002

Les bris occasionnels du cadre clinique traditionnel

Toujours en ce qui a trait au cadre de la rencontre, plusieurs thérapeutes ont mis en relief la nécessité occasionnelle de sortir du cadre traditionnel et les dangers que l'opération implique. Le cadre référant ici au dispositif usuel de la psychothérapie, à la fois en ce qui concerne la dimension spatiale, mais également pour ce qui relève de la séquence temporelle. Un informateur souligne l'importance de respecter la temporalité de l'intervention clinique, de laisser place à son rythme particulier :

« Un des aspects qui m'apparaît important, qui est pas une école de pensée, mais important en termes d'interprétation de ce qui se passe en thérapie, c'est l'aspect de la temporalité. C'est que y'a des choses qui vont se dire à certains moments, qui peuvent se dire plus tard... Le rythme des choses est important. Faut pas presser non plus, les choses. Y'a des choses qui vont survenir longtemps après... Donc y'a l'aspect de la temporalité qui est importante dans la négociation au niveau de la thérapie. Puis de façon générale l'espace, mais ça, c'est le cadre. Il faut pas oublier, dans le cadre aussi, le temps, l'aspect du temps. »

Informateur clinique, mars 2003

Un autre informateur révèle qu'il s'implique davantage dans la vie de la personne suivie, qu'il lui arrive d'effectuer des « bris du cadre ». Or, dans ce cas, ce n'est pas la problématique ou la symptomatologie propre aux réfugiés qui est mise de l'avant pour expliquer ces sorties du cadre traditionnel, mais plutôt la durée limitée du suivi :

« On a un suivi extrêmement réduit, c'est 15 séances han. Donc c'est vraiment très court. Donc j'ai été obligée d'adapter le cadre de mon approche thérapeutique. J'ai été un petit peu obligée de sortir du cadre habituel un petit peu plus réservé, donc je me permets d'intervenir beaucoup plus, je me permets de donner plus de conseils, de donner plus de... Ce que je ne fais absolument pas dans d'autres cas. Je fais aussi des références, je peux passer plusieurs coups de fil si je sens que la personne a besoin d'être aidée. Et puis ça m'arrive aussi d'aller aux audiences [...] Je suis obligée de beaucoup plus intervenir. Je me permets des choses, je fais des bris du cadre je dirais, beaucoup plus qu'avec d'autres, c'est sûr. Y'as pas de choix han. Disons qu'on est beaucoup plus obligés de s'impliquer, humainement parlant, parce que ça va aider, mais disons je pense que ça va aider, bon ici et maintenant pour un temps, mais ça, c'est pas ça qui va régler les problèmes du trauma à long terme... [...] Mais quand c'est plus sur le long terme, j'adopterais une position beaucoup plus classique. Sauf que là, on va au court terme, donc on n'a pas le choix d'avoir une autre technique [...] La pratique n'est pas fonction du type de symptomatologie. Parce qu'en fait, quand on parle de personnes qui ont vécu un stress post-traumatique, c'est un syndrome, ce sont des phénomènes. Ça prend pas en compte l'histoire, le vécu, la structure de la personne. Moi je m'intéresse plus à ce niveau-là qu'aux symptômes en tant que tels. Donc là, si je fais une différence, c'est vraiment parce que c'est dans un cadre particulier de travail [...] Je vais être obligée avec une... disons que ça va être plus long à permettre l'élaboration. De toute façon, on ne travaille qu'à partir d'une élaboration han, donc on travaille une parole qui s'élabore. Donc ce travail-là va être beaucoup plus long à faire, travailler ou élaborer la personne, parce qu'elle est bloquée justement, psychologiquement parlant. Elle a frôlé, je dirais, la mort psychique, alors ça dépend pour certain, mais y'a une cassure qui s'est faite. Donc ça va être plus long de ce fait-là... et une fois que ça se met à élaborer, je travaille de la même manière. »

Informateur clinicien, mai 2002

Cette sortie occasionnelle du cadre met en question évidemment la pertinence des classifications universalisantes et interroge l'adéquation des thérapies classiques face aux problématiques rencontrées, d'autant plus si on tient compte de la durée limitée du suivi.

L'assistance à personne en danger

En plus des limites des approches cliniques occidentales déjà mentionnées, il est nécessaire de signaler certaines faiblesses des institutions de contrôle comme l'Ordre

des psychologues du Québec dans la régulation des pratiques psychothérapeutiques avec des personnes réfugiées. Encore une fois, le manque de prise en considération de l'imbrication de la réalité événementielle avec l'espace clinique et la normalisation d'un vécu complexe sont en cause et peuvent occasionner des torts importants aux personnes qu'elles ont le mandat de protéger. L'Ordre incrimine les thérapeutes qui entreprennent un suivi thérapeutique après avoir effectué une évaluation psychologique – rapport parfois exigé par la CISR : l'exemple est éloquent à cet égard. Commentant cette réalité, un informateur parle d'un code d'éthique plus élevé que celui de la déontologie rigide et aveugle de l'institution. Il invoque alors l'assistance à personne en danger :

« Oui pis là, après tout ça, t'as un lien de confiance avec la personne, la personne te fait confiance à toi. Et en fin de compte... Elle a vécu plein de ruptures. Tu vas encore... tu vas la référer ailleurs?! Moi c'était encore un reproche que l'Ordre des psychologues me faisait là, celle qui m'avait inspectée. Moi je disais que quand tu fais une évaluation et qu'au cours de cette évaluation tu te rends compte qu'une personne est en grande détresse, en fin de compte, tu réponds à un code d'éthique plus élevé que le code déontologique des psychologues parce que tu viens à la rescousse de quelqu'un qui est en détresse, o.k. Ça pour moi c'est au-dessus de (en prenant une voix qui réprimande) "on fait pas des rapports et pis des suivis ensemble", o.k. (rires) [...] Bon moi je me suis fait taper sur les mains par l'Ordre des psychologues parce j'ai décrit ma pratique. J'ai décrit le fait que je faisais des fois des rapports pendant le suivi et que... Et là, elle [l'évaluatrice] m'a causé un double traumatisme parce qu'elle m'a écrit qu'une femme avait été refusée [par la CISR] à cause de mon rapport. C'était pas à cause de mon rapport là. Mais c'est ça le danger quand tu sors du cadre. Je m'ai fait taper dessus et bon... y faut être solide. Ou en tout cas, il faut avoir un réseau avec qui tu peux parler de ça, han. »

Informateur clinicien, octobre 2002

La validation des valeurs et des représentations culturelles

Un élément souligné à plusieurs reprises par les informateurs concernant l'intervention clinique avec des réfugiés est celui de l'importance de tenir compte des valeurs et des représentations culturelles de la personne suivie en thérapie. On estime qu'il est essentiel de les considérer et de les valider, c'est-à-dire de reconnaître leur valeur face aux autres représentations.

« Parce que la notion culturelle, on peut pas l'oublier. Elle est essentielle. Et l'Occident, c'est pas tout. Et c'est pas la norme à respecter. L'Occident, c'est aussi important que l'Orient, que le Moyen-Orient, que l'Océanie, ou l'Europe, ou autre, l'Amérique latine ou

l'Afrique. On va respecter ces différences culturelles et travailler avec et en les respectant. »

Informateur non clinicien, janvier 2002

Il va sans dire que l'aspect moral et culturel englobe plusieurs dimensions, les conceptions de la personne et des relations humaines, notamment. À cet égard, un informateur remet en question la tendance occidentale dominante à concevoir la personne comme un individu autonome et à vouloir éliminer la culpabilité ressentie par les réfugiés envers leurs proches. Il préconise plutôt de conserver cette loyauté ressentie envers les membres de la famille restés au pays, car cet élément maintient l'exilé en lien avec ses proches :

« Ça y'a beaucoup de clients... et tu sais la tendance serait de "ben voyons donc t'es pas coupable, c'est pas de ta faute", tu sais "je vais t'enlever ta culpabilité". *Tut tut tut*. La culpabilité en fait, dans ce cas-là... moi j'ai appris à dire, plutôt à reconnaître l'amour que cette personne porte à sa famille et sa grande responsabilité envers cette famille. Sa loyauté envers sa famille. Je travaille plus là que d'essayer d'enlever la culpabilité. Sa culpabilité, c'est comme ça qu'il est en lien, je vais pas lui enlever. Donc tu vois, ça, c'est quelque chose que c'est pas dans les livres que tu vas trouver. Hein, nous on va parler de culpabilité démesurée, non réelle, et on va vouloir essayer de calmer et c'est pas nécessairement la bonne chose à faire. La diminuer un petit peu là, la rendre *managable* pour que la personne puisse dormir. Mais de là à l'enlever, non. C'est plutôt de reconnaître sa loyauté et son amour pour sa famille. Et en fait, si sa famille est persécutée, c'est en partie... bon c'est pas de sa faute, mais c'est en partie parce qu'il est parti. Et parce qu'il a fait partie de tel groupe et puis tel groupe est persécuté. C'est pas fou là. C'est pas venu de nulle part là. »

Informateur clinicien, octobre 2002

Aussi, les positions politiques de la personne, son implication militante et les conditions l'ayant menée à l'exil doivent être intégrées à l'espace thérapeutique. Selon un informateur, le travail autour de l'implication politique de la personne permet de soulager de la honte et d'une part de souffrance, car elle redonne du sens au vécu en remettant les événements dans leur contexte plus large :

« Je tiens beaucoup compte de l'implication politique des personnes, parce qu'elles sont plus ou moins impliquées, y'en a qui sont très peu impliqués politiquement et qui l'on vécu de façon individuelle. Par exemple, y'a une femme qui s'est fait violée à la suite d'une arrestation parce qu'elle était impliquée dans un parti politique. J'essaie de le remettre dans l'ensemble, c'est-à-dire que j'essaie de lui demander "pourquoi, d'après vous, vous avez été violée, quel était le but pour ces personnes-là de vous violer?". Alors on arrive à

élaborer que c'est une manière, souvent, des groupes au pouvoir, de violer pour casser la personne, pour casser le groupe d'opposition ou l'ethnie, ou n'importe quoi qui fait opposition. Et souvent, ça soulage de dire "oui, c'est vrai, c'est la raison pour laquelle on a fait ça." Donc ça règle pas toute la question de honte ou de sentiment de salissure, etc. qu'on sait qu'ont les femmes qui ont été violées, mais ça permet quand même d'apaiser en replaçant dans un cadre beaucoup plus général. Donc j'essaie d'en tenir compte. »

Informateur clinicien, mai 2002

La prise en compte des explications et des représentations culturelles amenées dans la rencontre clinique permet de soulager d'une partie de la souffrance liée au non-sens en recréant un monde signifiant. Cet informateur mentionne des « fils » qui « tiennent » la personne dans un monde de sens :

« Si la personne s'explique ce qui lui est arrivé avec des choses un petit peu ésotériques de notre point de vue, il faut pouvoir le travailler. C'est pas quelque chose que j'essaie de casser, au contraire. Si on peut trouver un fil qui tient avec. Parfait. Parce que le plus terrible, c'est l'inexplicable, les choses sur lesquelles ils n'arrivent pas à mettre de mots. »

Informateur clinicien, mai 2002

Le rétablissement de la séquence temporelle

En plus de permettre la construction de sens et l'émergence d'un monde cohérent, cette intégration des valeurs et du passé de la personne est préconisée car elle aide à établir une continuité entre le passé, le présent et l'avenir. La séquence temporelle peut être rétablie. Un informateur souligne cet élément en parlant d'un « pont » entre le passé et le futur. La métaphore des « fils » qui relie est aussi évoquée à cet égard par un autre thérapeute. Cette fois, la rupture à réparer n'est pas interpersonnelle, mais temporelle :

« Et ça va être lui permettre de dire tout ce qu'elle ressent et puis essayer de faire un pont entre le passé, son histoire à la barre et ici. Pour essayer de remettre la machine imaginaire en route, pour qu'elle puisse mettre des mots sur ce qui lui est arrivé, pis qu'elle puisse essayer de penser à ce que va être son avenir. Donc c'est un peu le... apporter un petit peu de fluidité, dans le psychisme, parce que ça va débloquent les choses et puis surtout ça va permettre d'apaiser la tension, l'angoisse, souvent les cauchemars vont diminuer, les peurs dans la rue, ben y'en a qui ont peur de la police, par exemple. »

Informateur clinicien, mai 2002

« C'est essayer d'aider les gens à faire du sens là où y'en a peut-être pas (rires). Mais au moins essayer d'avoir... de pouvoir penser l'impensable, de dire l'indicible et de trouver un sens à leur vie où y'a eu comme une rupture. C'est d'aller chercher les petits fils d'avant pour ramener ça dans aujourd'hui pour que ce soit pas une vie qui commence aujourd'hui là. »

Informateur clinicien, octobre 2002

La dignité humaine ou l'humiliation du don sans réciprocité

Un autre élément qu'il est possible de dégager des paroles des thérapeutes rencontrés réfère à l'idée d'un respect de la dignité humaine, à l'importance du respect de la souffrance exprimée. À cet égard, le danger d'humilier ou d'empirer la situation en donnant trop est critique. La lourdeur de la dette et l'humiliation d'un don sans possibilité de retour sont à considérer. Ces extraits témoignent de ces préoccupations :

« Mais je crois qu'y a quelque chose de base, c'est le respect de la dignité humaine et de la souffrance qu'on m'amène. Je crois que ça c'est vraiment la chose de base dans mon approche [...] D'ailleurs la question d'être... pour beaucoup, de demander de l'aide là, c'est difficile, c'est très blessant d'avoir à demander de l'aide, surtout quand on a toujours été en contrôle de sa vie. Et bon, c'est un peu ça que je donne comme exemple quand on... "y'a des moments où vous avez sûrement donné (rires), ben là, c'est à votre tour de recevoir. (rires) Et plus tard, vous allez le rendre au quintuple j'en suis sûre!" (rires) »

Informateur clinicien, octobre 2002

« Et puis y faut savoir aussi que quand on... Ce sont des personnes qui sont dans un... en position de demander. Et qui reçoivent. Y reçoivent l'aide du gouvernement. D'abord, y sont accueillis dans un nouveau pays. Ils ont tout un tas de personnes, d'intervenants qui interviennent pour eux. Les médecins, donc travailleurs sociaux, etc. Et que finalement, psychiquement parlant, ça peut être très lourd pour eux. La dette, han. Donc, c'est... il faut se méfier de ça aussi. Donc j'essaie de pas trop leur faire, de ne pas trop donner, parce que finalement ça peut avoir un effet négatif. Donc il faut réfléchir à toutes ces questions-là. »

Informateur clinicien, mai 2002

Le combat contre l'agresseur intériorisé

Dans le cas du travail clinique avec des personnes ayant vécu une expérience traumatique reliée à la violence organisée, et particulièrement chez les survivants de la

torture en exil, on a affaire à des souffrances intenses qui tiennent leur origine dans une tentative délibérée de déculturation et de dépersonnalisation, c'est-à-dire dans une modification volontaire de l'identité. À l'instar de Françoise Sironi (1993), qui conçoit la pratique psychothérapique à partir d'un mécanisme d'influence dont le but est de délivrer le patient d'un agresseur intériorisé, un thérapeute interviewé soutient qu'une part de son intervention consiste à « combattre le bourreau dans la personne » :

« Pour les personnes qui ont été torturées ou victimes de violence organisée, de combattre le bourreau dans la personne. C'est-à-dire que y'a eu des paroles qui ont été prononcées, lors des actes qui ont été faits par la personne, la persécution, et qui sont, qui ont été internalisées, et qui continuent à agir à travers la personne. Donc essayer de déterminer dans les pensées qu'a la personne, qu'est-ce qui tient d'elle, et qu'est-ce qui tient du bourreau. Et puis faire voir que, c'est ces pensées-là qui faut? Donc se faire un allié de la personne pour lutter contre une autre partie de la personne. »

Informateur clinicien, mai 2002

Le sentiment d'appartenance ou le rejet

Aussi, la particularité de cette pratique professionnelle se situe dans les circonstances de la rencontre. Il s'agit d'une période de crise, d'une étape d'attente de réponse, de suspension, d'une étape de vie qui ressemble à un *no man's land*. Ce n'est qu'une fois cette conjoncture dépassée que la personne peut commencer à faire des deuils et à tisser de nouveaux liens, qu'elle peut penser à « refaire sa vie ». La question de l'appartenance au pays hôte est donc centrale au bien-être de la personne, donc à sa thérapeutique. Un informateur considère l'influence fondamentale de ce sentiment et fait allusion au problème du rejet et à la transmission intergénérationnelle du traumatisme :

« Écoutez, si on se trouve dans un endroit et puis on réalise qu'il y a d'autres façons de faire, qu'il y a des gens qui sont avec nous, qui nous soutiennent, qui croient qu'il y a des droits, je pense que les gens vont s'en sortir [...] Ce qui est important pour les gens, pour qu'ils aillent mieux, c'est le sentiment d'appartenance. Ensuite, ils peuvent se refaire une vie, faire des deuils... Le plus dur, c'est le rejet. Ce qui m'inquiète, c'est les enfants, les autres générations, la transmission du traumatisme. C'est pour ça que c'est important la prévention, travailler dans les écoles, etc. Les réfugiés, ils se résignent, mais c'est difficile pour les enfants. »

Informateur clinicien, janvier 2003

Les limites de l'intervention et le sentiment d'impuissance

Bien que tous les thérapeutes rencontrés en entrevue soutiennent que, d'ordinaire, les interventions effectuées dans le cadre de leur pratique professionnelle ont un impact positif sur la qualité de vie des personnes suivies, les limites de l'intervention sont néanmoins mises en évidence. Un informateur nous rappelle que tout ce qui est cassé ne peut pas toujours être réparé, et que les « cicatrices » restent :

« Mais je crois que, y'a des choses qui se réparent pas hein. On vit dans l'illusion qu'on peut tout réparer, mais c'est pas vrai ça. Il faut accepter, il y a des limites... C'est ça. Y reste des cicatrices... Pis avec certaines personnes, c'est des grosses cicatrices. Y'en a qui reviendront me voir dans 10 ans. »

Informateur clinicien, octobre 2002

Un autre thérapeute met en évidence les objectifs limités d'un suivi à court terme, soit la diminution de l'intensité de souffrance :

« Et en 15 séances, on fait pas des miracles han, on fait pas des miracles. Mais on voit quand même des changements. Y sont apaisés, on sent qu'y redeviennent actifs, y sont capables d'être actifs, y sont capables de sortir de chez eux, de dormir la nuit, de faire quelques contacts avec des gens de leur communauté, ou à rechercher du travail pour certains. Donc c'est pas mal, mais enfin c'est loin d'être... quand même [...] Donc je pense que ça va détendre la personne, ça va lui permettre de vivre un peu mieux dans son quotidien, mais maintenant, pour ce qui est du travail sur le trauma en tant que tel, c'est pas ça, c'est pas les 15 séances qui vont tout régler [...] Les objectifs dans le cadre du RIVO c'est de permettre à ce que la personne ait une intensité de souffrance moindre. »

Informateur clinicien, mai 2002

Face à de telles limites, et en considérant les structures sociales inéquitables qui persistent aux niveaux local et international, notamment les violences institutionnalisées qui se poursuivent sous différentes formes, plusieurs cliniciens expriment un fort sentiment d'impuissance. Ces deux passages en rendent compte :

« Alors y'a peut-être de servir à quelque chose, parce que ce sont des personnes qui ont vécu des choses importantes. Mais en même temps, le revers, je dirais, c'est l'impuissance, de pas... avec ces gens-là, on ressent encore plus d'impuissance, je dirais, qu'avec d'autres. »

Donc y'a comme les deux pôles qui sont présents en même temps, parce que c'est tellement énorme que quelques fois on est un peu découragé pis on se dit : "qu'est-ce que je peux faire..." »

Informateur clinicien, mai 2002

« On se trouve dans une situation de double impuissance, parce que... la personne elle-même vient d'une situation où l'impuissance dépasse les mots, dépasse les limites de ce qu'on peut imaginer. Mais en plus, y'a l'impuissance devant un système qui de plus en plus se ferme et devient injuste. Et cette double impuissance, pour nous, comme thérapeutes, c'est très difficile... Moi je trouve ça difficile à gérer. Y'en a qui ont peut-être plus de facilité que moi, mais moi je suis une personne... j'ai de la misère avec ça. Donc une façon de prendre un peu de pouvoir sur quelque chose, c'est de participer au processus. Bon moi ça m'a déjà joué des mauvais tours, mais ça m'a déjà joué des bons tours. Ouais mais, y'a déjà eu une fois, y'a un commissaire qui avait utilisé un de mes rapports contre la personne. Ah ouais ouais. Je me suis fâchée, j'ai écrit une lettre (rires) ghhnnn [...] Mais en fait, c'était un commissaire qui refusait le monde là [...] Soigner quelqu'un qui n'a pas vécu ça [la torture et l'exil], ça remue beaucoup moins de sentiment d'impuissance, de frustration et de colère. C'est beaucoup moins intense comme processus. »

Informateur clinicien, octobre 2002

Pour pallier son sentiment d'impuissance, ce dernier informateur explique qu'il s'engage dans la lutte politique – en l'occurrence, dans le processus de reconnaissance du statut de réfugié – afin de reprendre un peu de pouvoir sur la réalité.

Les gratifications de la pratique professionnelle

Or, malgré l'intensité du sentiment d'impuissance produit par leur travail, les thérapeutes rencontrés affirment, dans leur totalité, que leur pratique professionnelle est très formatrice et enrichissante, voire inspirante :

« Y'a ça... le *thrill* aussi de voyager partout dans le monde hein. Ça... c'est intéressant. C'est enrichissant. J'apprends beaucoup. D'ailleurs, si c'était pas pour ça, je sais pas si je pourrais continuer parce que... [...] Y'a des choses très gratifiantes. J'ai des clients qui me rappellent trois ans après là. Qui me remercient. Y'a des beaux plaisirs dans mon travail. Je pense que... Je sais pas. Ce que je donne, des fois je le reçois ailleurs. »

Informateur clinicien, octobre 2002

« Pis y'a des histoires tellement extraordinaires que pfff... moi j'avais rencontré des gens... c'est fou mais... qui ont fait dans leur processus, dans leur trajet migratoire, ils ont vécu des

choses incroyables. Alors j'en apprends. J'ai appris plein de choses moi par leurs expériences. D'abord, c'est enrichissant, t'apprends des choses. Eh oui. Pis tu rencontres des gens... T'apprends des choses, parler d'un pays, d'un endroit, quand je connais pas, ben je vais aller chercher, je vais me documenter, je... tu comprends. Ça me motive à aller, à connaître plus. »

Informateur clinicien, janvier 2003

Les extraordinaires capacités de récupération des personnes suivies en thérapie sont également évoquées par les informateurs parmi les gratifications implicites de leur pratique. L'exemple de leur courage, de leur force exemplaire et des luttes qu'ils mènent contre les injustices est mentionné à cet effet :

« That's one of the reasons I work with this group ok, because, you can have people who are showing really bad symptoms, but they have within themselves this incredible strength. In fact they were hurt because they were so strong, so this means they have the possibility of a huge recovery. You know. Not just from being incapacitated to being barely ok, but to being, to be, to really flourishing and, actually, in a sense transcending what's happened to them. And having it become a part of a... make a life goal, or quest, where they use what's happened to them, the pain that they've had, in order to help other people. Things like this. So this is like, inspiring to me. I see people sitting here who are just incredibly impressive to me, I mean wow. And it's a wonderful thing to be able to just communicate that, to say "wow, I'm really impressed with... you're just so strong, you're so courageous". And they look at me at first like I'm totally nuts you know. "Strong, how can I be strong? I'm so scared!" And so it can... there are moments when it's very moving. »

Informateur clinicien, mai 2002

« Moi je trouve que ça montre des gens qui deviennent très très forts après. Qui surmontent après des choses extraordinaires. J'ai vu des gens apprendre en une année la langue, j'ai vu des gens... pfff... vraiment passer à travers des obstacles qu'un être ici sur place ne pourrait pas faire. Ils ont des forces extraordinaires. Ça prend des gens qui sont forts han, pour vouloir se sauver aussi loin, prendre autant de risques... Ils sont pas aussi faibles que ça finalement les réfugiés. J'ai vu des gens qui sont venus dans des conteneurs han. Ça c'est... faut le faire han. J'ai vu des gens qui se sont jetés dans le Saint-Laurent. Faut le faire han. Du bateau, ouais ouais. Alors ça prend des gens qui ont du culot, du courage... Et donc ils ont envie de vivre. Ils tiennent vraiment à la vie han. C'est ça que je vois. »

Informateur clinicien, janvier 2003

La place des thérapeutes

Concernant leur relation aux institutions dominantes, les personnes rencontrées en entrevue estiment se situer en marge de celles-ci, tant du point de vue financier qu'en ce

qui concerne les valeurs et les orientations politiques du contexte plus large. Un participant a même relevé le conflit d'intérêt qui se poserait pour le gouvernement fédéral si le RIVO était subventionné publiquement, compte tenu, entre autres, des orientations implicites de la CISR. Un autre informateur soutient que la clinique transculturelle se situe en marge par rapport à l'institution, par rapport à l'hôpital :

« Y'a beaucoup de thérapeutes qui sont payés par des fonds, en fait, des recherches de fonds là, c'est pas par l'hôpital nécessairement, donc on n'est pas outillés par rapport à... on n'a pas de travailleuse sociale, par exemple, sur l'équipe. Sur l'équipe, on est trois psychiatres, les trois psychiatres sont payés, mais les autres, c'est un fond spécial. Donc avec des levées de fonds. Ça montre aussi comment l'équipe est en marge par rapport à l'institution. Parce que l'institution n'a pas jusqu'à présent offert de support de ce côté-là. Et je dirais que pour de plus en plus de familles, y'a beaucoup d'acteurs qui sont autour de ces familles-là, donc en même... on peut pas, on n'arrive pas non plus à agir à tous les niveaux. Des fois faut prioriser, pis des fois y faut pas non plus. Ce serait mal d'agir à tous les niveaux, parce que ce serait trop. Mais y'a donc tous les choix de comment on introduit les choses, ou comment on perçoit les choses au sein de l'espace thérapeutique très soit individuel ou familial là, au sein de la clinique, mais y'a aussi toute ces autres espaces-là qui sont importants. Qui touchent aux autres institutions là, ou même au politique. »

Informateur clinicien, mars 2003

Un autre informateur adopte un point de vue résolument critique à l'égard des institutions dominantes, particulièrement en ce qui concerne les procédures et décisions rendues par la CISR. Il met cependant en garde contre la propension à diaboliser certains groupes ou institutions, les commissaires notamment :

« Je suis allée à la Commission avec mes client parce que l'audience c'était... ça les rassurait que je sois là. Souvent je me suis aussi fait moi-même questionnée. Y'a des fois où c'était désagréable comme tout... Ça dépend des commissaires, y'en a qui sont formidables. C'est pas tout pourri là [...] Mais deux femmes, en plus, avaient forcé une femme à se dévoiler devant... puis y'avait un homme dans la salle. Elles l'avaient forcée à se dévoiler. Parce que, soit disant, ils entendraient mal sa voix dans l'enregistreuse. Y'a eu au moins cinq séances je pense, ça avait duré un an et demie son audience, avant qu'ils décident finalement de lui donner ses papiers. Et puis moi, ils m'ont posé des questions : "Nous voyons souvent des réfugiés. Nous avons l'expérience. Vous dites ici que Madame est angoissée, mais vous avez pas l'expérience, elle a pas l'air angoissée. Sur quoi vous vous basez pour...". J'avais envie de crier. "Le fait qu'elle soit hospitalisée après chaque audience pour haute pression serait peut-être un indice de son angoisse!" [...] T'as juste envie d'hurler. Parce que t'as été témoin du fait que toutes leurs discussions, entre les deux, c'est de l'intimidation han. L'affaire de lever le voile. Y'en avait une qui était d'accord, l'autre était pas d'accord, pis finalement ils ont décidé : "non non non, il faut qu'elle lève le voile!". Tu sais, c'était comme... tellement.... AArrghh! Bête. Bête et stupide. »

Informateur clinicien, octobre 2002

Le manque de mémoire institutionnelle et la fragmentation des ressources – qui favorisent le système et les travailleurs qui y œuvrent, mais au détriment de la personne souffrante –, sont également déplorés par ces deux informateurs :

« C'est parce que malheureusement moi je trouve qu'il y a beaucoup de gâchis ici à Montréal. On a l'impression qu'on est dans des cercles là : le communautaire qui travaille ensemble, les gens des CLSC... Je veux dire, y'a pas de contact entre les organismes. Alors, ça manque. Mais peut-être que aller... je pense qu'y a beaucoup de gaspillage. Quelqu'un peut aller consulter un médecin et pis après il va consulter le psychologue, il va consulter une intervenante, il va aller au CLSC, il va dans le communautaire, il va dans je sais pas vers quoi... Pis là peut-être que c'est... qu'on traite le dossier dans les différents endroits, ça fait travailler le monde, ça fait tourner la machine, mais pour le bien... pour l'individu, c'est un gaspillage de temps et d'énergie et de... incroyable. C'est drôle mais moi je viens du Tiers Monde, mais ça se passe pas comme ça. On réfère, on voit tous nos dossiers avec le consentement. On finit par savoir c'est quoi son problème, On sait où est-ce qu'il consulte. Mais y'a des fois les gens me posent même pas la question pis c'est une machine. Moi je... c'est mon observation personnelle han. Alors... Bon des fois ça arrange le client parce que ça fait plein de gens qui s'intéressent à lui . Mais c'est pas... ça n'arrange pas tout le monde. »

Informateur clinicien, mai 2002

« Avec le fédéral, on sait pas, c'est *random*. Aussi le montant, c'est pas prévisible. (rires) Je pense, j'ai l'impression que là-bas, y'a une, comment on dit, *turn over*, y'a pas le même gens qui passent tout le temps. Et c'est comme... Ils ont pas de mémoire institutionnelle du tout. Chaque fois il faut qu'on explique toutes les choses. »

Informateur clinicien, mai 2002

Bref, à la lumière des éléments dégagés du discours des praticiens rencontrés, il semble qu'on peut risquer cette conclusion : la place des professionnels de la santé mentale qui travaillent avec des personnes réfugiées se situe en marge des institutions sociales et culturelles dominantes. Cette place se caractérise en outre par une attitude résolument critique. Aussi, cette brève incursion dans le rapport aux institutions m'amène à aborder la question qui fera l'objet de la prochaine section du chapitre, à savoir l'arrière fond théorique et politique des intervenants rencontrés.

2.3 La posture éthique des thérapeutes

2.3.1 Santé mentale et intervention professionnelle

Un élément fondamental pour dégager la posture tacite des intervenants est d'explorer leur conception de la santé mentale et de l'intervention professionnelle à l'égard de celle-ci. Dans le cadre de cette étude, la plupart des praticiens interviewés – et, il va sans dire, particulièrement les thérapeutes d'orientation psychanalytique – soutiennent l'existence de l'inconscient. Quant à l'idée d'une « bonne » santé mentale, pour l'évoquer les informateurs parlent d'« équilibre », d'« adaptation », de « bien être » et de « fonctionnalité ». Ce thérapeute l'exprime clairement :

« Pour moi c'est un équilibre. Se sentir bien dans sa peau, fonctionner, avoir des pensées assez positives et avancer dans la vie. Donc une bonne santé mentale, c'est ça. Et puis, évidemment, avoir des valeurs qui, même si elles sont particulières quelque part, ne sont pas en contradiction avec la société dans laquelle on vit, parce que sinon, ça devient conflictuel et on devient complètement marginal [...] Si on est honnête avec soi-même, les grosses valeurs doivent être les mêmes que dans la société où on est, sinon c'est le déséquilibre, pis si ça ne retentit pas sur nous, ça va retentir sur nos enfants, donc... Par l'éducation, etc. Pis on va les mettre dans une contradiction qui risque de leur poser des problèmes, ça va être des mésadaptés. On va les marginaliser, donc... C'est comme ça que je vois, pour moi... »

Informateur clinicien, janvier 2003

Un autre thérapeute évoque également la question existentielle du sens et signale l'inadéquation de l'analogie souvent effectuée entre santé mentale et santé physique :

« La bonne santé mentale, c'est la capacité de vivre dans une façon... comment on dit ça en français, *meaningfully*. I think I'll have to speak English, ok. It's to live meaningfully, not necessarily without pain. I think it's a great error, especially when dealing with different cultures, to think that mental health is anything like, necessarily like the idea of physical health, as western medicine sees it, as being the absence of illness... You see, there's something... there's a big hole in all our ideas about health and illness, physically too! »

Informateur clinicien, mai 2002

Lorsque la question des signes de la nécessité d'une intervention est abordée, on cite souvent la demande d'aide ou l'importance de la symptomatologie – faible estime

de soi, malaise, incapacités fonctionnelles, difficulté d'adaptation, évitements excessifs, etc. Un informateur précise cependant que, dans ces cas, l'intervention n'est pas « nécessaire », mais plutôt « souhaitable » :

« Ben, un, si la personne le dit... Que c'est nécessaire? Y'a rien de nécessaire. Mais que ce serait souhaitable, ben que la personne ait beaucoup de difficulté à fonctionner, qu'elle ait vécu de la violence organisée, qu'elle ait de la difficulté à fonctionner, que l'estime de soi soit perturbée, qu'elle soit mal dans sa peau, difficulté d'adaptation, bon, des symptômes de stress post-traumatique comme les flash-backs... difficulté à faire confiance... évitement excessif... bon, tout ça, c'est des indications que ça serait souhaitable que la personne rencontre quelqu'un. Ils disent que l'intervention en stress post-traumatique, plus tôt c'est fait, mieux c'est, sinon y'a certaines choses qui deviennent... ben qui sont plus difficiles à défaire ensuite. Certains évitements qui vont persister toute l'existence. [Certaines stratégies] qui se figent un peu, c'est plus difficile. Et puis bon, quand la personne est en stress post-traumatique, c'est difficile de perlaborer les deuils, donc les deuils restent, ça peut prolonger. Et... c'est un *no man's land* encore une fois han. »

Informateur clinicien, octobre 2002

Une personne interviewée ajoute que, du point de vue des cliniciens, l'intervention devient nécessaire dans certaines situations extrêmes, comme lorsqu'on a affaire à des intentions suicidaires, de la décompensation psychotique ou des tords causés à autrui, par exemple :

« Ben moi je... si quelqu'un est suicidaire, si quelqu'un fait une décompensation psychotique, et cetera, là je dirais qu'elle est souhaitée du point de vue des traitants. Après, ça n'a à voir, ça ne renvoie qu'à la demande du sujet. Si le sujet a une demande, y'a quelque chose à travailler. Moi, justement, je n'aime pas à travailler avec ce critère de normalité. Je pense qu'y a une action à avoir. On ne peut se permettre de décider pour, ou de juger pour le sujet que dans des situations extrêmes. Ok, seulement... c'est à la personne de juger si elle a besoin de ça. C'est une position... c'est à elle de définir une position subjective, c'est à elle de décider si elle veut rester enlisée dans ce qui la bloque dans la vie ou si elle veut faire quelque chose d'elle. Oui, ben ce serait faire du mal aux autres. Oui à ce moment-là, je veux dire, ils ont à intervenir sinon... Moi, je suis pas pro "tout le monde pareil". »

Informateur clinicien, mai 2002

Cela dit, le caractère impératif de l'intervention est souvent remis en question. Cet informateur, par exemple, évoque plutôt l'idée d'une négociation :

« Ben ça va être, je dirais, une négociation. Ben par rapport à comment le clinicien considère la situation et ce que la personne ou la famille apporte [...] Effectivement, y faut

pas toujours intervenir. Mais ce qui faut jauger c'est la part de défenses qu'y a. Quand quelqu'un veut pas qu'on intervienne, donc est-ce qu'y a moyen des fois de... des fois ça peut être de dire... ben on peut proposer une ou deux rencontres, voir comment la personne se sent dans un suivi. D'autres fois aussi, bon je parlais des fois on voit que c'est, bon par exemple le parent qui a plus besoin. Des fois c'est, le travail va se faire beaucoup au niveau d'une médiation avec d'autres instances, d'autres institutions. Donc, et ça va être une partie très importante du travail thérapeutique, du travail clinique. Pour essayer qu'y ait plus de communication par exemple entre une famille et l'école, la DPJ en particulier. Y'a aussi tout le travail des fois avec des avocats, au moment de l'audition. Y'a bien des choses han. Ça m'est arrivé aussi d'aller à l'audition comme tel, témoigner à ce moment-là. »

Informateur clinicien, mars 2003

Concernant les signes pouvant rendre compte des effets d'une intervention, les cliniciens en citent quelques-uns. On parle alors d'un degré de souffrance moindre, d'une plus grande autonomie de la personne venue chercher de l'aide, ou d'un désir exprimé par celle-ci de terminer le traitement. Le dépassement d'étapes importantes comme l'audience est aussi mentionné à cet effet. On constate que la personne s'est « refait une vie », qu'elle a réintégré la vie sociale, qu'elle a investi des nouvelles relations interpersonnelles, qu'elle exprime moins de submergement et plus de symbolisation, qu'elle a fait du sens avec son vécu. En somme, qu'elle a pu rétablir une séquence historique et qu'elle peut maintenant penser à l'avenir. Ces trois extraits illustrent cette posture quant à la terminaison du suivi thérapeutique :

« Bon, la personne, tu sens qu'elle peut voler de ses propres ailes. Elle va peut-être revenir, y'a peut-être d'autres situations qui vont réveiller le traumatisme, puis elle en aurait peut-être besoin plus tard. Mais y'a, je sais pas, avec certains clients je sens que, bon, on a fait un bout de chemin ensemble, et c'est suffisant. C'est pas parfait là, c'est jamais parfait. Mais c'est assez pour l'instant, et puis la personne ne veut plus, elle veut passer à autre chose. Des fois, y'a des gens qui viennent et ils déposent certaines choses dans mon bureau, et ensuite ils reviendront plus. Et je comprends très bien et je chercherai pas à le faire revenir. »

Informateur clinicien, octobre 2002

« Mais donc au niveau de la terminaison du traitement, ben c'est sûr que ça peut dépendre aussi du bien être de l'enfant là. Y peut arriver que même si un enfant devient mieux, mais ont sent que y'a quelque chose de très important qui s'en vient comme l'audition. Ben là, passer au moins ce cap-là avant de prendre une décision plus par rapport à un suivi. »

Informateur clinicien, mars 2003

« Ben de permettre qu'en fait, la personne fasse une continuité de son histoire, comprenne bien tous les enchaînements de son passé, les maîtrise, les... a donné du sens à tout ça, et les a intégrés, et permettre de penser l'avenir. »

Informateur clinicien, mai 2002

Une question complexe et délicate ayant été posée aux thérapeutes interviewés concernait leur perception des sources de souffrance humaine. Les réponses qui m'ont été fournies, dont l'importante variabilité est à souligner, étaient toutes plus intéressantes les unes que les autres. On a parlé de coupures dans les liens d'attachement, de solitude, de bris du lien social. On a évoqué la fracture du moi et de l'identité, les situations d'objectivation et de désobjectivation, l'identification à des paroles des tortionnaires ou à des objets méprisés - déchets, excréments, etc. On a aussi mentionné d'autres notions comme une perte de sens à la vie, l'impression de ne plus avoir d'avenir, la désillusion, la trahison envers ses valeurs et ses objectifs, les sentiments de perte et de culpabilité, le fait de tout remettre en question, les séparations prolongées, l'exil, la rupture dans la dignité humaine, l'injustice, l'intrusion. En somme, différents niveaux de souffrance ont été identifiés.

Il semble que l'emphase mise davantage sur un niveau que sur un autre révèle les préoccupations et orientations théoriques de leur auteur. Ainsi, un clinicien d'orientation psychanalytique fait ressortir l'ampleur des souffrances associées aux expériences de « morts psychiques », de perte d'identité, de désobjectivation et d'objectivation. Il qualifie cet état de souffrance d' « inhumain » :

« Je pense que c'est quand... Ça, c'est au niveau émotif, c'est-à-dire que c'est quand l'identité ou le moi est fracturé. C'est-à-dire quand la personne a l'impression de ne plus être soi-même... quand on est plus soi ou quand on a l'impression d'éclater, c'est la mort psychique. On n'est pas constitué de manière imperméable et quand... par toutes sortes de choses han, même les frontières de leur corps, ils ne les comprennent pas. Ils n'ont pas du tout l'image du corps comme on peut avoir du nôtre. Et c'est pour ça que eux sont dans une souffrance *extrême*. Tout peut les atteindre, peut les détruire. Et les personnes, par exemple, qui vont subir la torture qui ne sont pas psychotiques, on les amène à ces limites-là. Il n'y a plus de dedans et de dehors au niveau du corps, enfin la surface du corps qui peut... qui représente la surface du psychisme du moi est atteinte, et donc est menacée d'exploser. Et ça je dirais en fait c'est les souffrances les pires à vivre... inhumain... ce qui est humain, c'est d'être constitué par une identité. Donc je dirais que c'est parmi les souffrances les pires. Et la torture, aussi, c'est quand ce qui, en fait, me soutien, c'est les structures de base, comme toutes nos lois qui ont des... han, l'interdit de l'inceste ou et cetera, sont menacées. Encore là, le psychisme fout le camp. Han on sait que dans les techniques de torture, y'a, enfin, le père, la mère, ou encore des choses qui se font pas, comme de baigner dans un

baignoire d'excréments, bon l'urine qui normalement est rejetée, est déchet, on l'incorpore. Donc là les limites sont éclatées aussi. Et t'as aussi ce qui est aussi dans une position de ce qui fait souffrir, c'est aussi, quand on est déssubjectivé, c'est-à-dire qu'on n'est plus pris comme une personne mais comme un objet, comme un déchet. C'est très difficile de passer d'une position d'objet à une position de sujet ensuite [...] On nous a foutu dans une position où on n'a plus son mot à dire, on n'est plus rien. Bien oui parce que le bourreau dit "t'es de la merde, tu ne vaux rien". Donc c'est par là... C'est de l'identité à travers... Enfin, c'est ça l'identification han. C'est de s'identifier à des paroles ou à des choses, et cetera. Donc là, ils s'identifient à du déchet. Donc ils ne sont plus que ça. Comment enlever, comment lutter contre cette identification-là? Quand on a été victime de viol, on a été identifiée à un objet de plaisir. Comment se désidentifier de ça? »

Informateur clinicien, mai 2002

Un autre thérapeute a, pour sa part, tourné son attention vers les ruptures affectives et le sentiment de culpabilité qui s'en suit :

« Ils souffrent et ils remettent tout en question tout... Ben la souffrance c'est d'être séparé de ses enfants, de ne pas pouvoir aller les embrasser, de leur parler au téléphone, C'est une souffrance... quand une maman nous dit, sa fille lui dit, ben "maman pourquoi tu viens pas me chercher". Pis ça dure depuis trois ans, je pense que c'est dur han. Elle comprend pas, elle dit, il y en a... "tu viens me chercher?". Comment vous voulez qu'on explique à un enfant que... ben avant il faut avoir la résidence, il faut le statut. C'est dur ça. Y'a plein de mamans que je connais qui sont aux antidépresseurs juste à cause de ça. Et le jour où elle parle avec son enfant, elle dors pas. Parce que, elle dit, finalement "je suis lâche, j'aurais pu rester. Qui prouve que je vais les voir un jour, et si il leur arrive quelque chose". Alors, ça c'est comme ça que je le vois moi. Tout ça, c'est par rapport aux réfugiés, je veux dire [...] Dans la souffrance, je mettrais la culpabilité par rapport à tout ce qu'il a laissé derrière lui, à tout ce qu'il a perdu, il se culpabilise parce qu'il n'a... il pense que lui s'est sauvé mais que les autres... ben c'est pas, c'est pas très courageux. C'est pas, c'est... la souffrance... »

Informateur clinicien, janvier 2003

La perte de sens et d'objectifs dans la vie est aussi considérée à cet effet.

« Une grande souffrance, c'est de se sentir... on n'a pas d'objectif, d'avenir. Pour l'immigrant, je trouve. Parce qu'un réfugié, ou un immigrant ou n'importe quel être humain, je pense que il veut donner un sens à sa vie. À partir du moment où on a éteint un sens à votre vie, moi je trouve qu'on commence déjà à entrer dans un... dans le déséquilibre et dans la souffrance. À partir du moment aussi où on pense qu'on a déraillé de son objectif. Et il peut avoir une souffrance si on s'est fait des illusions pis qu'on réalise que... ce n'était que des illusions. »

Informateur clinicien, janvier 2003

Aussi, selon une perspective plus sociale et politique, un thérapeute a identifié la cupidité, l'avarice et le désir de pouvoir comme sources de souffrance humaine, mais surtout, l'institutionnalisation de ces phénomènes. Or, il récuse la posture qui consiste à diaboliser un groupe dans son ensemble ou un système de croyance. Il ajoute par contre que le système capitaliste, tel qu'il s'est développé, est devenu une source importante de douleur humaine :

« Greed, I mean, I don't know, I... This is strange but I'm gonna sound very old fashion: greed, lust for power. Those sorts of things. And also, you could say, the institutionalization of those things. I don't like to... Because, I've seen people on both sides of many conflicts. I've seen people whose, you know, on both sides there were border, where on one side, the one people is oppressing the other, and the other side, it's the other, you know, it's the inverse situation. So, I don't want to demonize any people, any belief. Even, I don't want to demonize the capitalist, although it's tempting. I think the system, the way it's grown up is a great source of human pain. But also, all the other ones before hand had been! I mean, as far as I know, there never was a golden age. Like Jean-Jacques Rousseau had a wonderful idea but it's a dream. I used to believe very fervently in some sort of inherent progress that, just the way... that life had evolved into more complex and in some ways more beautiful creatures, no other creature's been able to write a fugue or paint gorgeous painting, you know. I used to think, I was brought up with a sort of 18th century Enlightenment idea that progress, you know, that we got rid of slavery, and then we got, then, women became more equal, and the next thing you know, we're on our way to a glorious New Age. I'm not sure of that anymore It's sad, but. So I think that... I don't think that we'll necessarily be able to find a political system that will solve all these things. But I think that we have a political and moral imperative to do what we can, to solve what we can. »

Informateur clinicien, mai 2002

L'intrusion dans le corps et la rupture dans la dignité humaine sont tenues pour des sources de souffrance extrême par un autre informateur. Ce thérapeute se réfère à son expérience personnelle de parent pour imaginer l'ampleur de la souffrance associée à la séparation forcée d'avec ses enfants dans les situations d'exil. Cette rupture dans l'attachement humain et l'injustice qui se poursuit dans le présent sont dénoncées :

« Je pense à un homme sikh qui avait été vraiment gravement, emprisonné, torturé, pis toutes les blessures physiques qu'il avait subies ne pouvaient pas se comparer à la vue de sa famille massacrée. Là, je crois, la perte humaine, la perte de l'attachement, les coupures dans les liens d'attachement, c'est ce qu'y a de pire. Les mamans qu'y savent pas où sont leurs petits, tu sais, qui fuient. Elles fuient, puis bon, ils sont séparés un moment donné dans cette fuite, ils arrivent, ils atterrissent ici à Montréal et là ils réalisent. Cette douleur là. L'envie de sauter sur le premier avion, mais l'impossibilité de le faire, tu sais, de pas savoir où sont les enfants pis comment ils vont, ça c'est... actuellement ouais ça c'est... ça fait mal. Étant mère moi-même, je peux facilement... Je peux imaginer. Ouais, je peux imaginer

cette souffrance. Peut-être pas le degré de douleur, mais... Oui, c'est difficile, c'est dans le lien d'attachement. Et la, aussi, la rupture dans la dignité humaine là, l'intrusion dans son corps, dans le viol, ça c'est très très dur pour beaucoup. Et l'injustice... Et cette injustice, ce sentiment que c'est... ils continuent à payer en fin de compte, parce que le processus de statut de réfugié, c'est une autre blessure han. »

Informateur clinicien, octobre 2002

Autre fait notable : les informateurs rencontrés en entrevue ont défendu le caractère universel de la souffrance humaine, tout en faisant ressortir la variabilité de son expression. L'universalité du psychisme humain est mise de l'avant, comme l'explique cet informateur :

« On a tendance à présenter les gens qui viennent d'ailleurs comme... ils sont trop particuliers, trop différents de nous. Moi, je suis pour la prise en considération de la différence, mais pas à ce point. Pour moi, l'être humain, la souffrance et l'être humain avec tous ces problèmes de santé mentale et psychologiques, c'est universel. Y'a aucune différence. Tout le monde souffre de la même façon. C'est la façon peut-être de la vivre ou de l'exprimer qui est différente. On a tous un cœur, on a tous la même façon d'aimer, de détester, de faire des deuils, c'est universel. Un schizophrène, c'est un schizophrène partout. Une dépression c'est une dépression partout. T'as des symptômes qui sont... mais une souffrance humaine, c'est la souffrance han. Une maman qui perd un enfant, donc à travers le monde, c'est pareil. C'est l'exprimer, la façon de l'exprimer. Y'a dans des sociétés, on permet d'exprimer la souffrance, y'a dans des sociétés, on ne le permet pas. Enfin, on ne le permet pas, on l'exprime différemment. Pis y'a des rites qu'on fait dans certaines sociétés, qui ne sont pas faits peut-être ici, mais qui se faisaient peut-être ici. Si je parle de la mort ou du fait de se plaindre ou de parler ou de porter des tenues, d'avoir une certaine attitude. Y'en a qui le font dans certaines crises, c'est très particulier, on peut savoir que telle personne est en souffrance. Mais quand elle est là, elle peut pas le faire, parce qu'elle sait qu'on va... elle sait que elle va pas le faire, parce que ça sert à rien du tout, on va pas la comprendre. Si on a cette attitude, c'est pour exprimer quelque chose, pour demander que les autres nous aident. Si on est dans sa communauté, elle va essayer de le faire, mais si elle est avec des gens différents, elle va se dire je ne comprendrai pas. Mais la souffrance, dans certaines cultures, physique est plus acceptée. »

Informateur clinicien, janvier 2003

Une personne a également attiré l'attention sur les dangers inhérents à l'idée de comparer les souffrances. De fait, cette propension pourrait mener à banaliser, voire à faire fi des unes, face à l'ampleur des autres :

« Je crois que le danger est d'en venir à banaliser, ou à essayer de comparer les désastres humains. Et ça, y faut pas faire ça, parce que chaque être humain est différent et il arrive avec son lot de peine pis son chagrin et tu peux pas comparer ça à, en disant : "ouin, mais j'en connais un la semaine dernière, lui y'a vécu ben pire que ça, pis y va mieux tsé" (petit

rire). Non. Tu peux pas, tu peux pas. Et peut-être que c'est pour ça que je me suis spécialisée dans cette clientèle. »

Informateur clinicien, octobre 2002

En somme, les personnes interviewées ont beaucoup cité les violences comme étant génératrices de souffrances, et ce, peu importe la forme qu'elles revêtent, dont celle du diagnostic et des évaluations psychologiques. À ce propos, un informateur effectue un parallèle entre l'intrusion dans l'espace effectuée par la violence, et l'intrusion dans la psyché effectuée par l'évaluation psychologique :

« Dans le cas des évaluations, tu es entré de façon intrusive dans la psyché de quelqu'un. Et je rentre pas si profondément que ça, mais t'as eu droit de voir des choses en très peu de temps. Par des questions, par certains tests... Bon tout le processus d'évaluation. C'est comme... tu connais une personne en très peu de temps et y'a une certaine arrogance là-dedans aussi. Mais après ça, la personne va peut-être venir une ou deux fois, et d'elle même va plus revenir, parce que elle... je crois qu'y a... Ça a été comme trop vite. C'est une intrusion dans son espace. Et la violence ça fait ça hein. C'est une intrusion dans son espace. »

Informateur clinicien, octobre 2002

La désillusion face à l'humain peut également être très douloureuse. Ce thérapeute soutient que dévoiler à une personne réfugiée les sources de sa souffrance ne saurait qu'ajouter à sa douleur. Il estime que la connaissance de l'origine économique et provoquée de sa tragédie personnelle affligerait doublement la personne souffrante :

« Donc sur le coup, pour moi, cette personne est victime de violence organisée, c'est elle qui est prioritaire. Je ne vais pas ajouter à sa souffrance en lui expliquant le fond de cette violence. Parce que si je lui explique que si il y a cette guerre, c'est à cause de ce qui se passe dans le... Écoutez, elle va paniquer là ! Elle pense que elle est dans un endroit ici où elle est à l'abri là. Je peux pas. Je peux pas dire à une Irakienne qui s'est sauvée au Canada, et j'ai eu un cas comme ça, oui, qui quand il écoute les informations, la guerre et tout, qui se remet en question, qui souffre doublement han! C'est un double souffrant là. Alors vous comprenez ce que je veux dire... Malheureusement, c'est que cette souffrance, elle est économique han! Elle est provoquée! C'est pas une souffrance qui est naturelle. Quand y'a un tremblement de terre et puis que il se passe des choses, ben, ça reste un drame, mais bon, on ramasse ce qu'on ramasse, mais le pourquoi ne se pose pas. Mais là, quand les gens y viennent comme réfugiés, sur le coup, ils posent pas de question. Vous savez quand un malheur nous arrive, sauve qui peut et y'a plein de choses qu'on comprend pas. Et les gens, après, ils commencent à chercher. Chercher le fond des choses, essayer de comprendre. »

Informateur clinicien, janvier 2003

Tout compte fait, on a dévoilé et dénoncé les effets délétères de la violence, particulièrement dans les cas de violences multiples et répétées qui agissent à différents niveaux. Un informateur évoque alors la « survie » :

« J'ai eu des cas que... j'ai vu quand même des Québécois qui ont vécu des choses aussi, des traumatismes han. [Mais les réfugiés], c'est qu'ils le vivent, mais en même temps, ils ont même pas le droit, ils n'ont ni le droit, ni le temps de s'arrêter et de... La différence c'est qu'avec le réfugié, il a vécu des choses beaucoup plus terribles des fois. On a tué sa famille devant lui, on l'a égorgé, on l'a... j'ai vu des choses. Mais il n'a pas le droit de s'arrêter parce que, y'a la survie. Comment ? Ben il se sauve d'abord, pis comme il arrive là, c'est tout nouveau pour lui, y'a encore d'autres défis qui l'attend. Il faut qu'il trouve un travail, il faut qu'il trouve un logement. Il faut qu'il prouve que c'est une bonne personne. Il faut que les gens qui le voient, il n'a pas le droit d'être incorrect. Il faut que... Il a tout ça. Si il fait quelque chose on va pas se dire : "ah celui-là, ben peut-être que...", disons, je sais pas moi, si il grille un feu rouge, ils vont pas lui dire : "ben peut-être qu'il est traumatisé, qu'il a vécu des choses" [...] On se pose, des fois, même pas la question. "Qu'est-ce qu'il a vécu avant? Pourquoi il est comme ça? Pourquoi il se comporte comme ça?". On ne tient pas compte de... Pis on n'a même pas prévu des services spécialisés pour ces gens-là. Y'en n'a pas encore. Bon y'a le RIVO, mais c'est rien du tout. Y'a rien qui se fait pour ces gens-là. Pis y'en a qui n'en parlent pas. Parce que les seuls qui sont référés, c'est ceux qui viennent revendiquer le statut, parce que ils passent par des intervenants qui vont peut-être réaliser qu'est-ce qu'ils vivent et pis qui vont... Y'en a plein qui sont dans la nature han. »

Informateur clinicien, janvier 2003

Quant aux stratégies permettant d'éviter de rabattre la vie culturelle et politique sur la vie biologique – et d'ainsi participer à la domination par l'entremise d'une nouvelle forme de violence institutionnalisée –, les propos récolés auprès des praticiens m'ont permis d'identifier cinq grandes stratégies pour lutter contre cette forte tendance. Les dernières sous-sections du chapitre ont pour objet de les exposer.

2.3.1 La multiplicité des narratifs

À l'instar des penseurs de l'École de Harvard aux États-Unis qui soulignent la présence d'une multiplicité de narratifs autour de tout phénomène psychopathologique, plusieurs thérapeutes interviewés estiment que l'ensemble des discours se créant autour d'une expérience de souffrance doivent être pris en compte si on veut saisir la réalité dans toute sa complexité. En d'autres termes, une des stratégies mises de l'avant par les

cliniciens rencontrés consiste à promouvoir la richesse de la diversité, sans nier l'existence d'une réalité « objective », mais en mettant l'accent sur l'aspect incomplet ou incertain de chacune des perspectives. Cet extrait illustre bien cette posture répandue chez les thérapeutes :

« On prend pour acquis qu'y a la possibilité d'une multitude de points de vue sur un problème. [D'où l'idée d'avoir] plusieurs personnes de professions différentes et d'origines différentes [dans la rencontre clinique]. Parce que les points de vue peuvent venir de champs d'expertises différentes, tout comme de points de vue culturels différents. Et y'a toute la question de l'identification, par exemple, de gens, bon évidemment on n'a pas toujours dans la salle quelqu'un représentant une identité proche de la culture de la personne, de la famille, mais des fois ça arrive... en tout cas, bon, donc y'a ça, ce côté-là qui peut être important. Mais c'est souligner la possibilité de la pluralité de l'altérité. Parce qu'y viennent dans une clinique psychiatrique, et certains viennent chercher particulièrement le côté psychiatrique et médical, mais y peut y avoir d'autres explications qui sont importantes. Ce qu'on essaie de toujours... Ça veut pas dire qu'on va nécessairement aller dans ces explications-là, mais on essaie de favoriser que c'est... qu'y ait un espace qui permette de parler des différentes choses. Les familles peuvent être plus ou moins prêtes à parler de d'autres façons de comprendre la réalité de ce qu'y arrive pour un enfant ou pour la famille, mais y'a... Donc c'est très variable ce qu'on va avoir comme matériel de ce côté-là. Mais y'a des moments où ça devient très important. »

Informateur clinicien, mars 2003

Aussi, pour pouvoir intervenir face à des situations complexes, cet informateur ajoute qu'il est nécessaire d'ouvrir ces espaces dans sa propre tête, dans ses propres schèmes de compréhension. Il suggère qu'il faut saisir l'ensemble des dimensions qui sont présentes et mises en cause, sans sauter trop vite aux conclusions :

« Il faut aussi se permettre d'ouvrir les espaces dans notre propre tête, qui peuvent être les différents espaces d'explication. Pour qu'est-ce qui est présenté. L'espace culturel, l'espace biologique, l'espace politique. C'est ça qui est quelque chose de très important dans la pratique clinique que je fais. C'est que d'être toujours en éveil, toujours préoccupée de saisir quelle dimension est ou sont touchées au moment de ce qui est dit ou fait. Parce que c'est sûr que y'a aussi des moments où il faut voir que tout n'est pas non plus culturel ou sociopolitique. Y'a aussi des éléments donc qui faut déterminer et, je dirais, c'est de pas sauter aux conclusions trop vite aussi. Se permettre aussi de voir comment le processus psychique s'établie aussi là, en fonction de quoi. »

Informateur clinicien, mars 2003

2.3.2 Entre clinique et politique

Un autre élément important pouvant être dégagé du discours des informateurs est celui que *tous* les intervenants rencontrés en entrevue reconnaissent l'aspect politique de leur pratique professionnelle. Semblant reprendre le modèle proposé par Basaglia (voir plus haut à la section 2.1.2 *Souffrance, « récits de maladie », violence et subalternité*), les cliniciens mettent de l'avant la nécessité de prendre en compte la dimension politique contenue dans l'expérience de souffrance et dans la rencontre clinique. De fait, il semble que parmi l'ensemble des professionnels œuvrant dans le domaine de la santé mentale, rares sont ceux qui tiennent compte, voire même qui sont conscients, des aspects contextuels de leur pratique – donc socioculturels, historiques et politiques –, et rares sont ceux qui s'interrogent sur l'ensemble des enjeux propres à leur intervention clinique. Faisant radicalement exception à cette règle, les thérapeutes rencontrés se sont tous montrés largement ouverts à l'idée de constamment se remettre en question et à l'impératif d'inclure une réflexion éthique à leurs activités professionnelles. L'imbrication du contexte social et juridico-politique dans leur pratique professionnelle n'est jamais niée. Cet informateur l'exprime clairement :

« Mais la première rencontre aussi, symboliquement, de dire cet espace de possibles multitudes des sens dans la... Ce qui veut inclure les sens politique, social... J'ai plus parlé de culturel, mais y'a tout ça qui est là et important [...] Effectivement, y'a des moments où l'espace clinique se mêle à l'espace collectif de façon assez tangible. »

Informateur clinicien, mars 2003

En somme, le caractère inévitable et éminemment politique de l'intervention clinique en santé mentale avec des réfugiés est reconnu. Un thérapeute présente même sa pratique comme une forme de militantisme :

« C'est vraiment politique. Parce que le stress post-traumatique c'est un concept qui était inventé pour des raisons politiques, dans les années soixante, soixante-dix, par des psychiatres qui voudraient donner des services aux vétérans. Des vétérans de guerre au Vietnam. Et ils ont inventé le stress post-traumatique pour avoir un prétexte de donner les services psychiatriques aux vétérans qui retournent avec des problèmes de là-bas. Ben toutes les diagnoses sont des inventions des comités han. Y'a des comités de psychiatres qui disputent qu'est-ce que c'est la schizophrénie, qu'est-ce que c'est la dépression. Ils

n'existent pas dans le monde réel, hein. C'est juste une idée. Comme ça, c'est vraiment quelque chose de politique. Et dans notre travail, c'est aussi politique parce que la plupart des gens qui travaillent avec les réfugiés font ça parce que ils ont un biais pour sauver les gens, pour éviter d'envoyer les gens pour être torturés. Et comme ça on utilise le diagnose comme outil pour poursuivre notre agenda politique. Je... c'est pas tout le monde qui voudrait dire ça, mais... (rires). »

Informateur clinicien, mai 2002

Cette attitude conduit inévitablement à poser comme arbitraire, du moins en partie, les conditions du contexte où se vivent les souffrances et leurs thérapeutiques. C'est à ce compte que la normalité sociale admise est interrogée.

2.3.3 La normalité en question

Une troisième stratégie qui ressort des paroles des intervenants ayant participé à la recherche est l'idée de remettre en question la norme établie, c'est-à-dire d'examiner et de s'interroger à propos de la normalité admise. Le cas de l'indépendance et de l'autonomie à tout prix, souvent prônées dans la société québécoise, est cité en exemple par cet informateur :

« Tu sais, ici on veut que les gens soient indépendants, par exemple. Hein, c'est un gros truc ça, d'être indépendant. Y faut pas s'inquiéter de ce que les autres pensent. Il faut pouvoir fonctionner par nous mêmes. Parce... Hein. Et la psychothérapie nord-américaine, elle est basée... Ben pour des gens qui viennent d'une culture collective, d'identité collective, ça a aucun sens. »

Informateur clinicien, octobre 2003

Le caractère normalisateur d'une approche évolutive du psychisme humain est également condamné par un praticien. Il désapprouve les visées normalisatrices et le contrôle social provoqué par ce type d'appréhension du développement humain :

« Y'a beaucoup de personnes qui sont bergeraisiennes ici, donc qui ont une conception du développement de l'être humain... On conçoit l'être humain comme s'étant développé suivant une évolution psycho-génétique, donc évolutive, donc on va parler, par exemple, de la psychose en termes de déficit, c'est-à-dire le plus bas sur une échelle. Alors après viennent les états limites, et puis ensuite vient la névrose. Alors que moi, le type de psychanalyse dans laquelle j'ai étudié ne s'appuie absolument pas là-dessus, s'appuie plutôt

sur la notion de structure. C'est dire qu'en fait une personne psychotique est d'une structure différente, mais on n'en parlera pas en termes de déficit. On dira pas que elle est moins ou mal évoluée, psycho-génétiquement, que une personne névrotique. Donc c'est une conception un petit peu différente. Puis d'ailleurs, par rapport à la question de la normalisation, c'est différent aussi. Parce qu'on va pas chercher à rendre quelqu'un de psychotique *normal*. »

Informateur clinicien, mai 2002

Autre fait intéressant à noter : on estime que dans le cas des personnes réfugiées suivies en thérapie, c'est le social qui est à l'origine du traumatisme et qui est malade, d'où la nécessité de sortir du cadre et d'entreprendre aussi une réparation *dans* le social :

« Ben il faut sortir deux fois [du cadre]. Parce que y faut sortir, parce que ce qui est arrivé, parce que c'est une blessure qui est... qui vient pas d'une mauvaise enfance, c'est une blessure sociale. Donc c'est dans le social aussi qu'on répare ça. Donc ça prend une reconnaissance sociale, ça prend autre chose que une... juste de l'intrapsychique. »

Informateur clinique, octobre 2002

Encore une fois, un informateur met en garde contre la tendance à « pathologiser » des réactions humaines normales et à normaliser des situations pathologiques :

« Ben tu fais une intervention qui aide la personne psychologique de voir en mot sur noir et blanc, la réaction qu'elle a, que je suis pas en train de la traiter de fou, que la réaction qu'elle a, c'est une réaction normale, qu'elle a vécu des événements anormaux, han. Et non pas l'inverse. Des fois, ça aide, ça rassure beaucoup. Parce que les gens ont toujours peur. Un psychologue, ça veut dire folie et pas juste... Bon, dans notre culture, on a une culture de psychologues plus que dans d'autres pays, mais dans d'autres pays on est carrément... on est pour les fous quoi, et pis eux y sont pas fous, ou... ils aimeraient pas l'être en tout cas! (rires) »

Informateur clinicien, janvier 2003

2.3.4 Prendre position politiquement

Il s'avère qu'un autre aspect essentiel de l'intervention professionnelle en santé mentale auprès de personnes ayant vécu la violence organisée est celui de prendre position politiquement. Cette posture du thérapeute favorise, entre autres, la mise en place d'un cadre sécuritaire et permet qu'une alliance thérapeutique puisse s'opérer : se

dire en faveur du droit d'asile, se dire ouvertement contre la torture et se prononcer contre le racisme institutionnalisé, par exemple. La prise de position se présente dès lors comme une façon de remédier au sentiment d'impuissance évoqué plus haut par les thérapeutes face aux injustices et face à l'importante souffrance des personnes auxquelles ils viennent en aide. Cette attitude s'oppose à la prétendue « neutralité » du cadre clinique.

À titre d'exemple, cet informateur s'insurge contre la façon dont sont traitées les personnes qui viennent demander refuge au Canada :

« Et l'injustice, et cette injustice, ce sentiment que c'est, ils continuent à payer, en fin de compte, parce que le processus de statut de réfugié c'est une autre blessure han. Surtout de la façon que c'est en train d'aller là. Tu sais, c'est... Ben oui, y'a toujours eu un peu de ça [la tendance post 11 septembre] en fin de compte... Non, y'a 15 ans, c'était beaucoup mieux que maintenant. Y'avait beaucoup plus de respect pour la dignité humaine et c'était beaucoup moins un interrogatoire, ils étaient pas considérés coupables avant d'être prouvés innocents, et c'est, en fin de compte, c'est ça le processus, sont coupables jusqu'à temps qui prouvent que ils sont innocents en quelque sorte. Coupables d'être un faux réfugié. Ils sont des faux réfugiés jusqu'à temps qu'on prouve qu'y sont des vrais. Han. Et y'a des cas, j'ai plusieurs cas de réfugiés qui ont été refusés mais qui sont réfugiés, moi je le sens, je le sais. »

Informateur clinicien, octobre 2002

Un autre thérapeute s'indigne des inégalités sociales et économiques propres au contexte actuel. Il souligne avec sarcasme que ce sont les gens qui ont le plus besoin de services et d'aide thérapeutique qui en reçoivent le moins :

« Et donc je n'ai pas connu le problème que la psychologie, c'était réservé beaucoup plus au gens qui avaient des moyens. Moi j'ai jamais connu ça. Je l'ai connu ici. C'est ici que j'ai découvert que c'était pas les gens qui en avaient le plus besoin qui avaient droit aux services. »

Informateur clinicien, janvier 2003

Bref, les injustices du contexte et les structures inéquitables en place doivent être reconnues par le thérapeute. Certaines situations qui perdurent doivent être nommées. À cet égard, un informateur parle de l'attitude colonialiste des Québécois envers les Autochtones:

« Il peut y avoir des moments, ou même dès le départ à l'évaluation, où y'a des choses qui vont être nommées, comme ça là... On a vu une certaine quantité aussi de familles autochtones. Où entre autres, tout l'aspect colonialiste qui est encore présent là... le colonialisme. Y'a ces choses-là aussi qu'on a nommées. »

Informateur clinicien, mars 2003

En somme, on peut dire que la position politique des intervenants interviewés se manifeste par une dénonciation de la violence organisée, de la torture et des injustices, par un travail visant à diminuer leurs effets délétères, par un respect de la diversité culturelle, par une mise en garde contre les généralisations et par une promotion du dialogue. Ces deux extraits rendent bien compte de cette posture éthique, inséparable d'une prise de position politique :

« Bon, d'une part, je pense que quelque chose qui est toujours derrière, en arrière plan, c'est le fait que on n'accepte pas la torture. Donc c'est une position politique si tu veux. Et sociale aussi. Et que on veut faire un apport pour diminuer les effets. Et on essaie aussi de travailler contre la torture, c'est-à-dire pour essayer de... pour l'éliminer. Mais ce que nous on a derrière, c'est de ne pas accepter le sévice de la torture et de vouloir apporter au niveau communautaire, mais pas tellement le niveau communautaire Québec, communautaire *at large*, quelque chose qui permet de diminuer les effets. Mais je pense que pour nous tous, c'est un choix politique et social. C'est évident qu'on est contre, même si on le définit pas sur un papier. À mon avis c'est ça qui a derrière le tout. Et faire le meilleur pour la population qui a subi ce genre de sévices. S'adapter le mieux à ses besoins selon leurs besoins et en adaptant le tout à la culture aussi. Parce que la notion culturelle on peut pas l'oublier. Elle est essentielle. Et l'Occident c'est pas tout. Et c'est pas la norme à respecter. L'Occident c'est aussi important que l'Orient, que le Moyen-Orient, que l'Océanie, ou l'Europe, ou autre, l'Amérique latine ou l'Afrique. On va respecter ces différences culturelles et travailler avec et en les respectant. Mais c'est surtout, ce qui a derrière de tout, c'est la non acceptation de la torture et de la violence organisée, et vouloir apporter, donner des... faire un apport pour diminuer cette souffrance. »

Informateur non clinicien, janvier 2002

« Une question qui est importante de toucher, c'est toutes les questions des stéréotypes, des généralisations, pis tout ça, de l'intégration. Et c'est sûr qu'on est dans un ... ben ici à Montréal han, y'a beaucoup de différentes communautés. Maintenant, presque la majorité, au moins 50% des élèves du primaire sont soit de première ou deuxième génération d'immigrants. Alors c'est très très important. J'ai des enfants, ça veut aussi dire que dans... c'est toujours aussi un questionnaire par rapport à quel monde je veux construire pour eux. Quel monde je veux leur... que leur soit offert dans cette diversité culturelle. Et quels sont les dialogues. »

Informateur clinicien, mars 2003

Finalement, la question de l'espoir qu'ils entretiennent envers l'avenir collectif et les liens qu'ils effectuent entre cet espoir et leur pratique professionnelle ont également été abordés avec les thérapeutes. On constate deux tendances opposées dans le discours des cliniciens : l'une davantage optimiste, l'autre plutôt pessimiste. En effet, il est possible d'observer un double mouvement dans la société québécoise actuelle : celui, d'une part, vers une plus grande ouverture et une sensibilisation accrue au vécu des migrants et aux respects des différences; et celui, d'autre part, vers une appréhension de plus en plus fragmentée de la réalité, vers une promotion de la modalité de crise et d'urgence, vers une plus grande fermeture face à l'autre. Il va sans dire que cette dernière tendance va en augmentant depuis le 11 septembre 2001. Bref, certains thérapeutes estiment que la première tendance est plus forte que la seconde dans le contexte actuel, et d'autres considèrent la proposition inverse.

Un informateur est particulièrement critique face à l'attitude dominante actuelle, surtout en ce qui concerne le protectionnisme à outrance des sociétés riches, la recherche obsessionnelle de la sécurité et l'image de rejet envoyée au reste du monde :

« Pour l'instant, on est dans un protectionnisme à outrance là. Mais j'ai l'impression que, tu sais cette histoire de sécurité, ça a pas d'allure, parce que en fait on peut pas, on peut pas mettre une bulle de verre autour de nos pays, c'est pas vrai. Et plus on est contraignants et rejetants, plus on donne une image de rejet au monde, plus les gens vont vouloir nous taper dessus! C'est (rires) normal. Et pour moi, tu sais, tout est dans l'accueil, la façon que tu reçois une personne chez toi. »

Informateur clinicien, octobre 2002

Cela dit, tous les informateurs vivent leur pratique en lien avec le monde qu'ils souhaitent léguer aux futures générations, l'objectif étant, bien entendu, de contrer la transmission intergénérationnelle du traumatisme et de lutter contre les sources de souffrances sociales. Ces passages en témoignent :

« Je commençais moi ma pratique comme psychiatre, comme tel là, en septembre 2001. Et le 11 septembre, ça a été important aussi je dirais pour moi, au niveau de la pratique. On a eu beaucoup de demandes qui sont venues, beaucoup de questionnements, beaucoup de conférences autour de ça, pis de réflexions. Évidemment, ça a déstabilisé certaines personnes ou certaines familles qui étaient plus touchées. Mais y'a eu toute une série soit

de conférences par la suite qui ont été en lien avec ça, qui touchaient beaucoup, qui touchaient beaucoup l'aspect sociopolitique, mais dans le sens aussi... Bon par exemple je suis allée donner une conférence à des parents dans des écoles secondaire, ici à l'hôpital, pis c'était "mais qu'est-ce qu'on peut dire à nos enfants de ça? Qu'est-ce qu'on doit faire avec nos enfants?", qui touche directement à quel monde on veut bâtir pour eux. Comment on veut qu'y soient dans le monde. Donc, pour moi, y'a un lien, y'a un lien direct avec, je dirais, de façon générale, l'espace sociopolitique là, culturel, de la vie de tous les jours finalement [...] Ça questionnait beaucoup. "Mais comme parents, qu'est-ce que vous voulez, quel genre de monde vous voulez pour vos enfants? Qu'est-ce que vous voulez que vos enfants... quelle vision vous voulez qu'ils aient du monde aussi? Comment vous interprétez ce qui s'est passé? Est-ce qu'on peut interpréter de multiples façons?" »

Informateur clinicien, mars 2003

« Y'a pas une pilule, y'a pas une psychothérapie qui puisse réparer une vie cassée. La vie est cassée. Mais on peut aider les gens à trouver l'énergie pour reconstruire, pour réparer un petit peu. Et pour éviter de répéter les traumatismes. Parce que c'est la répétition qu'on... c'est un autre gros concept han, la compulsion de répétition, c'est... Ce qui est pas perlaboré, ce qui est pas parlé ou conscient, est répété. Et moi je vois ça là. On voit ça, tu sais, des femmes qui sortent de relations abusives qui s'en vont directement dans une autre relation abusive, pensent que c'est différent. Mais ça leur prend du temps avant à pouvoir que oops... y'a comme quelque chose qui se répète [...] Donc, y'a beaucoup de ça qu'on combat dans les thérapies. On essaye d'aider les gens à prendre conscience de cette tendance à répéter. En espérant qu'ils éviteront de répéter avec leurs enfants. Ça veut pas dire qu'ils vont... que parce qu'ils ont été abusés ou torturés qu'ils vont torturer et abuser leurs enfants. Mais il y a quelque chose du traumatisme qui se transmet d'une génération à l'autre, à moins de le travailler. »

Informateur clinicien, octobre 2002

2.3.6 Conserver une zone d'incertitude

Avant de conclure, il est important d'insister sur un autre aspect de leur pratique professionnelle qui a fréquemment été mentionné par les intervenants. Je parle ici de la notion d'incertitude : l'incertitude inhérente à leur clinique même et au phénomène humain en général, mais aussi la nécessité de préserver une attitude d'ouverture et une certaine dose d'incertitude pour pouvoir agir. Cette incertitude, assumée et contenue par le thérapeute, permet d'ouvrir un espace de pouvoir pour la personne soignée, c'est-à-dire, comme le souligne Rousseau (2002 : 768), « une position de sujet qui ne peut naître que de notre incertitude qui confirme ce qui nous échappe chez l'autre ». Un informateur soutient ainsi que le thérapeute, en plus d'être capable de soutenir une

certaine incertitude dans sa pratique, se doit d'adopter une posture d'humilité face à la personne soignée :

« Mais l'essentiel je crois là-dedans, c'est toujours la dignité, le respect de la dignité humaine donc. Ça c'est vraiment... et l'ouverture à être, l'ouverture. Être capable de soutenir cette incertitude. D'être capable de dire "ouais ben dans le fond, je sais pas trop ce qu'elle est cette personne-là han". C'est... la laisser me renseigner. Rester dans cette incertitude, de pas être trop sûre de moi-même, ni de mes méthodes, ni de ce que je suis en train de faire pendant un moment. Pas trop longtemps parce que je vais... je veux pas angoisser mon client hein (rires). Je veux pas y faire croire que je sais rien (rires). »

Informateur clinicien, octobre 2002

Dans le même ordre d'idées, un autre praticien met de l'avant cette ignorance du thérapeute qui doit être reconnue et cette attitude d'ouverture qui est prônée. Il considère qu'une approche fixe et rigide de la thérapeutique ne sert qu'à colmater l'angoisse du praticien et de ceux qui mettent en place des programmes de prise en charge :

« C'est sûr que ça ne va pas toujours être... on travaille avec des repères, mais, il faut que... On n'est pas comme dans un article ou un bouquin où tout est clairement disposé. C'est difficile de traduire les choses très très clairement [...] Et des fois c'est, bon, on a beau être ouvert pis connaître un petit peu de plusieurs cultures, mais y reste que on est plutôt ignorant han. On nage dans beaucoup d'ignorance. Des fois on recommence en terrain incertain constamment. Et moi, je sais pas, moi je me raccroche à ce qui est humain. [Le contrôle par des programmes, le ballonnement et l'infantilisation des personnes, c'est de plus en plus répandu, même pas seulement aux psychotiques, mais aux gens indépendants aussi]. Mais pourquoi, parce que ça colmate l'angoisse ça! C'est au fait qu'on sait pas trop quoi faire et que ça nous met mal à l'aise. Alors être psy, être thérapeute, c'est réussir à supporter, à tolérer une part d'angoisse. Et quand on est chargée, à partir du moment où on a l'impression que tout va bien dans notre pratique, qu'on n'est plus angoissée, faut peut-être se poser des question. Ben ça voudrait dire qu'on a tout compris et que on met tout dans des petites cases et que... y'a plus de mouvement. Pis de se dire qu'on ne connaît pas tout. Surtout quand y'a des gens qui viennent de cultures différentes. Faut être capable de t'ouvrir à ça. »

Informateur clinicien, mai 2002

La notion de « zone grise » ainsi que celle de « flottement » sont également invoquées par un clinicien pour parler de l'incertitude souhaitable. Il semble qu'une marge de manœuvre ouverte et non tranchée soit nécessaire à l'action collective, comme l'exprime cet informateur :

« Ceux qui ont pas encore le statut de réfugié. Qui sont dans cet espace... parce que à partir du moment qu'ils ont le statut de réfugié, ils peuvent demander la résidence permanente et là peuvent avoir beaucoup plus de services. Tandis que ce que la loi pis ce programme-là dit, c'est que les demandeurs du statut de réfugié ont droit aux services médicaux d'urgence. Là, tout est dans la définition d'urgence. Oui, ben y'a des choses qu'on peut considérer qui sont urgentes parce que ça peut être très délétère pour les enfants ou les familles si c'est pas traité. Mais on est dans un zone grise. Comme des problèmes psychologiques liés à la guerre. Y'a des moments où les gens sont très très mal et puis... Mais c'est sûr que y'a un flottement là. C'est sûr qu'y a un flottement qui est à quelque part une prise de position aussi. Dans la définition de qu'est-ce qu'on va... de ce qui est urgent pour les gens [...] Je pense que c'est une grande question qui est aussi délicate à débattre publiquement parce que les gens peuvent prendre une position, les politiciens aussi pourraient prendre une position, c'est très... Des fois c'est important qu'il y aient des zones grises... pour pouvoir agir. Que ce soit pas trop tranché. C'est pas tout le monde dans les départements qui pensent comme ça là mais (rires). »

Informateur clinicien, mars 2003

Allant plus loin dans sa critique, un thérapeute estime que tout intervenant clinique œuvrant aujourd'hui à Montréal et ne disposant pas d'une approche ouverte sur l'interculturel, sur la pluralité des vérités et sur l'incertitude inhérente à toute réalité, risque de faire des faux pas et des erreurs de jugement :

« Et moi je pense que aujourd'hui, de nos jours, si tu pratiques à Montréal et que t'as aucune idée de ce que c'est que l'interculturel, ou ce que c'est que d'autres cultures et d'autres façons de voir, et la capacité de remettre en question tes tests et tes façons de voir la psychologie, t'as des problèmes. C'est... tu vas faire des mauvais pas, des mauvais jugements. Mais c'est menaçant. L'autre est toujours menaçant. Souvent, parce que on veut croire, on veut avoir l'impression d'avoir la vérité ou la... que y'a des réalités fixes. En psychologie, c'est pas le cas. Même en physique, c'est plus le cas. C'est plus, c'est plus le cas. Bon on nage dans une certaine marge d'incertitude. Bon ça veut pas dire que c'est *free for all* pis on peut faire n'importe quoi, n'importe comment. »

Informateur clinicien, octobre 2002

En terminant, il est possible de dégager certains éléments communs au discours des thérapeutes rencontrés. D'abord, le caractère souple et éclectique de leurs approches théoriques et de leurs méthodes semble à même de combiner les traditions françaises et américaines de la clinique transculturelle, tout en incorporant l'aspect politique qui est davantage associé aux trajectoires italienne et latino-américaine. Aussi, la place occupée par les cliniciens, en marge des institutions dominantes, les amène à adopter une attitude d'ouverture et de sensibilité respectueuse de la pluralité, de même qu'une posture

critique face aux multiples violences, que celles-ci se présentent sous forme de coercitions sociales ou de processus normalisateurs. On peut résumer l'orientation éthico-politique des informateurs en disant qu'elle se manifeste par une dénonciation de la guerre, de la torture et des injustices, par une tentative de diminuer les effets délétères de ces phénomènes, par un respect de la pluralité et de la diversité, par une mise en garde contre les généralisations et les certitudes, et par une promotion du dialogue.

CHAPITRE III :

Institutionnalisation de la violence

Dans le cadre de ce chapitre, mon intention est d'aborder la question de la multiplicité et des effets de l'institutionnalisation de la violence. À cette fin, les souffrances associées à diverses formes de violence sont examinées. D'abord, les expériences d'exil et de refuge sont abordées, puis, plus particulièrement, les conditions d'immigration au Québec et au Canada. Dans un deuxième temps, de façon à pouvoir théoriser les différents niveaux de souffrance vécu par les personnes réfugiées, trois catégorisations du phénomène de la violence sont présentées, soit la « violence organisée », la « violence structurelle » et la « violence technologique subtile ». Ces définitions sont chapeautées par la notion de « souffrance sociale » qui est préalablement abordée. À l'aide de ces catégories, je désire montrer que l'institutionnalisation de la violence est multiple et que certaines personnes additionnent les souffrances associées à chacune de ses modalités.

3.1 L'exil et le refuge

Bien que de tout temps les êtres humains aient parfois dû fuir l'oppression et la persécution, quittant leurs terres d'origine seuls ou en groupes dans le but de trouver refuge dans un pays étranger, ce n'est qu'avec l'avènement de l'holocauste nazi que les gouvernements ont considéré la nécessité d'obliger de façon formelle les nations à accueillir des réfugiés. De fait, on constate que l'émergence de la notion juridique de réfugié, tout comme la réflexion entourant les phénomènes d'immigration, est allée de pair avec l'idée de souveraineté puis avec l'accroissement des bureaucraties nationales, notamment en raison de l'établissement de frontières se voulant étanches et permettant une meilleure police des populations. Il n'est donc pas étonnant que des institutions supranationales se soient vues chargées de la protection des réfugiés, et plusieurs affirment que la prépondérance du système international dans la gestion du phénomène signe le déclin du système de l'État-nation. Bref, c'est à la moitié du XX^e siècle, suite à la Deuxième Guerre mondiale et afin de réinstaller quelque 1,2 million d'Européens

incapables de retourner à leurs terres d'origine, que le HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés) a été créé par l'Assemblée générale des Nations Unies. Au départ, l'existence du HCR devait se limiter à trois ans, mais à ce jour, il est toujours présent et s'occupe de plus de 26 millions de personnes à travers le monde, soit 19,8 millions de réfugiés et 6,3 millions de déplacés⁸ – sur l'ensemble des 20-25 millions de personnes déplacées à travers le monde. L'actuelle définition du statut de réfugié contenue dans la Loi canadienne sur l'immigration se fonde toujours sur la Convention de Genève de 1951 et elle doit s'appliquer à toute personne qui, « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays »⁹. Il est intéressant de noter que, jusqu'à l'amendement de 1967, la convention résultante ne couvrait pas les réfugiés du reste du monde, c'est-à-dire les réfugiés non européens. Mais, entre temps, leur accroissement démographique et leur importance dans l'établissement des politiques étrangères ont mis à jour le fait que des facteurs tant démographiques que politiques sont à prendre en compte dans l'étude du phénomène des réfugiés (Hein 1993 : 44). En outre, nous constatons que la clause-clé de la définition de la catégorie « réfugié » varie selon le point de vue adopté. Pour les gouvernements, elle concerne l'idée du bien fondé de la peur de persécution – et il va sans dire que les groupes de pression, les politiques étrangères et des considérations fiscales influencent la sélection, parmi les populations déplacées, de celles qui seront admises comme réfugiées. Enfin, en ce qui concerne les théoriciens des sciences sociales, ce qui est signifiant pour eux concerne le fait que les personnes réfugiées brisent les liens avec leur État d'origine et recherchent la protection d'un autre État à travers une migration.

Selon Hein (1993), les tenants d'une approche « réaliste » dans l'étude des réfugiés considèrent que le flux contemporain d'immigrants et de réfugiés correspond aux patterns du système-monde, et que la migration des réfugiés est causée par des

⁸ À la différence des réfugiés qui cherchent asile auprès d'un autre État, les personnes « déplacées », qui demeurent à l'intérieur des frontières de leur pays, ne peuvent pas revendiquer le statut juridique de « réfugié » pour se trouver protégées par des lois internationales et recevoir de l'aide.

⁹ <http://www.action-refugies.org/refugies/refugies.htm>, consulté le 16/02/04.

changements dans l'État-nation. Les crises de réfugiés seraient une conséquence des dynamiques politiques de formations et de transformations des États, et elles seraient conséquentes d'une interdépendance globale croissante minant la stabilité des États-nations. Pour leur part, les penseurs d'orientation « nominaliste » estiment que les réfugiés et les immigrants partagent de nombreux traits, notamment les expériences migratoires et le fait de faire appel ou de dépendre d'un réseau. Ils considèrent en outre que la distinction établie entre les réfugiés « politiques » et les immigrants « économiques » est avant tout une construction bureaucratique servant à masquer les intérêts étatiques résultant d'une différenciation de ces deux catégories, soit la prise en charge des premiers et non des seconds par les gouvernements. Cela étant dit, et tout en estimant le bien-fondé de cette mise en garde – car, bien entendu, plusieurs immigrants « indépendants » sont en réalité des réfugiés –, il n'en demeure pas moins qu'à l'instar des penseurs réalistes, je crois important de souligner que la violence, la fuite et l'exil constituent des réalités typiques et constitutives de l'expérience des réfugiés, et que l'exil est un événement définitif qui a des conséquences importantes dans la création d'une identité sociale.

Outre ces quelques éléments distinguant les immigrants des réfugiés, on doit également considérer des différences dans le vécu migratoire. Alors que la plupart des immigrants ont la possibilité de préparer leur départ et de planifier leurs déplacements vers un pays étranger, les réfugiés vivent le plus souvent un départ précipité et involontaire, compte tenu des circonstances qui les obligent à l'exil, à savoir des conditions sociopolitiques périlleuses et dramatiques. Aussi, rares sont ceux qui peuvent s'assurer de la présence de leur famille immédiate au cours de leur trajectoire migratoire. Ces séparations familiales, qui s'ajoutent aux difficultés vécues au cours du processus migratoire, rendent les réfugiés très vulnérables et fragilisent les ressources personnelles dans lesquelles ils doivent néanmoins puiser afin de faire face aux multiples deuils et séparations amenés par l'exil du pays d'origine. On peut donc dire que, pour la plupart des réfugiés, s'ajoutent aux vécus traumatiques pré-migratoires – guerre, torture, répression, persécution – des vécus traumatiques post-migratoires, notamment des séparations familiales prolongées, de l'incertitude et des conditions précaires, voire même de la discrimination raciale et un mépris non dissimulé de la part

des institutions et populations de la société hôte (à cet égard, voir à la section 3.2 *Les avatars de la « souffrance sociale »*). Qui plus est, il n'est pas rare qu'une culpabilité tenace face à ceux qui sont restés au pays ou qui y sont morts augmente la détresse psychologique expérimentée dans de telles circonstances. Une enquête réalisée entre 1995 et 1997 à Montréal révèle que les séparations familiales associées aux politiques d'immigration canadiennes s'étendent en moyenne sur trois années et demie, allant parfois jusqu'à dépasser les sept ans (Rousseau, Moreau, Drapeau et Marotte 1997). Aussi, les résultats de cette recherche soulignent les conséquences délétères de ces séparations qui rendent l'intégration d'un vécu passé traumatique d'autant plus ardue et qui, par le fait même, minent l'adaptation au pays d'accueil si chère aux instances gouvernementales. En outre, on constate, au cours de cette étude, que les réfugiés ayant réussi à réunir leur famille ont dû le faire en dehors des procédures officielles – sans toutefois recourir à l'illégalité –, et ont donc dû fournir des efforts supplémentaires. On suppose qu'autrement, la réunification de la famille se serait produite avec de bien plus longs délais. Bref, on imagine facilement la vulnérabilité émotionnelle et les problèmes identitaires pouvant découler de telles conditions pour le moins déstabilisantes et anxiogènes, d'autant plus si l'on considère que ces expériences sont traversées dans l'absence de l'ancrage émotif et identitaire que peut représenter la présence du conjoint, des enfants et des autres membres de la famille.

3.1.1 L'immigration au Québec et au Canada

Chaque année, plusieurs milliers de personnes immigreront au Québec et au Canada (voir tableau I : ix). Cependant, n'entre pas au Canada qui le veut. Pour les personnes qui ne cadrent pas avec les critères établis en vue de l'accession à la citoyenneté canadienne, notamment pour les gens qui ne parlent ni français ni anglais, n'ont pas de ressources financières alléchantes et ne présentent pas une formation professionnelle en demande au pays, l'obtention du statut de réfugié et la réunification familiale constituent les seuls moyens disponibles pour immigrer au Canada. Cela dit, la proportion d'immigrants acceptés dans la catégorie des réfugiés – environ 10% au Canada et 20% au Québec – demeure faible face à l'ensemble des nouveaux arrivants (voir tableau II: ix). En outre, si on examine la répartition des réfugiés dans le monde, on constate que

les pays occidentaux comme le Canada n'en accueillent qu'une faible proportion en comparaison d'autres pays, le Pakistan et l'Iran par exemple, qui se classent premiers et reçoivent annuellement autour de deux millions de réfugiés chacun.

Selon les statistiques de Citoyenneté et Immigration Canada (voir tableau III : x), il y aurait à ce jour plusieurs milliers de personnes en attente du droit d'asile sur les territoires du Québec et du Canada – autour de 35 000 et 115 000 personnes respectivement. Lorsqu'une personne qui cherche refuge s'adresse à l'État canadien pour trouver asile, c'est tout un processus administratif qui se met en branle afin de gérer sa demande (voir graphique I : xi). D'ailleurs, on ne peut que constater une inadéquation entre la lourdeur bureaucratique de la détermination du statut de réfugié et l'ampleur de la situation actuelle. Alors que jusqu'au milieu des années 1980 le nombre de personnes demandant asile directement au Canada était relativement bas – moins de 10 000 personnes par année –, il a radicalement augmenté depuis la fin des années 1980, notamment en raison d'une plus grande accessibilité aux moyens de transport permettant des déplacements de longues distances. Aujourd'hui, autour de 40 000 personnes frappent annuellement aux portes du Canada pour demander asile – environ 7 000 à Montréal. À propos de cette situation, il est dit clairement parmi les décideurs que l'objectif à atteindre est une diminution du nombre de personnes revendiquant l'asile aux frontières canadiennes, peu importe les réalités vécues par les demandeurs d'asile, et malgré les conséquences souvent tragiques d'un retour au pays. Pour ce faire, on tente de décourager les revendicateurs, de les dissuader par tous les moyens. Depuis juin 2002, par exemple, on empêche les gens d'effectuer une demande de statut de réfugié au Canada s'ils ont transité par un autre pays considéré comme un tiers pays « sûr »¹⁰ où ils auraient pu demander asile. En outre, on a intensifié les détentions, limité les possibilités d'appel et fait passer le nombre de commissaires de la CISR¹¹ (Commission de l'Immigration et du Statut de Réfugié) de deux à un seul dans l'évaluation des dossiers présentés, ce qui réduit sensiblement les probabilités du requérant d'être régularisé puisque, auparavant, la décision favorable d'un des deux commissaires suffisait pour

¹⁰ Par exemple, le Canada considère les États-Unis comme un pays « sûr ».

¹¹ La CISR est un tribunal indépendant établi par le Parlement du Canada. « Notre mission consiste à rendre, avec efficacité et équité, et au nom de tous les Canadiens, des décisions éclairées sur des questions touchant les immigrants et les réfugiés, conformément à la Loi. » (http://www.cisr.gc.ca/fr/apropos/vvm_f.htm, consulté le 15/09/02).

que la demande d'asile soit accueillie. En somme, on tente de décourager et de freiner le mouvement des demandeurs d'asile, même si les gouvernements ont besoin des nouveaux arrivants pour pallier les déficits démographiques, et malgré leurs obligations internationales.

Faisant écho à cette attitude institutionnelle, une peur semble ressurgir parmi les populations locales, car le phénomène de l'immigration est mal compris. Cette peur provient entre autres d'une perception biaisée fortement entretenue par les médias et elle se manifeste souvent par des discours réducteurs – qui présentent les immigrants comme des envahisseurs menaçant les travailleurs canadiens par exemple –, souvent racistes et quasi-institutionnalisés. Récemment, ce sont les populations du Maghreb et du Moyen-Orient qui se sont vues stigmatisées. Les employeurs disent clairement qu'ils « ne sont pas racistes, mais ne veulent pas d'Arabes »...

Bref, devant le désolant constat du caractère souvent arbitraire des décisions rendues par la CISR et en considérant que les discours tant médiatiques que populaires semblent vouloir entretenir une représentation des requérants du statut de réfugié qui les dépeint comme des « menteurs », voir même des « terroristes potentiels », particulièrement dans le sillage des événements du 11 septembre 2001, nous pouvons nous questionner avec raison sur les véritables motivations opérant dans l'évaluation des personnes revendiquant un statut de réfugié. Force nous est de constater que l'attitude canadienne « dominante » face aux réfugiés, c'est-à-dire l'attitude institutionnalisée par des lois, est loin de l'idéal que s'en font les instances gouvernementales et les requérants du statut eux-mêmes. En somme, la législation canadienne portant sur l'accueil de réfugiés ne semble pas répondre aux obligations humanitaires du Canada telles qu'elles sont énoncées dans la Convention relative au statut de réfugiés signée à Genève en 1951, dans le Protocole relatif au statut des réfugiés signé à New York en 1967, et dans la Convention contre la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains ou dégradants signée à New York en 1984. Alors que les trois instruments obligent les pays signataires à offrir protection aux réfugiés présents sur leur territoire, il s'avère que des critères démographiques, économiques et identitaires orientent davantage la législation canadienne à l'égard de l'accueil de réfugiés que la prétendue tradition humanitaire et généreuse du Canada en la matière. Morin (2000) soutient que la tendance canadienne

dominante a souvent été en contradiction avec les obligations internationales du pays. De fait, sous couvert d'une « nécessaire sécurité » pour la population canadienne – voire même dans le but clairement énoncé d'éviter de partager avec les populations les plus pauvres des ressources accumulées par les pays du Nord selon des logiques des plus discutables –, on refuse l'asile à plusieurs personnes qui en ont précisément besoin. Ce sont les populations les plus vulnérables et les personnes qui devraient être protégées les premières qui se retrouvent reléguées à des positions des plus périlleuses.

3.1.2 Le contexte québécois

Le contexte québécois diffère en de nombreux points de celui du reste du Canada et présente des caractéristiques linguistiques, culturelles et politiques distinctes. Aussi, avec l'Accord Canada-Québec signé en 1991, la province de Québec a obtenu la responsabilité exclusive de la sélection de certains de ses nouveaux citoyens, soit les immigrants reçus comme indépendants – les travailleurs et les gens d'affaires – et les réfugiés sélectionnés à l'étranger. Pour sa part, le Canada s'occupe des personnes admises dans le cadre de la réunification familiale et il administre les réfugiés issus du mouvement des demandeurs d'asile. Les responsabilités de chaque palier gouvernemental se distinguent également en ce qui concerne les services offerts aux nouveaux arrivants, en particulier à l'égard des demandeurs d'asile. Alors que le gouvernement fédéral assure à ces derniers un accès aux services de santé considérés comme essentiels et urgents dans le cadre du PFSI, c'est le gouvernement provincial qui se doit d'assumer les services de soutien et d'orientation sociale par l'entremise des PAEI (Programmes d'accueil et d'établissement des immigrants). Cependant, malgré un besoin manifeste de support au cours des premiers mois suivant leur arrivée – relativement à la francisation, à l'emploi et à l'orientation sociale par exemple –, ces services subventionnés par le gouvernement du Québec ne sont pas offerts aux demandeurs d'asile. À ce jour, le ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (MRCI), refuse toujours de financer toute forme d'aide accordée aux réfugiés non régularisés – à l'exception près de l'aide dans la recherche de logement –, alors que dans les faits, les résultats d'une enquête de la TCMR (Table de concertation

des organismes de Montréal au service des réfugiés) démontrent que les services d'accueil aux nouveaux arrivants sont malgré tout offerts par les organismes communautaires qui œuvrent dans le domaine, mais, bien entendu, de façon bénévole (Bertot et Mekki-Berrada 1999). Pourtant, les intervenants soutiennent que la période au cours de laquelle les demandeurs d'asile ont le plus besoin de services correspond précisément à celle au cours de laquelle ils n'y ont pas droit. Il est de leur avis qu'il est non seulement nécessaire mais essentiel de rendre ces services accessibles, particulièrement en considérant qu'une large partie de ces personnes dans le besoin – environ la moitié – deviendront, en définitive, des citoyens canadiens et québécois. De surcroît, les coûts à long terme seront, selon eux, beaucoup plus élevés si les gouvernements persistent à exclure les demandeurs d'asile de l'éligibilité aux services d'accueil, car une absence de soutien à leur arrivée a souvent pour effet de bloquer le processus d'intégration à la société hôte, ce qui risque de se manifester par une exclusion du marché du travail, une marginalisation sociale, voire même une dégradation de la santé mentale.

En terminant, il convient de souligner que la cohabitation harmonieuse sur un même territoire de groupes humains qui diffèrent à bien des égards nécessite une égale ouverture d'esprit de tous les partenaires. Le cas du Québec contemporain ne fait pas exception à la règle. D'une part, il semble que le mouvement nationaliste québécois qui s'inscrit dans un désir d'affirmation identitaire collective ne saurait faire fi des revendications des « premières nations autochtones » et de la place des membres des « communautés culturelles » dans la société québécoise. Précisons qu'à ce jour, les « communautés culturelles » du Québec se composent majoritairement d'enfants d'immigrants nés au pays. Dans les écoles de la région de Montréal, il s'avère qu'un enfant sur deux est d'origine immigrante. Le débat, s'il se veut fécond, se doit de prendre en compte la présence de personnes dont le rapport historique au territoire est plus ou moins récent. En d'autres termes, il devient nécessaire que les Québécois « de souche » ou « pure laine » cessent de se considérer comme les uniques résidents légitimes du territoire. D'autre part, il serait de mauvaise foi d'ignorer les différences de statuts existant entre les langues française et anglaise, particulièrement dans le contexte nord-américain. Sous une telle conjoncture, devrait-on privilégier l'établissement d'un

modèle républicain français dit du bien commun¹² ou celui d'un fédéralisme multinational ? Doit-on maintenir avec ferveur le système de l'État-nation malgré les pressions supranationales ? Le débat reste ouvert. Chose certaine, le modèle proposé devra tenir compte du fait que tout groupe humain est porteur d'une « culture », qu'il s'agisse des Québécois d'origine française et britannique, des Autochtones, ou des immigrants arrivés plus ou moins récemment au pays. À cet égard, je considère que la politique du « multiculturalisme » canadien – adoptée en 1971 et légiférée plus récemment en 1988 – est critiquable à bien des égards et semble converger vers le mouvement particulièrement fort en Amérique du Nord de la « rectitude politique » – de l'anglais *political correctness*. De fait, bien que l'idée de base du modèle canadien consiste à promouvoir le respect et le maintien des différences culturelles dans la société, il s'avère qu'en réalité, la politique a davantage pour effet de « folkloriser » les traits culturels des groupes minoritaires et d'amener au statut d'universel les caractéristiques du groupe majoritaire. Il va sans dire que les incidences d'une telle politique se présentent comme fort sournoises puisque revendiquer sous de telles conditions devient problématique. À l'instar de la rectitude politique, le multiculturalisme canadien crée une double contrainte, particulièrement pour les membres des groupes minoritaires, car, d'une part, il consiste à prescrire et « célébrer » la différence, et, d'autre part, il empêche de l'évoquer.

3.2 Les avatars de la « souffrance sociale »

« Suffering is constituted out of these shared forms of resistance and by our greatly different ways of reacting to inevitable misfortune »

Kleinman et Kleinman 1991 : 294

Souvent pensée comme une expérience individuelle, il est maintenant admis que la souffrance constitue un processus éminemment social. Aussi, on constate qu'elle transporte une forte résonance existentielle : elle contribue à la construction de notre

¹² C'est-à-dire un modèle qui efface les différences dans un espace dit laïque au nom d'une intégration individuelle, mais qui établit également de façon collective des prescriptions quant aux règles devant être respectées par tous les citoyens – l'interdiction de meurtre, l'égalité entre les hommes et les femmes, etc. – et quant à l'usage d'une langue commune dans l'espace public.

monde et a affaire avec ce que cela veut dire que d'être humain. Réunis pour la présentation du livre *Social Suffering*, Arthur Kleinman, Veena Das et Margaret Lock (1997) effectuent une investigation interdisciplinaire face à un ensemble de problèmes humains qui trouvent leurs origines et leurs effets dans les blessures dévastatrices que peuvent infliger aux expériences humaines les forces sociales. Ils considèrent que la souffrance sociale « results from what political, economic, and institutional power does to people and, reciprocally, from how these forms of power themselves influence responses to social problems » (1997 : ix). La catégorie « souffrance sociale » rassemble ainsi des conditions de divers champs – santé, droit, morale, religion, etc. – et déstabilise les catégorisations traditionnelles. Elle révèle le lien étroit entre les problèmes personnels et les problèmes sociaux, ainsi que les bases interpersonnelles de la souffrance humaine, bref, son caractère social. La souffrance sociale concerne en premier lieu, et ce, peu importe le lieu, ceux qui sont désespérément pauvres et impuissants : elle est intimement liée à l'économie politique globale.

Les représentations culturelles de la souffrance – images, modèles, récits, métaphores – sont fréquemment récupérées par la culture populaire ou par des institutions sociales particulières à des fins politiques et morales : ce que nous nous représentons et la façon dont nous nous le représentons influencent grandement ce que nous ferons ou ne ferons pas pour intervenir. Aussi existe-t-il des formes d'appropriation de souffrance collective qui soient autorisées et d'autres qui soient contestées, ce qui, il va sans dire, influence les processus politiques et professionnels qui forment les réactions face aux divers types de souffrance sociale. Les réactions culturelles vis-à-vis des effets traumatiques de la violence politique transforment les idiomes locaux des victimes en langages professionnels de plainte et de restitution et, par le fait même, elles reformulent les représentations et les expériences de souffrance. Les processus existentiels de la douleur, de la mort et du deuil sont métamorphosés par ces rationalités et ces technologies formées historiquement qui, encore trop régulièrement, portent peu d'attention à la façon dont les transformations qu'elles entraînent contribuent aux souffrances qu'elles tentent de résoudre (ibid. : x). Il n'est pas rare que certaines interventions finissent par normaliser la pathologie sociale et par « pathologiser » les réactions physiologiques et psychologiques normales face à la

terreur. Une méconnaissance quant à la complexité des enjeux pour l'ensemble des groupes affectés serait à l'origine des effets pervers de la bureaucratie médicale. Aussi, le voyeurisme peut apparaître comme un effet de l'appropriation médiatique de la souffrance des uns pour des audiences lointaines. Ce phénomène banalise la souffrance et la déforme hypocritement afin de transformer la victime en héros sentimental à des fins mercantiles (Kleinman et Kleinman 1997).

La souffrance a donc un usage social. Les mémoires historiques de souffrances collectives occupent des fonctions dans le présent. Elles autorisent le nationalisme, la résistance ethnique ou celle de classe par exemple. La souffrance est une composante centrale de l'économie politique globale : il existe même un « marché » de la souffrance au sein duquel le statut de victime est transformé en marchandise (Kleinman, Das et Lock 1997 : xi). La souffrance est sans contredit un processus de médiation et de transformation sociale. Elle est expérimentée au sein de contextes incarnés (*embodied*) – collectifs, intersubjectifs, individuels –, et elle absorbe dans le soi-corps les obligations et droits contradictoires du monde moral, d'une part, et les normes et contestations de la politique du corps, de l'autre (ibid. : xix). La mort et la peur soulignent les liens existant entre les politiques et les expériences ancrées socialement. Elles lient mémoire sociale et pratique individuelle, souffrance et société. Aussi, la médecine se présente de plus en plus comme un médiateur bureaucratique puissant qui éclipse le côté existentiel, moral, esthétique et religieux de la souffrance. Ce discours transforme les souffrants en consommateurs et, particulièrement depuis les années 1990, réduit la peur et la mort à des jeux commerciaux et des opportunités financières (Young 1997). En Amérique du Nord, la rhétorique culturelle entourant la souffrance passe peu à peu d'un langage chargé affectivement – prendre soin, se soucier, etc. – à un langage de coûts et d'efficacité. Ce langage est utilisé par les patients eux-mêmes lorsqu'ils parlent de leurs problèmes. (Kleinman et Kleinman 1997 : 14). L'expérience phénoménologique de la souffrance est reformulée en termes d'attributs mesurables. Ces derniers sont ensuite « gérés » par des institutions bureaucratiques et par des « cultures d'experts » qui réitèrent cette fragmentation et empêchent de comprendre ce domaine comme un tout. C'est précisément cette approche traditionnelle qui domine la recherche et les politiques actuelles que Kleinman, Das et Lock contestent. Ils soutiennent que la compréhension

de questions morales, politiques et médicales ne saurait se faire isolément. Ils constatent en outre que ni les ressources culturelles de la tradition, ni les promesses et desseins multiples de la modernité ne savent faire face de façon adéquate à la souffrance sociale actuelle. Das (1997) propose toutefois une dimension plus optimiste à cette dimension-clé de notre époque. Elle observe que cette désillusion face aux ressources culturelles, au langage et à la culture elle-même n'est pas sans récompenses. De fait, il semble que cette déception et cette sensibilité face à une grande illusion reconnue rendent possible la reconnaissance de la douleur de l'autre. Il semble que cette ouverture créée par l'échec de la tradition et de la modernité, de même que par la lassitude des communautés morales qui les ancrèrent, permette la reconnaissance du caractère unique de l'être et de la souffrance de l'autre.

3.2.1 La « violence organisée »

La violence organisée consiste en l'utilisation délibérée et systématique de la terreur et de la brutalité afin de contrôler des individus, des groupes et des communautés. L'usage d'une force écrasante entraîne la peur et un sentiment d'impuissance parmi les victimes. Ses méthodes entraînent la souffrance et des douleurs importantes, le recours au meurtre, à l'intimidation, aux menaces, et dans certains cas, la destruction d'une communauté, d'un groupe ethnique ou de l'opposition politique. Les gouvernements se servent des forces militaires, de la police, et des organisations politiques pour pratiquer la violence organisée. Ces groupes peuvent aussi agir indépendamment pour persécuter des individus, des groupes ou des communautés. Des groupes d'opposition peuvent aussi terroriser et brutaliser les populations civiles dans le but d'obtenir du pouvoir provoquant peur et désordre social.

Kane 1995 : 5

Pour aborder les questions de violences collectives extrêmes – la guerre, la persécution et la torture par exemple –, les institutions locales et internationales utilisent la catégorie « violence organisée ». Cette expression, préférée à celle de « violence politique » car la dépassant, réfère à « la violence exercée par un groupe d'humains contre un autre groupe à cause de ses caractéristiques politiques, raciales, religieuses, sexuelles ou autres » (Rousseau 2000 : 187). En provoquant un sentiment d'absurdité, la violence organisée vise la rupture du lien social. Elle est un traumatisme de non-sens, car elle désorganise la cohérence des univers personnel, familial et communautaire (Marotte 1995). Elle s'attaque en outre à la mémoire collective et « dissout les liens

sociaux à cause de l'impossibilité d'être en continuité avec une histoire et donc de créer une appartenance collective » (Taussig 1992, cité dans Rousseau 2000 : 193).

La notion de violence organisée ébranle profondément certaines prémisses occidentales qui font de la violence un problème individuel : elle met en question les catégories clivées de victimes passives et d'agresseurs à punir dont la souffrance correspond à un juste châtement. Or, dans le cas de la violence organisée où des groupes s'affrontent, comment départager les victimes des agresseurs ? Bref, « l'internalisation de la violence par une société agrandit cette zone grise où tout humain est à la fois victime et agresseur, menacé et menaçant » (Rousseau 2000 : 189-190). C'est avec la notion médicale de traumatisme que cette distinction entre victime et agresseur a pu être effacée. Les conditions historiques ayant mené à la création d'une psychopathologie particulière – soit le « syndrome de stress post-traumatique » ou SSPT – sont bien documentées (Young 1996). C'est le besoin de réintégrer socialement les vétérans du Vietnam qui a ouvert le pas à cette idée voulant que les traumatismes vécus en temps de guerre aient provoqué un handicap individuel. Toutefois, on constate que ce syndrome n'est présent que chez 20% des gens ayant vécu de telles expériences. Rousseau (2000 : 190) souligne l'importance de considérer le traumatisme comme un processus de métamorphose qui engendre des forces¹³ et des difficultés, tant sur le plan personnel que sur le plan collectif. Du côté personnel, la souffrance issue de la violence organisée oscille entre deux pôles : la répétition – cauchemars, reviviscence, état d'alerte, inscription corporelle ou mémoire du corps, etc. – et l'évitement – dissociation, oublis, évitement des stimuli, émoussement émotionnel, etc. (ibid. : 191). Une thérapie centrée sur la dissociation des aspects individuels et des aspects collectifs, telle que celle qui prédomine dans les institutions locales dominantes, peut avoir pour effet de renforcer le bris du lien social, précisément ce que vise la violence organisée (ibid. : 193).

Afin de cerner les effets et les enjeux entourant l'usage de la violence organisée, de la guerre et de la torture, Scarry (1985) a bien montré ce qui peut découler politiquement du fait que la douleur corporelle résiste farouchement au langage

¹³ Sur les forces pouvant émerger de l'expérience d'avoir surmonté un traumatisme, voir notamment les travaux de Boris Cyrulnik.

symbolique élaboré. Elle campe son argument dans l'expérience du clivage absolu entre le sens de sa propre réalité et de la réalité des autres. De fait, lorsque nous expérimentons la douleur physique, ce qui se produit le plus spontanément et sans efforts est de saisir la réalité de cette douleur, alors que lorsqu'elle se produit dans le corps d'un autre, ce qui se produit de soi-même est de ne pas la saisir. Scarry oppose la certitude de sa propre expérience au doute quant à celle d'autrui. « Whatever pain achieves, it achieves in part through its unsharability, and it ensures this unsharability through its resistance to language » (Scarry 1985 : 4). De plus, contrairement aux autres états de conscience intérieurs qui s'accompagnent d'objets du monde extérieur auxquels ils réfèrent, c'est l'absence de contenu référentiel de la douleur qui fait qu'elle résiste à l'objectivation du langage plus que tout autre phénomène. Et non seulement la douleur résiste-t-elle au langage, mais elle va jusqu'à le détruire, ramenant à un état antérieur au langage, ramenant aux bruits et aux cris que fait un humain avant l'apprentissage du langage. En somme, on peut dire que la torture consiste en une tentative délibérée de dépersonnalisation et de déculturation, ce que Scarry a bien résumé par l'expression « *unmaking of the world* ». En effet, l'objectif de l'acte de torture est de déconstruire la voix du prisonnier, et il est clair que la destruction d'artefacts – symboliques, matériels ou autres – peut conduire à enlever la visibilité de l'autre, à annihiler sa représentation politique.

Pour conclure, nous devons préciser, à propos de la notion de violence organisée, qu'elle inclut la torture, mais qu'elle ne s'y résume pas. Comme il a été dit plus haut, son usage vise le contrôle des individus, des groupes ou des communautés par le bris du lien social et par l'instauration d'un climat de terreur. Les régions au sein desquelles sévit un régime de violence organisée, et tout particulièrement les régions en guerre, correspondent précisément à ces états d'exception où les lois et les normes culturelles habituelles sont suspendues et où réclusion, torture et persécution peuvent facilement s'accomplir.

3.2.2 La « violence structurelle »

C'est à partir de ses propres expériences sur le terrain que Paul Farmer, anthropologue et médecin américain, a étudié et tenté de rendre compte des forces qui influencent la distribution et la nature de la souffrance extrême. C'est par l'entremise de la notion de « violence structurelle » qu'il examine les répercussions de certaines conditions sociales et leurs effets discriminatoires. Il constate que la transmission du VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) de même que les violations des droits humains sont des processus sociaux très souvent enchâssés dans des structures sociales inégalitaires. Farmer (2003), plutôt que d'en fournir une définition expresse, nous cite plusieurs exemples de la violence structurelle, notamment celui des six millions de personnes qui mourront de la tuberculose, de la malaria et du sida au cours de l'année à venir. Il s'agit de trois maladies traitables qui font des ravages au sein de populations n'ayant pas accès à des soins médicaux modernes. Pour Farmer, ces morts sont un reflet flagrant de la violence structurelle. Il démontre que la distribution de maladies comme le sida et la tuberculose est donnée historiquement et modelée économiquement. Il met également en lumière le fait incontestable que les outils pour soigner sont inégalement répartis sur la planète. Les travaux de Farmer révèlent également que les violations des droits humains – dont le droit « de base » de survivre – ne sont pas des accidents distribués au hasard. Les violations et leurs effets sont symptomatiques de ce qu'il nomme des « pathologies plus profondes du pouvoir » et sont intimement liés aux conditions sociales qui, très souvent, déterminent la distinction entre ceux qui souffriront d'abus et ceux qui en seront protégés. Ce sont des forces économiques, politiques et sociales, des structures institutionnelles, qui articulent le risque. Et les inégalités de pouvoir empêchent tout autant le partage des opportunités (ibid. : xiii-xvi). En d'autres termes, la violence structurelle génère une souffrance qui est structurée par des processus et des forces historiques donnés qui conspirent – soit par la routine, soit par le rituel, mais plus communément par les « surfaces dures de la vie » – à restreindre l'agencéité. Les choix des personnes concernées, des plus triviaux aux plus importants, sont limités par le racisme, le sexisme, la violence politique et une pauvreté écrasante (ibid. : 40). Les inégalités et asymétries de pouvoir – y compris la bureaucratisation, les

rapports de classes et de genres, et les stratifications sociales – produisent des victimes, même si les personnes en question ne sont pas directement soumises à une violence physique manifeste. On peut parler en quelque sorte d'une « brutalité silencieuse » (ibid. : xvi). Cela dit, la violence structurelle génère des récriminations amères, entendues ou non, et il va sans dire que le silence du pauvre est conditionné (ibid. : 25-6). Farmer formule ainsi les choses : à quelques variantes près, le degré d'oppression est inversement proportionnel à la possibilité de résister à cette oppression, de telle sorte que la souffrance des dominés est réduite au silence, ou alors franchement escamotée.

La différence culturelle, lorsqu'elle est pensée comme une sorte de déterminisme, est une des formes d'essentialismes utilisés pour expliquer les atteintes à la dignité et la souffrance. On défend l'idée que des pratiques comme la torture « font partie de *leur* culture » ou « sont dans *leur* nature » – *leur* référant aux victimes, aux bourreaux, ou aux deux, selon ce qui convient. Cependant, la « culture » n'explique pas la distribution de la souffrance. Au pire, elle fournit un alibi (ibid. : 48-9). On constate donc que la violence structurelle opère de façon à dénier l'explication. Autrement, comment pourrions-nous expliquer l'attention démesurée portée au comportement et à l'idéologie de ses victimes plutôt qu'à ceux de ses invisibles bénéficiaires (ibid. : 28) ? Selon Farmer, les architectes de la violence structurelle ont comme tactique de gommer les liens de cause à effet entre l'exercice du pouvoir, l'économie et le déroulement des événements historiques. Par exemple, lorsque les ressources financières et la volonté de diffuser largement un médicament ou une nouvelle technique médicale font défaut, il ne s'agit pas d'incapacité des États ou des acteurs, mais bien de violence structurelle, surtout lorsque par ailleurs les mêmes décideurs politiques investissent des sommes colossales pour endiguer une crise économique produite par la corruption ou pour sauver une activité économique gérée par des multinationales. Ainsi, trois raisons pour lesquelles la violence structurelle est difficile à décrire sont identifiées : (1) l'« exotisation » de la souffrance, aussi choquante soit-elle, crée une distanciation; (2) le poids de la souffrance la rend difficile à représenter; et (3) les dynamiques et la distribution de la souffrance sont encore très mal comprises (ibid. : 40-1).

En somme, la violence structurelle est avant tout matérielle, produite par l'économie, le politique et le social. Ses conséquences sont également matérielles : elles

se manifestent par l'exclusion et la pauvreté. Elle agit lentement, silencieusement, comme la maladie, ou à travers la maladie comme conséquence, à la différence des guerres ou du terrorisme. Les injustices sociales forment le noyau de la violence structurelle : le racisme sous une forme ou sous une autre, l'inégalité entre les sexes et surtout la pauvreté la plus crue face à l'abondance. Tous ces drames sont liés à des programmes et à des desseins qui vont de l'esclavage à la quête actuelle d'une croissance effrénée. Le racisme et ses à-côtés – le mépris ou même la haine des pauvres – sous-tendent le refus de s'attaquer franchement à ces problèmes et à d'autres. Les bases idéologiques de la violence structurelle sont l'abondance pour quelques-uns et la croyance, entretenue, que tous et toutes pourront un jour en bénéficier. D'après Farmer, si nous soutenons que des droits civiques et politiques *théoriques* sont ce que nous pouvons espérer de mieux, cela signifie que les praticiens soignants seront forcés d'attendre, les mains liées, alors que les droits et la dignité des pauvres et des marginalisés ne cessent de subir des attaques. Cette réalité constitue essentiellement une « guerre non déclarée contre les pauvres ». Il devient impératif de révéler les cibles de cette guerre, les instances qui en bénéficient, et la façon dont elle se perpétue. Si nous tenons à maintenir l'idée voulant que les abus des droits humains vécus en Haïti, au Guatemala ou au Rwanda ne sont pas liés à nos excès dans le monde riche, cela veut dire que nous effaçons l'histoire et que nous tournons le dos aux pathologies du pouvoir. Une telle attitude impliquerait nécessairement que nous nous adonnions à des analyses désocialisées et malhonnêtes, ce qui, somme toute, reviendrait à masquer une complicité, c'est-à-dire les origines et les conséquences de la violence structurelle (ibid. : 245-6).

3.2.3 La « violence technologique subtile »

Dans un effort visant à élargir sa compréhension du phénomène de la violence, Arthur Kleinman (2000) s'est penché sur ce qu'il appelle « la violence de la vie quotidienne ». Plutôt que de concevoir la violence comme une série d'événements distincts – ce qu'elle peut également être, précise-t-il –, il la pense davantage selon une perspective qui cherche à découvrir les processus d'organisation sociale et de création

culturelle, processus qui consistent eux-mêmes en une forme de violence. Par exemple, les violences quotidiennes vécues par la classe moyenne sous un régime capitaliste déséquilibré sont multiples : horaires surchargés, rythme de vie accéléré, ou ce qu'on appelle communément le « stress ». Kleinman considère cette violence comme multiple, banale, normale et normative, et des plus fondamentale puisque cachée. Il s'agit d'une violence secrète par laquelle des images de personnes sont créées, des expériences collectives sont assujetties et l'agencité est produite. Les États, les organisations internationales, les médias et les mouvements transnationaux de capitaux et de personnes sont impliqués dans l'actualisation de la violence qui transforme la vie quotidienne des communautés locales (Das et Kleinman 2000 : 2).

Veena Das et Arthur Kleinman contestent une certaine géographie politique qui divise le monde en « régions portées à la violence » et en « régions pacifiques ». Ce discours, souvent récupéré à des fins démagogiques, attribue à certaines régions du monde une sorte de « culture de la violence » et assigne des traits particulièrement dangereux aux subjectivités individuelles des populations locales (Woodward 2000). Certains avancent par contre l'idée que de tels conflits signalent une phase de transition internationale et une distorsion des mondes moraux locaux sur lesquels les communautés n'ont pratiquement plus de contrôle. Das et Kleinman (2000 : 1) rappellent également que de telles descriptions peuvent elles-mêmes contribuer à la violence dans le contexte global actuel. Aussi, en abordant la question du point de vue opposé, ils soulignent l'importance d'explorer les façons dont la subjectivité – définie comme l'expérience ressentie intérieurement par une personne, incluant sa propre position dans un champ de relation de pouvoir – est produite à travers les expériences de violence. Ils s'intéressent à la manière dont les flux globaux d'images, de capitaux et d'individus s'emmêlent aux logiques locales de formation des identités. Kleinman souligne la contribution des représentations culturelles aux expériences collectives ainsi qu'à la formation des subjectivités. Selon lui, il est impossible d'établir une distinction claire entre les expériences collectives et individuelles de violence sociale. Ces expériences sont si entremêlées que les processus moraux – c'est-à-dire les engagements sociaux centrés sur ce qui est en jeu dans les relations interpersonnelles – apparaissent comme inséparables des conditions émotionnelles. La violence crée, maintient et

transforme leurs interactions : elle actualise les mondes intérieurs des valeurs vécues ainsi que les mondes extérieurs des significations contestées. Les violences du quotidien sont donc essentielles à l'ordre moral local : elles orientent les normes et la normalité (Das et Kleinman 2000 : 5). « Our notions of normality and pathology seem to be at stake as we explore the connections between the different forms of violence that pervade our contemporary world » (ibid. : 1). À l'instar de plusieurs auteurs cités dans le mémoire (voir la section 1.3.3 *Normalisation et résistance*), Das et Kleinman (2000 : 10-11) affirment que la subjectivité crée à la fois de la résistance aux normes supposées et une sujétion élaborée à ces normes. Ils citent à cet effet la violence normative envers les femmes qui peut prendre différentes formes et à travers laquelle on attend des femmes qu'elles « performant » leur identité de genre.

La violence se présente ainsi avec une profondeur temporelle qui influence les patterns de socialité. Il devient nécessaire d'explorer la façon dont la violence est enchâssée dans les patterns « normaux » de socialité au sein des sociétés occidentales industrielles. En d'autres termes, il est impératif de mettre à jour la « routinisation » et la « domestication » de l'expérience de la violence (ibid. : 15). Les classifications actuelles qui établissent une distinction entre différentes formes de violences – violence publique et violence domestique, violence ordinaire et violence politique extrême – empêchent de bien comprendre les usages de la violence dans la réalité sociale et la multiplicité de ses effets dans les expériences de souffrances collectives et individuelles. L'ethnographie de la violence implique nécessairement l'analyse des dynamiques sociales propres au quotidien afin de comprendre la façon dont des forces beaucoup plus larges se joignent aux micro-contextes de pouvoirs locaux pour façonner les problèmes humains de telle sorte qu'ils résistent aux approches traditionnelles, aux programmes d'intervention notamment (Kleinman 2000 : 227).

Kleinman s'intéresse particulièrement aux situations de souffrance, car, selon lui, elles révèlent des éléments de la vie sociale de tous les jours qui ne sont pas visibles dans le domaine social habituel. Le quotidien est beaucoup plus dangereux que la plupart d'entre nous voulons bien l'admettre. Aussi nos efforts cherchent-ils à détourner l'attention de ces risques qui surgissent de la maladie, de la pauvreté, de l'impuissance ou des perturbations politiques par exemple. Kleinman montre que les réactions des

gens face à ces dangers révèlent le noyau moral de la vie sociale. Les réactions secondaires sont également révélatrices : le phénomène de la stigmatisation entourant le sida ou celui du déplacement de la peur vis-à-vis du virus du SRAS vers l'ensemble des Chinois, par exemple. Selon Kleinman, on peut observer une différence entre ce qui est en jeu au niveau de l'individu et ce qui l'est pour le groupe. À l'étude des réactions secondaires entraînées par ces situations, d'autres menaces sont mises à jour¹⁴. Kleinman (2000 : 226) constate en outre qu'une souffrance sociale peut être générée par des réactions institutionnalisées face aux problèmes humains, particulièrement dans le cadre des politiques sociales et des programmes de l'État. Par exemple, l'indifférence bureaucratique peut à elle seule intensifier et approfondir la souffrance humaine. Aussi, suite à une analyse du monde de la transplantation d'organes, Lock (2000) montre que le discours faisant la promotion du progrès dans le cadre de l'expérimentation scientifique masque ce qu'elle appelle « la violence du zèle » et passe sous silence les situations critiques des donneurs ainsi que la distinction établie entre receveurs « méritants » et receveurs « non-méritants ». Cette rhétorique de différenciation morale ne va pas sans rappeler les théories de la dégénérescence à visées eugéniques. Enfin, c'est par la catégorie « violence technologique subtile » qu'on peut réunir les programmes et les politiques des états de même que les institutions scientifiques établies (Das et Kleinman 2000 : 2).

L'attribution des responsabilités individuelles et collectives en ce qui concerne la violence sociale semble délicate. Elle nous ramène rapidement à l'impasse du débat agencéité/structure propre aux théories sociales. Cela dit, aucun cadre théorique n'est complètement neutre, aussi vaut-il mieux en examiner l'usage potentiel. Du reste, nous convenons que l'évitement des implications morales et des jugements éthiques est un leurre. Ceux-ci doivent être pris en compte et analysés de façon contextuelle, à la fois du point de vue des enjeux politiques et de celui de l'histoire sociale (Das et Kleinman 2000 : 16). En somme, la violence de la vie quotidienne résulte des interactions entre représentations culturelles, expériences sociales et subjectivités individuelles. Là où le pouvoir oriente les pratiques – c'est-à-dire partout –, il y a de la violence, et celle-ci est orientée selon les hiérarchies et les inégalités existantes. C'est en outre la violence qui

¹⁴ <http://www.news.harvard.edu/gazette/2003/11.20/03-kleinman.html>, consulté le 04/02/04

confère à la culture son autorité. D'un point de vue personnel, la violence génère et est générée par la peur, la perte et la colère, ce que Kleinman nomme les émotions « infra-politiques ». La violence est donc cruciale aux processus de routinisation, de légitimation, d'essentialisation, de normalisation et de simplification à travers lesquels le flux des expériences est ordonné par le social. Ces phénomènes s'actualisent tant à l'intérieur du soi-corps qu'entre les individus. Les violences de la vie quotidienne créent donc de « l'existential » (Kleinman 2000 : 238-9). Il est en outre intéressant de noter que malgré le lot de dangers inhérents à la vie quotidienne, c'est néanmoins dans les institutions du quotidien qu'on trouve la construction de l'espoir (Das et Kleinman 2000 : 10).

Pour conclure, nous constatons que les discours et la représentation verbale influent sur la représentation politique et que, de deux phénomènes de souffrance, le plus « visible » recevra systématiquement le plus d'attention et, par conséquent, le plus de légitimité quant à sa cessation, voire son dédommagement. De ce fait, nous ne pouvons pas *ne pas* nous interroger sur les enjeux politiques actuels entourant la catégorisation et la verbalisation de la douleur et de la souffrance car ils sont devenus cruciaux à plusieurs égards. Ces enjeux sont devenus cruciaux, car le déplacement actuel vers un usage « inavoué » de la violence restreint la possibilité de différencier ce qui relève du politique – donc de l'ordre de l'arbitraire, du conflictuel et du transformable –, de ce qui relève du naturel, c'est-à-dire de ce que l'on doit accepter comme ne relevant pas de l'intervention humaine. Dans le cas présent, la plupart des personnes souffrantes suivies en thérapie cumulent les types d'expériences de violence précédemment décrits : violence organisée à la source de leur exil, violence structurelle dans le système international et dans la société hôte, et violence technologique subtile par l'entremise des pratiques institutionnalisées des États et de la science, de même qu'au sein des processus d'organisation sociale et de création culturelle. C'est donc afin de contribuer à enrayer les deux premières violences, et afin d'éviter de participer de la dernière, que les intervenants rencontrés proposent quelques pistes de solutions (voir la section 2.3 *La posture éthique des thérapeutes*), soit : considérer la multiplicité des narratifs, questionner la normalité admise, prendre position politiquement et conserver une zone d'incertitude.

CONCLUSION

Nous voici parvenus à la fin de ce mémoire qui aura tenté, tant que faire se peut, de répondre à la question de recherche ayant orienté le projet depuis ses débuts. Cette interrogation se posait ainsi : comment peut-on soulager un être humain qui expérimente de la souffrance sans taire la communication et la résistance que peuvent représenter les symptômes psychopathologiques face au *statu quo* normatif du monde dans lequel nous vivons, et face au monde relationnel local dans lequel le malaise est vécu et exprimé ? En d'autres termes, comment éviter le piège de faire reposer sur l'individuel et sur le biologique un phénomène humain qui comprend inévitablement un caractère historique, politique, éthique, social et culturel, c'est-à-dire un caractère contextuel ? En rétrospective, je constate qu'avant de pouvoir aborder ces questionnements, il était d'abord nécessaire d'explorer une préoccupation encore plus fondamentale : celle de l'émergence de cette souffrance. Comment, en effet, rendre compte de l'institutionnalisation de la violence, de la normalisation de la souffrance produite par certaines catégorisations, sans soulever un débat ? Comment témoigner de la production de la souffrance, puis de sa perpétuation ou de sa résolution, sans aborder une position éthique claire ? C'est en ce sens que je considère qu'une approche politique s'impose dans toute réflexion critique en anthropologie, tout particulièrement en ce qui concerne le domaine de la santé mentale.

Compte tenu de la complexité des problèmes abordés, il s'avérait nécessaire, afin que l'analyse soit fructueuse, de s'appuyer sur un cadre théorique très large et rigoureux, et soucieux de l'aspect multiple de tout phénomène humain, la facette politique en particulier. Aussi, le cadre théorique ayant été privilégié pour l'étude combinait les travaux d'auteurs qu'il serait possible de regrouper autour de trois grands axes : d'abord, (1) autour d'une réflexion critique concernant l'épistémologie de l'anthropologie – Marcus, Fisher –; ensuite, plus spécifiquement en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie, (2) autour d'une réflexion sur la construction narrative de l'expérience – Kleinman, Good, DelVecchio-Good –, une pratique professionnelle engagée – Rousseau, Kirmayer –, et les notions de multiplicité et de créolisation – Bibeau et Corin –; puis, finalement, (3) autour d'une réflexion anthropologique fortement influencée par

des courants de pensées critiques venus de l'extérieur de la discipline, principalement les thèses de Foucault retravaillées récemment par Agamben – Fassin, Farmer, Pandolfi, etc.

Ce projet de maîtrise aura permis, je l'espère, de comprendre que tout modèle explicatif se rapportant à des phénomènes humains se doit d'intégrer la complexité du réel. À l'aide des données ethnographiques présentées dans le mémoire, j'ai voulu montrer que la santé n'est pas qu'un bien-être global ou que l'envers de la maladie, tel qu'il est promu par les institutions sanitaires. En conceptualisant la santé de la sorte, les démocraties occidentales étouffent l'aspect politique de tout phénomène humain et rabattent les souffrances individuelles et collectives sur la « malchance » et sur une « mauvaise gestion » du potentiel biologique, rejetant du coup l'entière responsabilité sur le sujet. Or, rien n'est dit des effets fulgurants des mauvaises conditions d'emploi sur l'état des travailleurs, rien n'est dit de l'alimentation commerciale dont la principale préoccupation est le profit, au détriment de la santé des consommateurs, rien n'est dit non plus des désastres écologiques dont les risques sont le plus souvent calculés afin de n'affecter que les populations pauvres de la planète. Et j'en passe. Nous voyons rapidement que l'effet pervers d'une telle vision de la santé est de sournoisement occulter le conflit politique en jeu. Sans vouloir nier la part de responsabilité du sujet agissant face à une grande partie des événements qui ponctuent sa vie, je soutiens néanmoins qu'il devient impératif de reconnaître l'impuissance grandissante d'un grand nombre d'individus face aux structures décisionnelles dominantes, injustes et institutionnalisées en place.

L'analyse ethnographique nous permet en outre d'entrevoir qu'un des fondements moraux du monde contemporain se retrouve dans la notion de « bio-légitimité » qui renvoie à la priorité donnée au « vivant » dans le gouvernement des affaires humaines. Il m'apparaît irréfutable, comme le propose Fassin (2000a : 105), que nous assistons actuellement à la globalisation des « bio-logiques ». Autrement dit, qu'une plus grande reconnaissance est accordée au corps altéré ou souffrant, donc à l'intégrité du corps, qu'à celle de la personne. J'en retiendrai comme preuve l'utilisation par les institutions canadiennes d'évaluations médicales et psychologiques dans le processus de reconnaissance du statut de réfugié. Pour Agamben, qui appréhende la biopolitique à

partir de l'opposition des notions de *zoé* et de *bios* (voir la section 1.3.2 *Biopouvoir et racisme*), la bio-légitimité est la fusion de ces deux significations ou la refondation de la vie politique dans la vie biologique. Cette vision re-questionne la logique humanitaire qui fait généralement de la survie la justification ultime de l'intervention. Elle re-questionne aussi les Droits de l'homme qui sont vraiment des droits du vivant avant d'être des droits du citoyen du monde, et au nom desquels l'urgence de l'action est proclamée (Fassin 2000a). Dans le même ordre d'idées, il semble important de dénoncer l'hypocrisie contenue dans le fait de condamner des formes de punitions considérées comme brutalement inhumaines avec la Déclaration universelles des Droits de l'homme, tout en passant sous silence certaines autres pratiques institutionnalisées comme la guerre qui impose massivement des douleurs et des souffrances sur des populations entières (Asad 1997). N'oublions pas, du reste, que cette déclaration est ancrée culturellement et historiquement, ce qui met en cause son applicabilité universelle : elle reproduit en grande partie les impositions colonialistes. La solution résiderait peut-être dans la mise en valeur d'une « éthique créole » qui permettrait de penser le pluralisme dans ce domaine et qui reposerait sur un métissage des systèmes de valeurs différentielles en jeux (Bibeau 2000).

Les conclusions tirées de ce projet de maîtrise remettent en question l'attribution d'explications univoques aux phénomènes psychopathologiques et à leur transformation professionnelle, les thèses biogénétique et culturaliste en particulier. Le discours des informateurs souligne l'existence d'un modèle explicatif complexe au sein duquel les thèses biomédicales ont évidemment leur place, mais non l'unique. À mon avis, ce sont d'abord les conditions socio-économiques et politiques qui jouent un rôle primordial dans le cas qui nous préoccupe : le racisme et le néocolonialisme, l'injustice, l'impunité des puissants, l'exclusion des faibles, l'hostilité et la discrimination à leur égard. Mais Foucault nous a montré que le pouvoir n'est pas unidirectionnel, et que les personnes souffrantes sont également créatrices et détentrices de pouvoir, qu'elles utilisent aussi des technologies. On peut donc convenir que les réalités analysées dans le cadre de cette recherche sont à la fois sociopolitiques et subjectives, c'est-à-dire qu'elles relèvent de conditions extérieures, mais également de choix individuels. En outre, il va sans dire que les intérêts, les points de vue et les relations de pouvoir sont souvent contradictoires, tant

dans la société que dans le sujet. C'est en ce sens qu'on peut penser l'identité comme résultante d'appartenances fluides et multiformes, et de résistances parfois contradictoires mais légitimes. Elle s'inscrit en outre dans un monde créolisé au sein duquel la tendance à réifier et à homogénéiser les systèmes culturels est de plus en plus suspecte (Bibeau 1997). Or, nous ne pouvons que constater les conséquences délétères de certaines appartenances et de certaines résistances. Ces postures pathologiques, revêtant alors le sens d'une affirmation ou d'une opposition compréhensible, persisteront tant que sera niée la part d'arbitraire de la société dominante et de ses institutions sanitaires, tel qu'il est promu par la biomédecine et par la santé publique. Bien entendu, je parle ici de l'éthico-politique contenu implicitement dans les pratiques et les discours institutionnalisés. Toutefois, loin de moi l'idée de ne considérer *que* les effets pervers d'une approche biomédicale et analytique, souvent souhaitable au demeurant, car, comme le souligne Canguilhem (1984), pour intervenir, on doit d'abord localiser. Mon propos ne consiste donc pas à discréditer le travail des professionnels soignants, bien au contraire, mais plutôt à souligner l'importance de réfléchir sur les enjeux inhérents à ces pratiques. Puisque la « production de la santé » consiste à traduire des réalités sociales dans un langage sanitaire, l'analyse anthropologique se doit de cerner et d'interpréter les effets de sens ainsi constitués. D'ailleurs, comme le souligne Fassin, la difficulté d'une pensée critique réside précisément dans la justesse du positionnement de son auteur par rapport à l'objet et aux sujets de l'enquête : « il s'agirait en somme de dénoncer l'injustice des situations tout en rendant justice à celles et ceux qui, par leur action, acceptent de s'y confronter, jusque dans les contradictions les plus douloureuses. En ce sens, la réflexion critique nous semble une condition du dialogue [...] entre chercheurs en sciences sociales et spécialistes de l'intervention sociale » (Fassin 2004 : 15-16).

Pour ce qui est de l'intervention professionnelle en santé mentale proprement dite, on observe que, selon la « lentille » utilisée pour examiner et cartographier la souffrance, c'est-à-dire selon les orientations disciplinaire et théorique privilégiées, on aura affaire à des enjeux différents, à d'éventuels gains et pertes différents, ou avantages et désavantages différents. Inutile de préciser que l'action de cartographier consiste à simplifier la réalité afin de mieux s'y retrouver, tout en ayant en tête un but plus ou

moins précis. Aussi, il demeure primordial d'effectuer la différence entre une cartographie d'une réalité et l'expérience que l'on en fait, eu égard aux phénomènes de l'engagement et de l'incertitude propres à la pratique. En outre, ce qui rend l'analyse d'une prise en charge de la douleur et de la souffrance difficile, voire même ce qui l'empêche, c'est que la « santé » semble toujours faire consensus face à un corps souffrant et elle est souvent appréhendée comme une affaire de spécialistes, indépendante de toute position idéologique. Je partage donc le point de vue de Fassin (2000a : 109) qui comprend ce phénomène comme un processus d'opacification et qui souligne l'importance de rendre la santé signifiante au-delà de ses apparences techniciennes.

Dans le cas qui nous intéresse, plusieurs niveaux d'analyse de la souffrance peuvent être identifiés : l'individuel, le familial, le communautaire, l'institutionnel et le supranational. Ainsi, lorsque nous portons notre attention à l'échelle de l'individuel, nous constatons que le discours qui fait autorité dans l'interprétation de l'expérience vécue par la personne souffrante est le discours psychiatrique, avec des orientations différenciées qui vont des approches purement biomédicales à celles qui englobent les contributions de la psychanalyse et/ou les réalités sociopolitiques. Mais l'attribution d'un diagnostic psychiatrique – outil qui, soulignons le, est de nature interprétative et peut grandement varier selon l'orientation du professionnel – peut avoir pour conséquence, comme certains informateurs l'ont exprimé, de stigmatiser la personne soignée et de « pathologiser » une réaction « normale » conséquente aux événements vécus. À l'extrême, le discours médical peut même tendre vers une normalisation de la pathologie sociale en faisant reposer sur l'individu l'entière responsabilité de son expérience, malgré de flagrants déterminants politiques et socioculturels. Dans le cadre de ce mémoire, les travaux de certains auteurs – ceux de Kleinman, Das et Lock, de Rousseau et de Farmer en particulier – ont permis de mettre en lumière l'ampleur de l'aliénation individuelle pouvant découler d'une telle conception de la souffrance humaine et la violence contenue dans une prise en charge bureaucratisée (voir à la section 3.2 *Les avatars de la « souffrance sociale »*). Qui plus est, l'approche médicale, puisqu'elle tente de dissocier les aspects individuels des aspects collectifs, peut aggraver la fragmentation des liens sociaux, et ce bris du lien social est précisément ce que visent

les techniques de la violence organisée (voir à la section 3.2.1 *Violence organisée*). En outre, le discours médical tend à masquer les aspects positifs pouvant résulter d'un vécu de traumatisme : il tend à ignorer la créativité pouvant découler d'une telle expérience. Cela étant dit, les possibilités de soulagement offertes par une telle approche ne sont pas à négliger, particulièrement lorsque les stratégies familiales ou communautaires ne semblent pas en mesure de réintégrer la personne dans le mouvement de la vie, lorsque la vie fracturée de la personne souffrante demeure prisonnière d'un temps figé à la suite du traumatisme. En somme, une intervention professionnelle s'avère souhaitable lorsque les ressources informelles locales ne réussissent pas, à elles seules, à sortir la personne souffrante d'une répétition compulsive du traumatisme ou des évitements pathologiques. Il est d'ailleurs important de noter que, dans la famille et dans la communauté, ce sont également les discours des puissants qui font autorité et qui s'approprient la souffrance vécue par leurs membres (Das 1994) : ils orientent et maintiennent les structures éthiques d'un monde partagé. De fait, les contextes familial et communautaire sont les premiers sites de création et de partage du sens, tout comme ils consistent en des endroits privilégiés de rétablissement du lien social. Ainsi, bien que les possibilités bénéfiques de ces discours et des pratiques qui s'y rapportent soient riches et nombreuses en ce qui a trait à l'apaisement et à la résolution de vécus affligeants, les discours familial ou communautaire peuvent tout autant être porteurs d'exclusion et de rejet. Leurs ressources ne doivent donc pas être surévaluées, particulièrement dans les cas de conflits généralisés où la violence est intégrée à un tel point qu'il devient impossible de départager les victimes des oppresseurs, et où la norme traditionnelle semble devenue inopérante (Rousseau 2000 : 197-198).

C'est au moment où les discours se fixent par l'adoption de lois et de normes que l'on entre dans l'ordre du juridico-politique et de l'institutionnel. Dès lors, ce qui s'était peu à peu formé au niveau du communautaire se fige selon des lignes de jeux de force, selon des pressions, selon des structures de domination historique. Ces formations discursives, qu'on pourrait nommer les « discours canoniques du monde local », offrent d'énormes possibilités quant à une diminution de certaines souffrances. Ainsi, la possibilité de faire cesser la torture ou d'assurer le droit d'asile à une personne en danger repose sur la capacité de communiquer la réalité de la douleur vécue par

certaines personnes à d'autres personnes éloignées qui ne vivent pas de douleur. Cette capacité d'action collective repose sur l'action même de l'expression verbale puisque, comme l'a démontré Scarry (1985), la représentation verbale influe sur la représentation politique. Aussi doit-on constater que les institutions, même celles mises en place dans le but d'intervenir face à la « cruauté », la catégorisation de certaines expériences comme dans le cas de la « violence organisée » ou du « syndrome de stress post-traumatique » par exemple, effacent les différences entre les parcours individuels : elles font fi de la complexité du réel et de l'ambivalence des rapports humains. Il est donc important de reconnaître que les discours et pratiques canoniques figés peuvent également servir à une plus grande production de souffrance : au renforcement de structures exclusives, à l'augmentation des prérogatives des puissants, à leur l'impunité ou à l'aggravation de la qualité de vie des exclus par exemple.

Finalement, il est également essentiel de porter notre attention à l'échelle globale ou « supranationale » dans le cadre de cette étude. Depuis la fin des années 1980, l'accroissement spectaculaire du nombre de réfugiés arrivant à Montréal, partiellement imputable à une plus grande accessibilité des déplacements de longue distance, se doit d'être mis en parallèle avec des changements historiques ayant cours au sein du système international. Depuis la fin de la guerre froide, on note tout particulièrement l'émergence de nouvelles conditions propres aux mondes contemporains qui transforment en profondeur les individus et les communautés : fluidité des phénomènes, « mondialisation », processus de délocalisation, redéploiement des identités, réinterrogation des frontières, émergence de nouveaux espaces et dispositifs politiques, affaiblissement des États-nations, etc. (Pandolfi et Abélès 2002). C'est dans un tel contexte que doivent également être analysées les données ethnographiques du présent projet, puisqu'elles relèvent en grande partie – à l'exception près des interventions prises en charge par les institutions locales (voir à la section 2.2 *Logistique de l'intervention locale et actuelle*) – d'une intervention professionnelle dont l'actualisation repose sur les décisions unilatérales d'une « souveraineté mouvante », c'est-à-dire d'un dispositif d'intervention assuré par des fonds internationaux – le fond de l'ONU contre la torture en l'occurrence –, qui est transposé d'un endroit à un autre, sans égard au contexte local, et qui comprend une panoplie d'actions standardisées et de valeurs qui se

veulent universelles. La modalité du pouvoir de ces nouvelles identités supranationales, qui sont formées de fondations privées, d'organismes internationaux, d'ONG, etc., réside dans leur capacité à isoler une vie nue dans chaque sujet qui se trouve exposée aux décisions arbitraires d'une souveraineté (Pandolfi 2002). Qui « méritera » de recevoir de l'aide? Qu'attendent les bailleurs de fonds de la part des intervenants? Je désire ici mettre en relief la nécessité de poursuivre une réflexion sur le phénomène de ce nouvel interventionnisme, souvent associée aux politiques étrangères de l'après guerre froide, mais dont l'intervention clinique humanitaire participe, sinon « à l'étranger », sinon de façon locale, comme dans le cas qui nous intéresse. On observe ainsi une désinstitutionnalisation du pouvoir au niveau local, mais une réinstitutionnalisation au niveau global : celle-ci se manifeste dans le dispositif de l'intervention militaro-humanitaire dont participe la clinique humanitaire. Or, le discours des intervenants rencontrés dans le cadre de cette étude s'inscrit en faux face aux prétentions universalisantes de ce dispositif supranational, et ce, en raison de la posture réflexive et politisée des praticiens. Cela dit, il demeure impératif de réfléchir sur les logiques et les effets de l'intervention¹⁵ en général, particulièrement en ce qui concerne les risques d'« humaniser » des rapports de domination (Fassin 2002) ou de légitimer les ambitions néocoloniales d'une souveraineté mouvante, au détriment des aspirations locales (Pandolfi 2000). Alors que l'ingérence humanitaire a pour avantage de permettre une intervention s'extrayant plus ou moins des rapports de force locaux lorsque ceux-ci se caractérisent par une domination à portée historique, il apparaît clairement que, le plus souvent, l'imposition d'une vision particulière des modalités que doit prendre l'« aide humanitaire » a pour effet de nuire à l'efficacité des projets sur le terrain, voire même à détruire des aspects sociaux des régions « bénéficiaires », comme les réseaux de support locaux. En fait, il existe une contradiction fondamentale entre la Charte des Nations unies et la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui représentent les deux piliers du droit international humanitaire. Alors que la Charte interdit l'usage de la force contre la souveraineté des États – sauf si le Conseil de sécurité l'autorise –, la Déclaration universelle, pour sa part, garantit les droits des

¹⁵ C'est dans cette optique que le colloque international « Autour de l'intervention : protagonistes, logiques, effets », organisé par Mariella Pandolfi et réunissant des chercheurs d'horizons disciplinaires multiples, s'est tenu à Montréal les 23, 24 et 25 octobre 2003.

individus contre les États oppresseurs. L'intervention humanitaire est le résultat de cette contradiction¹⁶. Dans ce cas-ci, on constate que les intervenants ont su user de réflexion et de créativité pour contrer ces forces normalisatrices (voir à la section 2.2.3 *Stratégies d'intervention clinique*). D'ailleurs, leur discours semble faire écho aux idées proposées au sein de la « *Psichiatria Democratica* » en Italie au cours des années 1970 (voir à la section 2.1.2 *Souffrance, « récits de maladie », violence et subalternité*) : à l'instar de Basaglia avant eux, les cliniciens rencontrés en entrevue mettent de l'avant un projet thérapeutique porteur d'une posture éthique qui vise à redonner une dignité à la vie fracturée de la personne souffrante (Pandolfi et Bibeau, sous presse).

Nous ne pouvons que convenir de la pertinence de certaines notions-phares tirées de l'œuvre foucauldienne – le biopouvoir, le racisme d'État, la normalisation, la résistance – pour éclairer les données ethnographiques selon une approche politique plus large. Foucault nous a bien montré qu'au moment même où une forme de pouvoir semble la plus répandue, le processus contraire est déjà présent. En l'occurrence, nous constatons que plus on ouvre sur la démocratie, plus les individus sont soumis à la normalisation. Avec Agamben, on ne peut évidemment que convenir de la résurgence du vieux pouvoir souverain de mise à mort par l'établissement d'un état d'exception permanent qui semble s'auto-justifier face aux menaces proclamées de l'insécurité. Les dispositifs de contrôle des flux migratoires en offrent une parfaite illustration, tel qu'il a été montré à la section 3.1 *Exil et refuge* du mémoire. Il serait même possible d'étendre la réflexion contenue dans ce mémoire à l'ensemble des citoyens puisque, comme l'avait si bien prédit Arendt, le réfugié semble bel et bien constituer le « paradigme d'une nouvelle histoire » (Agamben 2002 : 25-26), c'est-à-dire l'emblème d'avant-garde de tout citoyen. Nous pouvons déjà constater, à la lumière des événements récents, que l'échec d'un dispositif de contrôle – la lutte contre l'immigration illégale en Europe ou la guerre contre le terrorisme aux États-Unis par exemple – peut servir à son renforcement : quadrillage et contrôle de *tous* les citoyens, obtention d'un consensus politique plus large, etc. Pour témoigner de ces réalités, il n'y a qu'à considérer certaines politiques bien réelles de George W. Bush et de plusieurs de ses contemporains, les

¹⁶ http://www.telequebec.tv/idees/chasseurs_idees_1999/archives/20010318/theme.html, consulté le 01/09/03.

politiques de profilage ethnique, par exemple, qui relèvent ouvertement de pratiques racistes institutionnalisées. Dans un tel contexte, les paroles d'Arendt (1982 [1951] : 281, 292) prennent toute leur signification : « être privé des Droits de l'Homme, c'est d'abord et avant tout être privé d'une place dans le monde qui rende les opinions signifiantes et les actions efficaces [...] Le danger est qu'une civilisation globale, coordonnée à l'échelle universelle, se mette un jour à produire des barbares nés de son propre sein à force d'avoir imposé à des millions de gens des conditions de vie qui, en dépit des apparences, sont les conditions de vie de sauvages ».

Sans me contenter du premier mouvement de la critique, je désire conclure ma pensée en proposant des pistes de solution, du moins en ouvrant un débat. D'abord, comme l'ont suggéré les informateurs, la solution à privilégier ne semble pas résider dans le choix d'une approche unique, mais plutôt dans la combinaison de plusieurs d'entre elles. Le phénomène de la multiplicité a d'ailleurs été considéré par Bibeau (1997) qui souligne avec justesse le fait que, à l'heure actuelle, les gens construisent leurs expériences en se référant à des cultures créolisées plutôt qu'à des sortes d'entités monolithiques. À cet égard, je considère que seule une approche interdisciplinaire est à même de saisir et de théoriser la complexité des nouveaux objets d'étude, et ce, en soumettant les phénomènes analysés à la « lentille » de chacune des disciplines, et les limites de ces outils à la critique des autres disciplines. En outre, comme l'a bien expliqué Kirmayer (2002) à propos des personnes réfugiées, les dynamiques intrapsychiques de la douleur et de la remémoration interagissent continuellement avec les dynamiques sociales plus globales de leurs communautés et des sociétés d'accueil. Ces rapports s'actualisent dans la construction narrative du *self* qui, elle, repose sur des métarécits culturels, sur des métaphores spécifiques. Une collaboration entre la médecine et les sciences sociales apparaît donc comme une approche fort prometteuse. Je partage également l'idée de Kirmayer qui conçoit le processus thérapeutiques et les transformations qui s'ensuivent comme relevant de l'instauration d'un dialogue *multiple* – intérieur/extérieur, personnel/transcendantal, établi dans la tradition commune/surgissant de la confrontation singulière – au sein duquel l'éthique de l'écouter équilibre l'éthique du narrateur. Le thérapeute, par sa coprésence et sa qualité de témoin, participe à la création de la communauté. Une autre solution que je soutiens

correspond donc à la promotion du dialogue en vue d'une co-crédation de sens, de solutions et de « vivre ensemble ».

Autre point essentiel : celui de cesser de prétendre à la neutralité, tant en ce qui concerne la réalité clinique, qu'en ce qui a trait à l'expérience de terrain ethnographique. En effet, il est utile de rappeler que la psychiatrie transculturelle québécoise, de même que l'anthropologie critique nord-américaine, par leur remise en question de certains savoirs dominants, cherchent à promouvoir un travail de réflexion, mais n'en échappent pas moins à la création de d'autres savoirs et de d'autres certitudes : ils participent donc de la course à l'expertise (Rousseau 2002). Rappelons également que la posture discursive classique de l'anthropologie consiste à transformer les acteurs en catégories et à les faire disparaître du texte, ce qui s'oppose intrinsèquement à l'engagement politique et moral du chercheur, de même qu'à une éthique de la responsabilité envers soi-même et envers les autres.

Ici, en Amérique du Nord, à une époque où l'impératif de transparence semble être devenu le mot d'ordre – du moins pour les vulnérables, les impuissants et les « improductifs » –, et à une époque où les jeux de langage sont de plus en plus soumis à la « rectitude politique », il semble que la nature violente des contraintes sociales sur l'individu se soit déplacée d'une violence ouverte, flagrante, collective et « organisée » – la torture, la « violence légitime » des États – vers une violence de plus en plus technologique, subtile et individualisée – la violence « normale » des programmes d'aide et des consensus d'experts, et des processus d'organisation sociale et de création culturelle. En outre, compte tenu de la conjoncture politique actuelle, qui s'érige sur une diffusion de la peur et de l'insécurité parmi les populations, il semble d'autant plus impérieux de résister à l'oubli et au galvaudage des mots, à la falsification des sens, et au dévoiement de l'Histoire (Tarnero 1994). Autrement dit : il n'aura jamais été aussi important de bien nommer les choses. D'ailleurs, Arendt a souligné que la peur est le principal ressort des régimes totalitaires...

Précisons finalement que la « non intervention » n'existe pas : prétendre à la non intervention est une intervention en soi, car ne rien faire est déjà faire quelque chose... Mon intention n'est donc pas de critiquer les praticiens qui interviennent avec le courage d'assumer ces contradictions, mais bien de maintenir le débat ouvert. En somme,

j'espère sincèrement que ce mémoire aura contribué à poursuivre la réflexion entourant les enjeux éthico-politiques de la prise en charge institutionnalisée de la souffrance, du moins telle qu'elle se manifeste dans le contexte québécois – et plus spécifiquement montréalais – de ce début de XXI^e siècle.

BIBLIOGRAPHIE

ABU-LUGHOD, Lila, 1990, « The Romance of Resistance: Tracing Transformations of Power Through Bedouin Women », *American Ethnologist*, 17 (1) : 41-55.

AGAMBEN, Giorgio, 2002, *Moyens sans fins. Notes sur la politique*. Paris, Rivages poche/Petite Bibliothèque.

_____, 1999, *Ce qui reste d'Auschwitz. L'archive et le témoin. Homo Sacer III*. Paris, Rivages.

ARENDT, Hannah, 1982 [1951], *Les origines du totalitarisme. L'Impérialisme*. Paris, Fayard.

ASAD, Talal, 1997, « On Torture, or Cruel, Inhuman, and Degrading Treatment » : 285-308, dans A. Kleinman, V. Das et M. Lock, *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press.

BARKER, Philip, 1993, *Michel Foucault : subversions of the subject*. New York, Toronto, Harvester Wheatsheaf.

BERTOT, Jocelyne et Abdelwahed 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.

BIBEAU, Gilles, 2000, « Vers une éthique créole », *Anthropologie et Sociétés*, 24 (2) : 129-148.

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

- CAHEN, Gérald, 1994, « Préface : un mot ambigu » : 12-19 dans *Résister. Le prix du refus*. Paris, les Éditions Autrement.
- CANGUILHEM, Georges, 1984 [1966], *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses Universitaires de France.
- CHARLEMAINE, Daniel, 1998, « Ethnopsychiatrie, histoire d'un mot », *Psychologie et Éducation*, 34 : 77-88.
- CHEN, Lincoln C., Arthur KLEINMAN et Norma C. WARE (dir.), 1992, *Advancing health in developing countries : the role of social research*. New York, Auburn House.
- COLLIOT-THÉLÈNE, Catherine, 1995, « La sociologie réflexive, l'anthropologie, l'histoire », *Critique*, 51, 579-580 : 554-572.
- COMAROFF, Jean, 1985, *Body of Power, Spirit of Resistance : The Culture and History of a South African People*. Chicago, University of Chicago Press.
- COPJEC, Joan, 1995, *Read my Desire. Lacan against the Historicists*. Cambridge, MA, The MIT Press.
- CORIN, Ellen, 1997, « Playing with Limits : Tobie Nathan's Evolving Paradigm in Ethnopsychiatry », *Transcultural Psychiatry*, 34 (3) : 345-358.
- _____, 1993, « Présentation. Les détours de la raison : Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », *Anthropologie et Sociétés*, 17 (1-2) : 5-20.
- CSORDAS, Thomas J., 1990, « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *Ethos*, 18 (1) : 5-47.

DAS, Veena, 1997, « Language and Body : Transactions in the Construction of Pain » : 67-92, dans *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press.

_____, 1994, « Moral Orientations to Suffering » : 139-167, dans L. C. Chen, A. Kleinman et N. Ware (dir.), 1994, *Health and social change in international perspectives*. Cambridge, Harvard University Press.

DAS, Veena et Arthur KLEINMAN, 2000, «Introduction» : 1-18, dans V. Das, A. Kleinman, M. Ramphela et P. Reynolds (dir.), *Violence and Subjectivity*. Berkeley, University of California Press.

De MARTINO, Ernesto, 1966, *La Terre du remords*. Paris, Gallimard.

DEVEREUX, Georges, 1977 [1970], *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, Gallimard.

DOZON, Jean-Pierre et Didier FASSIN, 2001, « Entre culture et politique. L'espace problématique d'une anthropologie de la santé » : 343-353, In Dozon, Jean-Pierre et Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland.

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

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

FASSIN, Didier, 2004, *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 », *L'Évolution Psychiatrique*, 67 (4) : 676-689.

_____, 2001, « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses » : 47-73, In Dozon, Jean-Pierre et Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland.

_____, 2000a, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1: 95-116.

_____, 2000b, « Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes », *L'homme*, 153, 231-250.

FERMI, Patrick, 2002, « Ethnopsychanalyse : esquisse d'un roman familial », *L'autre*, 3 (2) : 329-344.

FOUCAULT, Michel, 1998, *Il faut défendre la société*. Cours au Collège de France. Hautes Études, Gallimard, Seuil.

_____, 1994, *Dits et écrits, 1954-1988*. Paris, Gallimard.

_____, 1991, « Faire vivre et laisser mourir : la naissance du racisme », *Les Temps Modernes*, 56, 535 : 37-61.

_____, 1976, *Histoire de la sexualité, volume 1 : la volonté de savoir*. Paris, Gallimard.

_____, 1975, *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris, Gallimard.

_____, 1971, *L'ordre du discours*. Paris, Gallimard.

- FREUD, Sigmund, 1975, *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Petite bibliothèque payot.
- GOOD, Byron J., 1994, *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- GOOD, Byron et Arthur KLEINMAN, 1985, *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. University of California Press.
- HARDT, Michael et Toni NEGRI, 2000, *Empire*. Harvard University Press.
- HEIN, Jeremy, 1993, « Refugees, Immigrants, and the State », *Annual Review of Sociology*, 19: 43-59.
- KANE, Saralee, 1995, *Working with victims of organized violence from different cultures: a Red Cross and Red Crescent Guide*. Genève, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- KIRMAYER, Laurence J., 2002, « Le dilemme du réfugié », *L'Évolution Psychiatrique*, 67 (4) : 743-763.
- KIRMAYER, Laurence J. et Harry MINAS, 2000, « The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective », *Canadian Journal of Psychiatry*, 45 : 438-446.
- KLEINMAN, Arthur, 2000, « The Violences of Everyday Life. The Multiple Forms and Dynamics of Social Violence » : 226-241, dans V. Das, A. Kleinman, M. Ramphel et P. Reynolds (dir.), *Violence and Subjectivity*. Berkeley, University of California Press.

_____, 1988, *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York, The Free Press.

_____, 1986, *Social origins of distress and disease : depression, neurasthenia, and pain in modern China*. New Haven, Yale University Press.

KLEINMAN, Arthur, Veena DAS et Margaret LOCK, 1997, « Introduction » : ix-xxvii, dans *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press.

KLEINMAN, Arthur et Joan KLEINMAN, 1997, « The Appeal of Experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times » : 1-24, dans A. Kleinman, V. Das et M. Lock, *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.

_____, 1991, « Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience », *Culture, Medicine, Psychiatry*, 15 : 275-301.

KLEINMAN, Arthur et Robert DESJARLAIS, 1994, « Ni patients ni victimes. Pour une ethnographie de la violence politique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 104 : 56-63.

KOUVÉLAKIS, Eustache, 1997, « l'embranchement de la politique moderne », *Futur Antérieur*, 39/40, septembre.

LOCK, Margaret, 2000, « The Quest for Human Organs and the Violence of Zeal » : 271-295, dans V. Das, A. Kleinman, M. Ramphela et P. Reynolds (dir.), *Violence and Subjectivity*. Berkeley, University of California Press.

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

MAROTTE, Cécile , 1996, « Une clinique de l'étranger : entretien avec Tobie Nathan », *Filigrane*, 5.

_____, 1995, « The Phenomenon of Torture : Effect and Consequence » : 232, dans B. Misgeld (dir.), *Our Midst. Educational Aids to Work with Survivals of Torture and Organized Violence. A Reflective Interactive Approach*. Toronto, Canadian Centre for Victims of Torture.

MARTIN, Rux, 1988, « Truth, Power, Self : An Interview with Michel Foucault » : 9-15, dans Luther H. Martin, Huck Gutman et Patrick H. Hutton (dir.), *Technologies of the Self*. Amherst, The University of Massachusetts Press.

MARTIN, Luther H., Huck GUTMAN et Patrick H. HUTTON, 1988, « Introduction » : 3-8, dans Luther H. Martin, Huck Gutman et Patrick H. Hutton (dir.), *Technologies of the Self*. Amherst, The University of Massachusetts Press.

MORIN, Nathalie, 2000, « La législation canadienne et les réfugié(e)s », mémoire de maîtrise (anthropologie), Université de Montréal.

NATHAN, Tobie, 2000a, « L'ethnopsychiatrie en butte aux néo-staliniens », *Abstract Psychiatrie*, 212, février : 17-19.

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

_____, 1994, *L'influence qui guérit*. Éditions Odile Jacob.

ONG, Aihwa, 1987, *Spirits of Resistance and Capitalist Discipline : Factory Women in Malaysia*. Albany, State University of New York Press.

PANDOLFI, Mariella, 2002, « “Moral Entrepreneurs”, souverainetés mouvantes et barbelé : le bio politique dans les Balkans post-communistes », *Anthropologie et Sociétés*, numéro spécial, PANDOLFI, Mariella et Marc ABÉLÈS (dir.), *Politiques jeux d'espaces*, 26 (1) : 29-50.

_____, 2000, « Une souveraineté mouvante et supracoloniale. L'industrie humanitaire dans les Balkans », *Multitudes*, 3 : 97-105.

_____, 1994, « Pour une ethnopsychiatrie métisse. Au-delà de la folie des autres », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 27 : 83-95.

_____, 1993, « Le *self*, le corps, la “crise de la présence” », *Anthropologie et Sociétés*, 17 (1-2) : 57-77.

PANDOLFI, Mariella et Marc ABÉLÈS (eds.), 2002, « Présentations : Politiques jeux d'espaces », numéro spécial, *Anthropologie et Sociétés*, 26 (1).

PANDOLFI, Mariella et Gilles BIBEAU, (sous presse), « Souffrance, politique, nation. Une cartographie de l'anthropologie médicale italienne », dans GENEST, Serge et Francine SAILLANT (dir.), *Anthropologie de la santé et de la maladie : Perspectives internationales et enjeux contemporains*.

POLICAR, Alain et Pierre-André TAGUIEFF, 1997, « Ethnopsychiatrie et exotisme : Devereux et les faussaires », *Raison Présente*, 123 : 115-119.

RECHTMAN, Richard, 1995, « De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle », *L'Évolution psychiatrique*, 60, 3 : 637-649.

ROUSSEAU, Cécile, 2002, « Incertitude et clinique transculturelle », *L'Évolution Psychiatrique*, 67 : 764-774.

_____, 2000, « Les réfugiés à notre porte : violence organisée et souffrance sociale », *Criminologie*, 33, 1 : 185-201.

ROUSSEAU, Cécile, Sylvie MOREAU, Aline DRAPEAU et Cécile MAROTTE, 1997, *Politique d'immigration et santé mentale : impact des séparations familiales prolongées sur la santé mentale des réfugiés*. Recherche subventionnée par le CQRS : # EA-3881093.

SCARRY, Elaine, 1985, *The Body in Pain. The Making and unmaking of the world*. New York, Oxford, Oxford University Press.

SCOTT, James C., 1985, *Weapons of the Weak : Everyday Forms of Peasant Resistance*. New Haven, Yale University Press.

SEMELIN, Jacques, 1994, « Du combat non violent » : 159-173, dans *Résister. Le prix du refus*. Paris, les Éditions Autrement.

SIRONI, Françoise, 1993, « Une pratique sous influence. La psychothérapie avec les victimes de torture », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 22/23 : 19-30.

TAUSSIG, Michael, 1992, « Violence and Resistance in the Americas : The Legacy of Conquest » : 37-53, dans *The Nervous System*. London, Routledge, Chapman and Hall.

TARNERO, Jacques, 1994, « S'il est encore minuit dans le siècle... » : 202-211, dans *Résister. Le prix du refus*. Paris, les Éditions Autrement.

TAYLOR, Charles, 1995, « Suivre une règle », *Critique*, 51 (579-580) : 554-572.

VINAR, Maren et Marcelo VINAR, 1989, *Exil et Torture*. Paris, Denoël.

WOODWARD, Susan L., 2000, « Violence-Prone Area or International Transition ? Adding the Role of Outsiders in Balkan Violence », dans V. Das, A. Kleinman, M. Ramphela et P. Reynolds (dir.), *Violence and Subjectivity*. Berkeley, University of California Press.

YOUNG, Allan, 1997, « Suffering and the Origins of Traumatic Memory » : 245-260, dans A. Kleinman, V. Das et M. Lock, *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press.

_____, 1996, *The Harmony of Illusions. Inventing PTSD*. Princeton, Princeton University Press.

ANNEXE I :
Tableaux et graphiques

Tableau I : Immigrants admis au Québec et au Canada (1998-2003)

Année	Canada	Québec	Montréal
1998	174 159	26 509	19 002
1999	189 922	29 085	24 943
2000	227 313	32 424	28 139
2001	250 346	37 428	32 366
2002	229 020	37 619	32 998
2003	219 490	39 464	32 836

Sources :

<http://www.cic.gc.ca/francais/observateur/issue05/02-immigrants.html>

<http://www.cic.gc.ca/francais/pdf/pub/faits2001.pdf>

Tableau II : Catégories des immigrants admis au Québec (1998-2003)

Année	Économique	Famille	Réfugiés	Total
1998	13 321	6 902	6 228	26 509
1999	14 247	7 558	7 341	29 214
2000	16 431	7 974	8 049	32 502
2001	21 891	8 477	7 155	37 537
2002	23 235	7 939	6 444	37 629
2003	23 827	9 280	6 171	39 512

Sources :

http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/migrt_poplt_imigr/605.htm

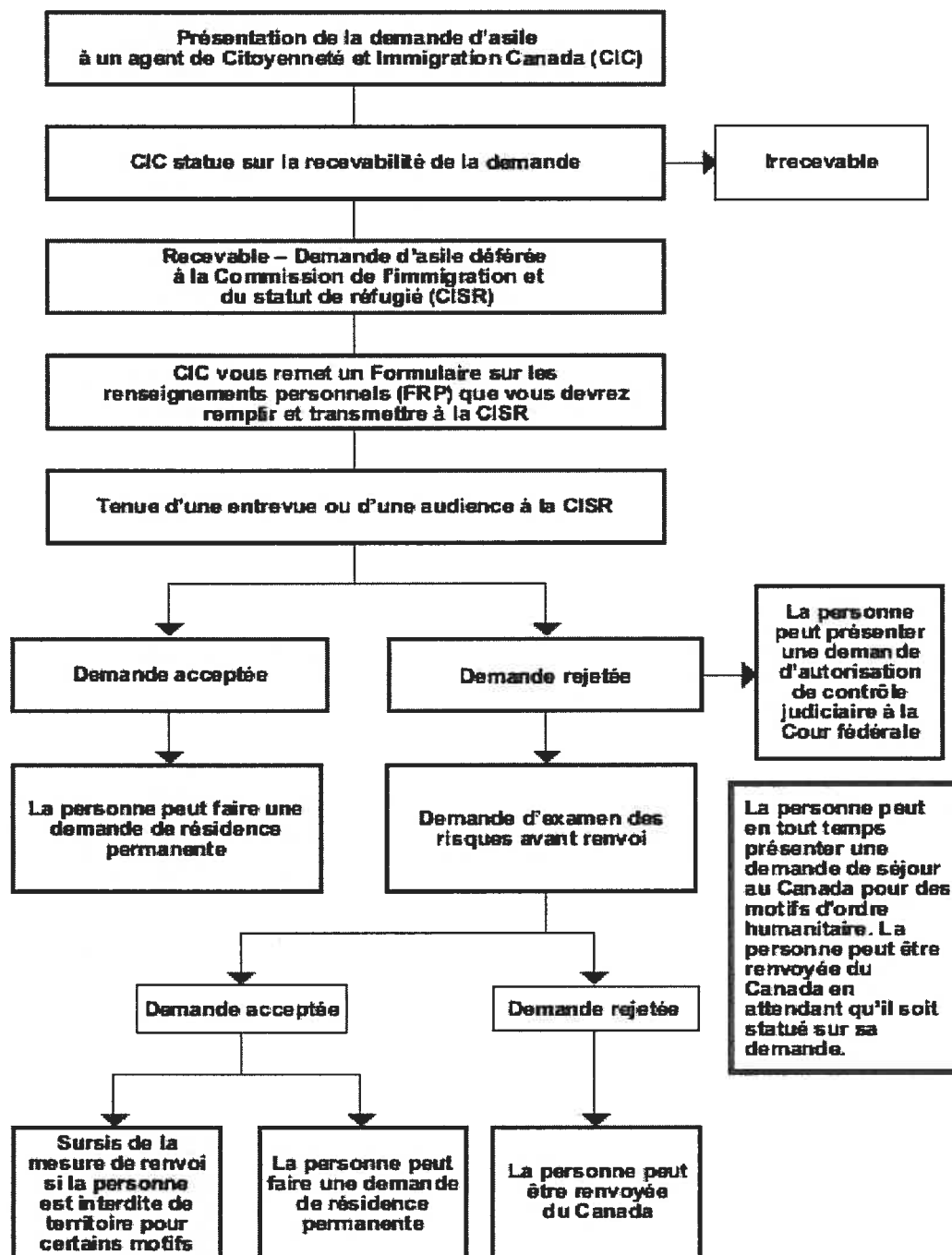
**Tableau III : Demandeurs d'asile sur les territoires canadien, québécois
et montréalais (1998-2002)**

Année	<u>Canada</u>	<u>Québec</u>	<u>Montréal</u>
1998	85 645	-	-
1999	96 277	31 663	18 630
2000	99 688	31 286	16 806
2001	112 247	33 039	18 034
2002	118 282	31 684	16 972

Sources :

<http://www.cic.gc.ca/francais/pub/faits2002-temp>

Graphique I : Processus de demande d'asile au Canada



Source :

http://www.cisr-irb.gc.ca/fr/ausujet/tribunaux/spr/asile/chart_f.htm

