

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

REGARDS DE PSYCHOLOGUES SUR LEUR PRATIQUE EN CONTEXTE
INTERCULTUREL

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
NATHALIE TISSIÈRES

JUIN 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier chaleureusement ma directrice de thèse, Madame Krymko-Bleton. Merci pour votre confiance, vos bons conseils et votre soutien permanent tout au long de mon travail de thèse. Votre liberté d'esprit et votre franc-parler ont grandement nourri mes réflexions.

Je souhaite aussi témoigner de ma gratitude envers les psychologues qui ont participé à cette recherche. Ils m'ont laissé entrer, avec générosité, dans l'intimité de leur clinique. Ce qu'ils m'ont transmis a contribué au développement de mon identité professionnelle.

Merci à mon père, Pascal, de s'être aimablement proposé pour la relecture linguistique.

Merci à Maude sans qui ce travail n'aurait pas été possible. Merci à mes enfants, Raphaëlle et Manoé, qui m'ont aidé prendre du recul durant mon parcours doctoral.

TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
CADRE THÉORIQUE	7
1.1 La culture	7
1.1.1 Définitions de la culture	7
1.1.2 Fonctions et transmission de la culture	9
1.1.3 Culture et conflits psychiques	12
1.2 La psychothérapie en contexte interculturel	15
1.2.1 Auteurs clés de la psychothérapie en contexte interculturel	16
1.2.2 Enjeux de la psychothérapie avec des patients appartenant à une minorité culturelle	21
1.2.3 Psychothérapie et culture : une relation tendue.....	22
1.2.4 La psychothérapie en contexte interculturel au Québec	25
1.2.5 Le contre-transfert culturel.....	27
1.3 Être psychologue et immigrant.....	36
1.3.1 Les psychologues issus de minorités culturelles	37
1.3.2 Réactions de contre-transfert fréquentes chez les psychologues appartenant à une minorité culturelle.....	39
1.4 La société québécoise et le rapport à l'altérité	42
CHAPITRE II	
QUESTIONS DE RECHERCHE	46
CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE.....	49
3.1 Paradigme méthodologique : la recherche qualitative d'inspiration psychanalytique	49
3.2 Le devis de recherche en bref.....	52

3.3	Travail réflexif personnel	52
3.4	Le matériel utilisé pour la recherche : des dessins d'enfants	53
3.4.1	Les dessins de la recherche CoPsyEnfant	53
3.4.2	Sélection des dessins d'enfants	54
3.5	Participants	55
3.5.1	Sélection des participants	56
3.5.2	Recrutement des participants	59
3.6	Méthode de cueillette des données	59
3.7	Méthodologie d'analyse des données	62
3.7.1	Assises théoriques de la méthodologie d'analyse	62
3.7.2	Déroulement de l'analyse étape par étape.....	64
3.8	Éthique.....	67
3.8.1	Considérations éthiques au sujet du matériel utilisé (les dessins).....	67
3.8.2	Considérations éthiques au sujet des participants	68
CHAPITRE IV		
ÊTRE PSYCHOLOGUE ET IMMIGRANT : LES ENJEUX DE LA CLINIQUE ... 70		
4.1	Résumé	71
4.2	Abstract.....	71
4.3	Resumen	72
4.4	Introduction	73
4.5	Méthode.....	74
4.6	Résultats	76
4.6.1	Le rôle de l'identité culturelle des psychologues dans leurs interprétations des dessins.....	76
4.6.2	La relation des psychologues immigrants avec leurs patients immigrants.....	77
4.6.3	L'impact d'expériences de discrimination sur l'identité des psychologues	79
4.7	Discussion.....	82
CHAPITRE V		
LES CONFLITS SUSCITÉS PAR LA RENCONTRE CLINIQUE AVEC L'ALTÉRITÉ CULTURELLE ET LEURS EFFETS SUR LE CONTRE- TRANSFERT.....		
		86

5.1	Résumé	87
5.2	Abstract.....	88
5.3	Introduction	89
5.4	Méthodologie.....	91
5.5	Résultats	92
5.5.1	Réticence à considérer l'origine des patients	93
5.5.2	Malaise autour des inégalités ethno-raciales.....	95
5.5.3	Ressenti de colère ou sentiment d'être heurté par certaines attitudes de patients appartenant à une minorité culturelle	98
5.6	Discussion.....	100
CHAPITRE VI		
DISCUSSION		
6.1	Synthèse des résultats	106
6.1.1	Premier article : Être psychologue et immigrant : les enjeux de la clinique.....	106
6.1.2	Deuxième article : Les conflits suscités par la rencontre clinique avec l'altérité culturelle et leurs effets sur le contre-transfert	107
6.2	Du malaise dans la culture à la sécurité culturelle.....	109
6.2.1	La sécurité culturelle	110
6.2.2	L'humilité culturelle.....	113
6.2.3	L'inconscient raciste	114
6.2.4	La sécurité culturelle en supervision.....	116
6.2.5	La sécurité culturelle en institution	116
6.3	Réflexions sur le processus de recherche, limites de la recherche et pistes de recherches futures	119
6.4	Conclusion.....	123
ANNEXE A		
DESSINS D'ENFANTS		
124		
ANNEXE B		
COURRIEL DE RECRUTEMENT		
131		
ANNEXE C		
FORMULAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....		
133		

ANNEXE D	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	134
ANNEXE E	
GRILLE DE LA PREMIÈRE ENTREVUE	138
ANNEXE F	
GRILLE DE LA DEUXIÈME ENTREVUE	140
RÉFÉRENCES.....	144

RÉSUMÉ

La réalité multiculturelle de la société québécoise a des implications pour la psychothérapie. La plupart des recherches portent leur attention sur les réactions des patients face à la différence ethnoculturelle. Toutefois, la rencontre clinique est une relation entre «deux porteurs de culture», d'où l'importance de comprendre l'influence des facteurs culturels non seulement dans le transfert du patient, mais aussi dans le contre-transfert du clinicien.

Cette thèse est composée de deux articles qui abordent selon différents angles la question de la conflictualité dans le contexte de la clinique interculturelle. Le premier article traite des enjeux auxquels sont confrontés les psychologues appartenant à une minorité culturelle. Quant au deuxième article, il aborde les conflits suscités chez les psychologues par la rencontre avec l'altérité culturelle et leurs effets sur le contre-transfert.

J'ai rencontré sept psychologues de diverses origines à deux reprises. Lors de la première entrevue, des dessins d'enfants de trois origines différentes leur ont été présentés. J'ai invité les participants à me parler de ce que ces dessins leur évoquaient. Cette première rencontre a servi de déclencheur des réflexions recueillies dans l'entrevue suivante qui abordait leur pratique clinique et leur histoire d'immigration dans le cas des psychologues immigrants. La méthodologie utilisée est qualitative et s'inspire du cadre théorique de la psychanalyse.

Du fait de leur origine, les psychologues issus de l'immigration ont posé un regard unique sur les dessins et ont proposé des interprétations auxquelles d'autres psychologues n'ont pas pensé. Toutefois, certains participants ont démontré une certaine inhibition à émettre des commentaires qui viendraient pointer les regards sur leur identité culturelle complexe, laissant ainsi supposer une conflictualité autour de leurs appartenances culturelles. Les psychologues ont évoqué un plaisir à rencontrer des patients de la même origine qu'eux ainsi qu'une impression de bien les comprendre, tout en se gardant de trop insister sur ces aspects positifs, craignant peut-être que cela ne vienne discréditer leurs compétences professionnelles. Par ailleurs, les expériences de discrimination de certains participants ont eu un impact sur leur identité de psychologue, en les conduisant à mettre en place différentes stratégies de protection : la recherche d'un milieu de travail accueillant envers la différence, notamment les milieux multiculturels, la recherche de contrôle, en intellectualisant par exemple ou encore une grande vigilance quant aux rapports de pouvoir.

Le deuxième article fait ressortir que les psychologues ont eu tendance à se montrer prudents, voire excessivement prudents lorsqu'il s'agissait de faire un commentaire qui prenait en compte l'origine des enfants. Les interprétations culturelles portaient le sceau de l'interdit : on y pense tout de suite, spontanément, mais on ne peut pas le dire par peur de paraître faire une généralisation grossière ou de véhiculer un préjugé raciste. Par ailleurs, ce malaise était particulièrement marqué quand il était question des inégalités ethnoraciales. Finalement, un autre aspect du contre-transfert culturel a été mis en évidence, soit la possibilité d'éprouver de la colère ou de se sentir heurté par certaines attitudes de patients appartenant à une minorité culturelle.

Un fil conducteur se dégage des deux articles, celui du malaise dans la culture. Dans le cas des psychologues issus de l'immigration, il se traduit par une difficulté à assumer pleinement la complexité de leurs appartenances culturelles et, dans le cas du contre-transfert de tous les psychologues (peu importe leur origine), il transparait dans un certain évitement des questions culturelles. Les deux articles ont également en commun d'avoir mis en évidence un aspect plus spécifique du malaise dans la culture, celui entourant les inégalités ethnoraciales, en particulier l'impact de la discrimination sur la clinique. Dans la discussion finale, je porte ma réflexion sur les différentes façons de rendre le contre-transfert culturel plus « élaborable ». J'y avance notamment que les résultats de cette recherche jouent en faveur de l'introduction, dans les formations et les supervisions, de la notion de sécurité culturelle qui me semble plus constructive que celle de compétences culturelles.

Mots-clés : contre-transfert culturel, psychothérapie interculturelle, dessins d'enfants, psychologues issus de l'immigration, inégalités ethnoraciales.

INTRODUCTION

Le Canada compte de nombreuses personnes immigrantes ou appartenant à une minorité culturelle. On estime que depuis le début de la Confédération canadienne en 1867, plus de 17 millions de personnes se sont établies au Canada (Statistiques Canada, 2016). Dans les grandes villes comme Montréal, la diversité culturelle est une réalité qu'on ne peut ignorer puisqu'environ une personne sur trois appartient à une « minorité visible » (Montréal en statistiques, 2017). Avant de poursuivre, une définition des termes d'immigrant, minorité culturelle et minorité visible s'impose puisqu'ils ne sont pas équivalents. Un immigrant (ou un migrant) désigne des « personnes résidant au Canada qui sont nées hors du pays, à l'exclusion des travailleurs étrangers temporaires, des citoyens canadiens nés à l'étranger et des détenteurs d'un visa d'étudiant ou de travail (Statistiques Canada, 2010). La notion de minorité culturelle est plus complexe et sa définition est controversée (Lamarche, 2008). Dans cette thèse, je me tiens à la définition de Capotori (1971, cité dans Lamarche, 2008) :

Une minorité constitue un groupe numériquement inférieur au reste de la population d'un État, possédant, du point de vue ethnique, religieux ou linguistique, des caractéristiques qui diffèrent de celles du reste de la population et manifestant, de façon implicite, un sentiment de solidarité, à l'effet de préserver leur culture, leurs traditions, leur religion ou leur langue (p. 3).

Au Canada, un autre terme est utilisé dans les statistiques populationnelles, celui de « minorité visible ». Selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, les minorités visibles désignent :

les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche. Il s'agit principalement des groupes suivants : Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Latino-Américain, Arabe, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen et Japonais (Statistiques Canada, 2020).

Ainsi, un Algérien qui a émigré au Canada correspond au qualificatif d'immigrant, de minorité culturelle et de minorité visible. Un Italien ayant immigré au Canada correspond au qualificatif d'immigrant et de minorité culturelle, mais pas de minorité visible. Une personne juive vivant au Canada depuis plusieurs générations n'est pas immigrante, n'appartient pas à une minorité visible, mais est un membre d'une minorité culturelle. Enfin, une personne innue n'est pas immigrante, n'est pas considérée comme une minorité visible, mais appartient à une minorité culturelle. Dans cette thèse, le terme d'immigrant ou de migrant est utilisé quand je souhaite mettre l'accent sur le changement de pays. Sinon, je me sers majoritairement des termes de minorité ou communauté culturelles. L'expression « minorité visible » est employée uniquement pour citer des statistiques.

La différence culturelle, qui, au Canada, est traditionnellement présentée comme une richesse, peut aussi être une source de conflits, d'incompréhension ou de tensions : craintes autour d'un afflux de migrants irréguliers, montée de l'extrême droite, débats autour des accommodements raisonnables (2006-2008) ou de la « Charte de valeurs québécoises » (2012-2014), controverse autour de la *Loi sur la laïcité de l'État* (loi 21), refus de la part du gouvernement actuel de reconnaître le racisme systémique, etc.

La diversité culturelle et ses divers enjeux amènent à réfléchir sur leurs implications dans la pratique clinique. Les populations migrantes ont tendance à sous-utiliser les services de santé mentale (Ainslie, Tummala-Narra, Harlem, Barbanel, et Ruth, 2013), même si elles pourraient en bénéficier grandement. En effet, les immigrants sont souvent en situation de vulnérabilité, notamment parce que l'immigration en soi peut constituer un

traumatisme (Nathan, 1986). De plus, lorsque les personnes appartenant à une minorité ethnique utilisent ces services, le taux de terminaison prématuré est plus élevé que dans les autres groupes sociaux (Sue, 1988, 1990, cité dans Foster, 1998). Il est donc essentiel de pouvoir offrir à ces personnes des services psychologiques adaptés. Jusqu'à présent, la recherche a surtout porté son attention sur les réactions des patients face à la différence ethnoculturelle (Foster, 1998). Toutefois, de plus en plus de chercheurs considèrent que le porteur de culture n'est plus uniquement l'autre, l'immigrant, mais aussi le représentant de la société d'accueil. La rencontre clinique est donc vue comme une relation entre « deux porteurs de culture, pris dans un sens très large d'héritage, de mémoire, de systèmes de représentation, d'expérience de vie » (Cohen-Emerique, 2011, p. 15). Cette vision implique de comprendre l'influence des facteurs culturels non seulement dans le transfert du patient, mais aussi dans le contre-transfert du clinicien. De façon générale, les caractéristiques du thérapeute (son genre, son âge, ses habiletés relationnelles, sa capacité d'empathie, mais aussi sa culture, son expérience de l'immigration ou ses rencontres avec des personnes immigrantes dans sa vie personnelle) sont malheureusement souvent négligées en recherche, même si l'on sait qu'elles jouent un rôle fondamental dans l'efficacité d'une psychothérapie, primant souvent sur la technique ou les connaissances théoriques (Lecomte, Savard, Drouin et Guillon, 2004). En contexte interculturel, il est donc crucial de tenir compte des caractéristiques personnelles du clinicien qui vont avoir un impact sur sa réaction face à la différence culturelle. Même s'il se veut neutre, ouvert et bienveillant, le thérapeute est confronté à différentes représentations de l'autre dans la société et à leur instrumentalisation justifiant parfois discrimination et abus de pouvoir (Delanoë, 2015).

Pour toutes ces raisons, il m'a semblé pertinent d'écrire deux articles qui abordent, selon différents angles, la question de la conflictualité en contexte interculturel. Le premier article traite des enjeux auxquels sont confrontés les psychologues appartenant à une minorité culturelle. La littérature sur la dynamique entre un psychologue appartenant à une minorité culturelle et des patients blancs ou appartenant eux aussi à

une minorité culturelle en est à ses balbutiements (Sanchez-Hucles et Jones, 2005). Pourtant, les psychologues issus de l'immigration¹ sont de plus en plus nombreux et font face à des enjeux complexes. Leur identité professionnelle est en effet immanquablement teintée de leur identité culturelle. Il apparaît important de mieux comprendre leur vécu pour qu'en supervision, ils puissent être soutenus en tenant compte de certaines de leurs spécificités. De façon plus générale, connaître ces enjeux pourrait aussi permettre de mieux utiliser les forces de ces psychologues dans les équipes cliniques.

Le deuxième article aborde les conflits suscités par la question des origines chez les psychologues ainsi que leurs manifestations contre-transférentielles. J'y décris comment le malaise que soulèvent les questions culturelles se traduit dans le vécu des psychologues. Cette étude vise aussi à réfléchir à des pistes qui pourraient permettre aux psychologues tout comme aux patients de sentir une plus grande « sécurité culturelle » dans l'espace thérapeutique.

En résumé, la présente recherche permet d'approfondir les connaissances sur les enjeux de psychologues en présence de l'altérité culturelle, dans un contexte où il existe peu d'écrits s'intéressant spécifiquement aux psychologues, encore moins aux psychologues appartenant à une minorité culturelle.

Avant de décrire l'organisation de cette thèse, quelques mots sur sa méthodologie s'imposent. Étudier le contre-transfert ne va jamais de soi. Dans cette recherche, il est abordé d'une manière détournée, au travers de commentaires de psychologues sur des dessins d'enfants de diverses origines. Précisons aussi que les psychologues interrogés se réclament tous de l'approche psychodynamique, une approche qui, nous le verrons, peut avoir un rapport à la culture qui lui est propre. De plus, ils sont, à une exception

¹ Pour éviter des lourdeurs dans le texte, j'utilise le terme de psychologues « immigrants » ou « issus de l'immigration » indistinctement et autant pour les immigrants de première que de deuxième génération.

près, peu formés à la clinique interculturelle, comme c'est le cas de nombreux psychologues confrontés au quotidien à la différence culturelle. De cette façon, il est possible d'observer comment ils abordent l'altérité culturelle de leur patient sans s'appuyer sur un modèle d'intervention interculturelle spécifique, mais plutôt en s'appuyant sur leur expérience clinique, leur individualité ou leurs connaissances théoriques générales de la psychothérapie psychodynamique.

L'originalité de cette thèse repose donc sur son sujet peu étudié (les réactions des cliniciens face à la différence culturelle), sur sa méthode (utilisation de commentaires des dessins d'enfants) et sur les caractéristiques des participants (des psychologues de diverses origines d'approche psychodynamique pour la plupart non spécialisés dans la clinique interculturelle).

Organisation de la thèse

Le premier chapitre est constitué du cadre théorique dans lequel s'insère cette recherche. Il est suivi d'un court chapitre intitulé « Questions de recherche » (chapitre II). Dans le troisième chapitre, la méthodologie (incluant les considérations éthiques) est décrite en détail. Les résultats de recherches sont ensuite présentés sous la forme de deux articles. Le premier (chapitre IV), intitulé *Être psychologue et immigrant : les enjeux de la clinique* porte sur les enjeux que rencontrent les psychologues issus de l'immigration, notamment le rôle de leur identité culturelle dans leurs interprétations de dessins d'enfants, leur relation avec leurs patients immigrants et l'impact d'expériences de discrimination sur leur identité professionnelle. Le deuxième article (chapitre V) a pour titre *Les conflits suscités par la rencontre avec l'altérité et leurs répercussions sur le contre-transfert culturel*. Il décrit quelques formes de contre-transfert fréquentes et potentiellement problématiques rencontrées

chez les psychologues ayant participé à la recherche. Ces articles ont été publiés par les revues *L'Autre*², en France et *Filigrane*³, au Québec, respectivement. Ils sont suivis d'une discussion générale (chapitre VI) qui comprend une synthèse des résultats, une réflexion sur le concept de sécurité culturelle et un retour sur mon processus de recherche.

² Tissières, N. et Krymko-Bleton, I. (2018). Être psychologue et immigrant : les enjeux de la clinique. *L'Autre*, 19(1), 11-20.

³ Tissières, N. et Krymko-Bleton, I. (2018). Les conflits suscités par la rencontre clinique avec l'altérité culturelle et leurs effets sur le contre-transfert. *Filigrane*, 27(1), 81-97.

CHAPITRE I

CADRE THÉORIQUE

Dans ce chapitre théorique, nous verrons comment la culture est conceptualisée dans le cadre psychanalytique. Nous ferons également état des connaissances actuelles sur la psychothérapie en contexte interculturel, en développant, entre autres, la notion de contre-transfert culturel. Finalement, nous présenterons les quelques écrits disponibles sur la situation spécifique des psychologues issus de l'immigration et aborderons le cas particulier du Québec dans son rapport à l'altérité.

1.1 La culture

Nous présentons ci-dessous un bref aperçu de différentes définitions de la culture, ses fonctions, sa transmission et les conflits psychiques qui lui sont intrinsèques.

1.1.1 Définitions de la culture

La culture est un concept polysémique qui ne se laisse pas définir facilement (Guimond, 2010 ; Jacob, 2011 ; Coyer, 2020). Dans un ouvrage de référence sur le sujet, Kroeber et Kluckhohn (1952, cité dans Jahoda, 2012) ont recensé environ 160 définitions de la culture. Le sens du mot culture varie donc selon les époques, les contextes et même les cultures elles-mêmes (Coyer, 2020). Étymologiquement, il provient du latin *cultura*,

qui désigne au 13^e siècle un champ cultivé (Coyer, 2020), sens que l'on retrouve actuellement en agriculture (par exemple la culture du blé). Au 18^e siècle, ce terme a commencé à être employé pour désigner un entraînement de l'esprit ou un raffinement du goût (Jahoda, 2012). Rapidement, son sens s'est étendu pour référer aux qualités d'une personne éduquée (une personne cultivée), sens qui prévaut encore aujourd'hui (Jahoda, 2012). Par ailleurs, le terme culture est utilisé pour parler de toutes les productions architecturales, artistiques, littéraires, philosophiques, morales, scientifiques et techniques qui sont créées par une nation (Cohen-Emerique, 2015).

Dans son sens anthropologique, celui dont il est question dans cette thèse, la culture comprend les « modes de vie, les traditions, les systèmes de représentations, les croyances, les symboles qui caractérisent un peuple donné, un groupe donné » (Cohen-Emerique, 2015, p. 74). Pour Moro (2004, cité dans Rouchon, 2007, p. 12), « un système culturel est constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de techniques et de manières de faire (la parure, la cuisine, les arts, les techniques de soin, les techniques de maternage...) ». S'ajoutent à cette énumération de nombreuses autres manières de faire ou de voir le monde : le rôle de la femme, la place de l'enfant dans la famille, la façon d'appréhender la maladie et les étiologies évoquées, la façon de vivre un deuil, les rapports sociaux, l'éducation des enfants, certaines valeurs comme l'individualisme (et son pendant, le collectivisme), l'entraide familiale ou le respect des aînés, etc. Moro (2004, cité dans Rouchon, 2007) précise également que la culture n'est pas figée, mais en perpétuelle transformation, comme c'est le cas aussi de la notion d'identité culturelle. Ce point de vue qui privilégie une conception dynamique des cultures est récent et bouleverse les anciennes représentations statiques et substantialistes (Vinsonneau, 2002). La culture est aujourd'hui comprise comme un processus actif et non comme une donnée fixe (une donnée de la nature, selon une vision naturaliste) que l'on postule ou affirme (Sturm, 2000). Elle serait constamment « à refaire et à et à reconstruire à tout moment pour rester humain » (Lévi-Strauss, 1977, cité dans Rouchon, 2007, p. 148) et se construit toujours dans un rapport à l'autre (Delanoë, 2015).

Preiswerk (1975, dans Cohen-Emerique, 2015) a proposé quatre niveaux de culture : la culture nationale, la culture régionale, la microculture et la macroculture. La culture nationale désigne la culture d'un État-nation ou d'une communauté historique avec une expérience et une mémoire commune. La culture régionale s'inscrit dans un territoire. Il peut s'agir d'un espace géographique ou économique au sein d'un même pays, comme la culture gaspésienne, ou comprenant plusieurs pays (par exemple la culture méditerranéenne). La microculture se réfère à une ethnie ou à un peuple qui affirme une même origine et qui partage une histoire, des traditions, une langue commune (par exemple : les Peuls, les Catalans, etc.). Cette notion comprend aussi les cultures professionnelles, familiales ou générationnelles. Finalement, la macroculture comprend les trois niveaux précédents et concerne surtout la religion ou les grandes idéologies (Cohen-Emerique, 2015). Chacun de ces niveaux peut être plus ou moins saillant chez une personne selon les contextes.

Quand il est question de thérapie en contexte interculturel, la culture est généralement comprise au sens large et s'étend à différentes notions connexes : le vécu migratoire, les traumatismes de guerre, l'identité culturelle ou encore les rapports de pouvoir et la discrimination vécue dans le pays d'accueil. La rencontre entre personnes de cultures différentes va donc au-delà de la confrontation avec la diversité puisque s'y déploie « une dynamique identitaire où se jouent des contentieux historiques, des rapports asymétriques, des affects profonds (...) et des conduites qui peuvent aller jusqu'à la violence (...) » (Cohen-Emerique, 2011, p. 14). On ne peut donc pas séparer le culturel de ses dimensions sociales, historiques et politiques (Cohen-Emerique, 2011 ; Delanoë, 2015).

1.1.2 Fonctions et transmission de la culture

Pour Róheim (1943, cité dans Rouchon, 2007), la culture, comme la névrose, est un système qui permet de se défendre contre l'angoisse. Elle fournit aussi un cadre, un

contenant qui s'avère à la base de la structuration psychique de l'individu (Moro, 1992). Elle lui permet donc de se développer en s'appuyant sur quelque chose de relativement stable. Nathan (1986, cité dans Dumont et Legendre, 2000) a élargi la notion de « Moi-Peau » de Didier Anzieu à la culture. Le Moi-Peau culturel serait un contenant pour le moi qui assure la cohésion du sujet. La culture (en tant que contenant) est ainsi perçue comme une sorte d'enveloppe vitale pour les productions psychiques (le contenu). Le contenant est donc aussi important que le contenu pour le développement du bon fonctionnement de l'appareil psychique (De Plaen, 2006). Le sujet, pour se construire, a besoin de s'appuyer sur d'autres êtres humains (sa mère, son père, etc.), mais aussi sur un groupe social et culturel vivant (Nathan, 1986).

De plus, la culture met à la disposition de l'individu une grille de lecture de monde qui permet de donner un sens à ce qui survient. Elle offre des solutions, des façons de réagir face à différentes situations, ce qui diminue la violence de l'imprévu (Moro, 1998). Elle représente donc « un système qui permet au corps social de traiter et d'organiser l'information qui lui parvient du monde extérieur » (Parent, 2009, cité dans Jacob, 2011, p. 215).

La culture se transmet par un processus que l'on nomme enculturation ou, autrement dit, l'incarnation de la culture en chacun de nous (Moro, 1998). Ce concept, déjà proposé par l'anthropologue Margaret Mead (1930, cité dans de Plaen, 2006) permet de comprendre comment la culture structure l'individu dès sa naissance, par l'intermédiaire de « patterns » culturels transmis, conçus comme de véritables logiques culturelles données à l'enfant par ses parents et par son groupe d'appartenance. L'enculturation passe par les petits soins donnés aux enfants (notamment les techniques de soin de corps), les sensations, les perceptions, le langage, l'éducation, ce qui sera interdit, valorisé, permis, etc. (Moro, 1998). La culture est donc à la fois un cadre culturel externe et un cadre culturel intériorisé (Nathan, 1986). Cette théorisation permet de mieux comprendre pourquoi une migration est en soi traumatique : elle

rompt l'homologie entre le cadre culturel interne et externe et fragilise donc le contenant psychique interne (Nathan, 1986). La culture peut ainsi être comprise comme un phénomène transitionnel au sens de Winnicott (1951), à savoir une zone intermédiaire entre l'intérieur et l'extérieur. Winnicott (1966, cité dans De Plaen, 2006) considère l'expérience culturelle comme une extension du phénomène transitionnel et du jeu. Il insiste sur l'importance d'un sentiment de continuité personnelle durant les premiers mois de vie d'un nouveau-né. À cette période, la capacité du bébé à se séparer plus d'un certain temps de sa personne de référence principale (souvent la mère) est limitée. Il a besoin qu'elle revienne, après un laps de temps X tolérable pour lui, afin qu'il puisse faire l'expérience d'une continuité. Elle peut alors l'aider à réparer les privations qu'il a dû supporter et contribue à faire de ce vécu une expérience de maturation qui renforce la structure de son moi. L'enfant développe peu à peu ses capacités à se séparer momentanément de sa mère grâce à l'assurance de son retour après une absence, mais aussi grâce à l'investissement d'objets « intermédiaires » ou transitionnels (Winnicott, 1951). Ces objets symbolisent l'union entre la mère et le bébé. Ils ne sont pas équivalents à la mère ni équivalents au bébé, mais se situent dans un espace intermédiaire, un espace de jeu. Cette expérience de pouvoir vivre l'absence de sa mère tout en gardant une part d'elle dans cet espace transitionnel est fondamentale dans l'acquisition d'un sentiment de continuité d'existence et de continuité personnelle. Si une mère s'absente à répétition durant des laps de temps intolérables pour le bébé, cela provoque des anxiétés impensables chez le bébé qui suscitent un vécu de fracture dans le sentiment de continuité personnelle (Winnicott, 1956). Winnicott (1966, cité dans de Plaen, 2006) considère que l'humanité en tant que telle a besoin d'entretenir un sentiment de continuité en tant que groupe et que ce sentiment passe par les expériences culturelles. Cette continuité « groupale », tout comme le sentiment de continuité personnelle, sont des garants essentiels de la bonne santé mentale de l'individu et du groupe. Ces expériences culturelles sont considérées comme issues de ce « troisième espace », de cet espace transitionnel puisqu'elles ne sont ni totalement à l'extérieur du sujet, ni totalement à l'intérieur de lui.

Comme notre culture nous est transmise à notre insu, il nous est difficile de nous la représenter. Certaines représentations nous sont disponibles, mais elles sont souvent de l'ordre de la caricature et du folklore. Toutefois, nous avons tous des représentations inconscientes ou implicites de notre culture qui nous influencent au quotidien de façon bien plus significative que les représentations conscientes (Rouchon, 2007).

1.1.3 Culture et conflits psychiques

Kaës (1998) propose une première explication au constat que l'étranger suscite souvent des réactions fortes et hostiles. Pour cet auteur, la différence culturelle :

introduit le sujet à ses repères identificatoires, aux identités partagées, aux alliances psychiques, narcissiques et défensives nécessaires à la vie en commun, aux renoncements que chaque culture exige pour fonder son ordre symbolique propre (p. 11).

Elle constitue la « troisième différence » et a la particularité de se prêter à la métaphorisation des deux premières différences, soit la différence entre humain et non-humain (première différence) et la différence des sexes et des générations (deuxième différence). La différence culturelle est donc infiltrée par les angoisses des deux premières. Si nous la transgressons, nous tombons dans la subversion ou dans la catégorie de l'ennemi. Selon Kaës (1998), la différence culturelle nous renvoie au non-plaisir, au non-lien (notamment le sevrage du corps maternel), au non-même (la différence des sexes et des générations) et au non-nous (les premières expériences de sortie du groupe familial, par exemple l'école). L'étranger nous ramène donc à des questions psychologiques fondamentales comme celle de l'identité, de l'identité sexuelle et du statut de sujet (Fermi, 1998). Pour Kaës (1998), la rencontre des cultures est violente à cause, entre autres, de ses enjeux dans l'identité du sujet. Elle confronte aux refoulés primordiaux et aux figures de l'archaïque. Cette confrontation à l'altérité

culturelle peut engendrer un vacillement identitaire auquel nous pouvons répondre défensivement par un phénomène d'autoréférence (nous avons recours à nos références culturelles habituelles) ou d'hétéroréférence (dénier nos propres repères culturels pour nous fonder dans ceux d'un nouveau groupe d'appartenance) culturelle (Kaës, 2005, cité dans Rouchon, 2007). Cette menace à l'identité suscite de multiples réactions de défenses, qui sont « à la fois de l'ordre des mécanismes de défense freudiens (la projection, la rationalisation, le déni) et de l'ordre des réactions de défenses sociales » (Cohen-Emerique, 2011, p. 16). Ces dernières réactions peuvent, chez le psychologue, prendre la forme de :

la réaffirmation de sa légitimité et de sa position d'expert, du formalisme ou de l'enfermement dans les règlements, d'une approche diagnostique psychologisante ou psychiatisante à l'égard de l'utilisateur ou au recours à des préjugés sur lui (Cohen-Emerique et Hohl, 2004, cité dans Cohen-Emerique, 2011, p. 17).

La différence culturelle nous confronte aussi à tout ce qui nous habite d'étranger, d'inquiétant, de persécuteur (Kristeva, 1988). Il n'est donc pas étonnant que nous cherchions à nous défendre contre ces angoisses et une façon (régressive) de le faire est de projeter ce qui est étranger et menaçant en nous dans l'autre différent. Ce dernier devient donc dangereux, non parce qu'il est réellement une menace, mais parce qu'il est l'objet de la projection de nos angoisses intérieures.

Il y aurait également une autre origine à l'intensité et à l'imprévisibilité des réactions en lien avec les différences culturelles : nous portons tous en nous l'histoire collective de notre peuple. D'après Kristeva (1988), les inconscients gardent, par exemple, la trace du passé colonial et il n'en faut pas beaucoup pour que la barrière jadis solide entre maître et esclave revienne en mémoire insidieusement. Pour Moro (2007, cité dans Rouchon, 2007), une part de nos réactions à la subjectivité de l'autre provient du collectif qui est en nous confronté au collectif qui est en l'autre. Nous aurions donc tous un inconscient culturel (ici synonyme d'inconscient ethnique ou collectif) qui nous

influencerait. Cette conceptualisation permet de comprendre pourquoi nos réactions face à l'étranger oscillent souvent entre fascination et rejet. En effet, cette ambivalence se retrouve dans le discours colonial où l'autre est défaillant, sous humain, mais aussi étrangement attirant (Kristeva, 1988). Nous appréhendons donc l'autre en fonction de représentations collectives (conscientes et inconscientes) de notre groupe d'appartenance qui se manifestent par ce que l'on appelle le sens commun. Par conséquent, nous attribuons à autrui des intentions souvent erronées, en étant convaincus de leur bien-fondé (Fermi, 1998). Précisons que nos représentations collectives ne proviennent pas uniquement de notre histoire lointaine, mais aussi d'événements plus récents.

La théorie de la troisième différence exposée ci-dessus permet de comprendre le rejet face à la différence, mais comment expliquer cette « fascination de l'exotisme » ? La peur et la fascination de l'étranger sont deux versants d'une même médaille. L'expérience du sentiment d'étrangeté est par nature ambivalente : menaçante, puisqu'elle entre en compétition avec ce qui nous est propre et fascinante puisqu'elle vient réveiller en nous des possibilités qui sont nouvelles, plus ou moins exclues de l'ordre de notre propre vie (Innerarity, 2009, cité dans Jacob, 2011). Des Auliers (2009, cité dans Jacob, 2011) explique bien en quoi la fascination ne permet pas une réelle rencontre avec l'autre :

Dans la fusion fascinateur comme mode de vie, il n'y a pas de place pour l'autre comme entité ; il n'y a de place pour l'autre qu'à la condition qu'il adhère à soi comme fascinant (...). Ainsi, ce qui fascine, *sui generis*, le *fascinans* ou le fascinateur, ne peut tenir compte du sujet qu'il attire, mais simplement de ce qui, en cet être « subjugué » participe de sa propre super-différenciation (p. 223).

La fascination serait donc une réponse à notre peur de l'autre, une recherche de sécurité dans notre rapport à l'autre qui se fait au détriment d'une véritable considération pour l'autre (Jacob, 2011).

1.2 La psychothérapie en contexte interculturel

Classiquement, les soins de santé ont été pensés en se centrant sur l'individu coupé de son contexte social et culturel. C'est en effet une position « universaliste » qui domine, position qui, partant du principe que tout être humain est confronté aux mêmes enjeux de base dans la construction de son psychisme, a tendance à laisser de côté la culture en tant que fondatrice de la psyché humaine (Sturm, 2011). Mentionnons toutefois aussi un autre courant important, popularisé notamment par les travaux de Kleinman sur la souffrance sociale, qui met en évidence la façon dont le contexte social (et culturel) peut s'incorporer à la souffrance individuelle (Lorillard, 2009). Ce courant met en garde contre une tendance de la psychiatrie à psychologiser les causes sociales d'un traumatisme. Par exemple, un trouble de stress post-traumatique ne devrait pas être traité uniquement comme un trouble qui s'inscrit dans la subjectivité d'un individu. Il est tout aussi important de prendre en compte la dimension collective et complexe du traumatisme et de le replacer dans son contexte historique, social et politique d'émergence (Kleinman et Desjarlais, 1994 ; Lorillard, 2009).

En parlant du contexte français, Guerraoui (2011) identifie des résistances à l'intégration de la culture dans les systèmes de soin sur les plans philosophique (conception universaliste de la nature humaine) ou idéologique (l'idée que tous les hommes sont égaux peut avoir pour effet un nivellement culturel, une tendance à minimiser les différences culturelles). La position universaliste est souvent appuyée par un discours politique qui défend l'égalité des soins sans l'éclairage d'une compréhension de la culture qui est plutôt appréhendée comme génératrice d'un risque d'exclusion des groupes minoritaires. Les auteurs clés de la psychiatrie interculturelle que je présente ci-dessous (Devereux et Moro principalement) reconnaissent l'universalité psychique, mais considèrent aussi les spécificités culturelles. Pour eux, si nous sommes tous confrontés aux mêmes grands enjeux humains, nous ne nous y confrontons pas tous de la même façon ou dans les mêmes termes.

Dans la section suivante, nous présentons quelques auteurs clés de la psychothérapie en contexte interculturel, puis évoquons certains enjeux spécifiques à la psychothérapie avec des patients appartenant à une minorité culturelle. Par la suite, nous expliquons pourquoi la psychothérapie et la culture ont souvent eu une relation tendue et établissons un tour d'horizon de l'état de la psychothérapie en contexte interculturel au Québec. Finalement, le concept de contre-transfert culturel, central dans cette thèse, et ses différents enjeux est présenté en détail.

1.2.1 Auteurs clés de la psychothérapie en contexte interculturel

La psychanalyse s'est intéressée dès son origine à la culture. Homme de culture, Freud avait beaucoup d'intérêt pour la mythologie, l'anthropologie et les textes des Anciens (Corin, 2010). À partir d'une intuition psychanalytique, il étend ses découvertes à la culture ou à l'inverse importe de la culture des idées susceptibles d'enrichir sa pensée psychanalytique (Corin, 2010). Plusieurs de ses textes en témoignent tels *Malaise dans la culture*, *Totem et Tabou* ou encore *Psychologie des masses et analyse du Moi*. Même si de nombreuses théories de Freud sur la culture s'avèrent aujourd'hui peu fondées, il n'en demeure pas moins qu'il a ancré une réflexion sur ce sujet dès la naissance de la psychanalyse. Toutefois, la priorité de Freud était de donner à la psychanalyse ses marques de noblesse en s'appuyant sur le respect accordé aux sciences. Cela l'a conduit à présenter ses idées comme universelles plutôt que liées à une culture spécifique (Msebele et Brown, 2011).

Après Freud, plusieurs auteurs ont apporté des contributions intéressantes sur le thème de la culture et de la psychanalyse. Franz Fanon (1925-1961) ou Octave Manoni (1899-1989) ont par exemple souligné que l'utilisation de la psychanalyse ne peut se passer d'une analyse rigoureuse du contexte politique où elle se déploie (Mestre et Moro,

2012). Le plus connu de ces auteurs et le fondateur de l'ethnopsychanalyse est sans aucun doute Georges Devereux (1908-1985). Son travail a ensuite été enrichi par Tobie Nathan et Marie-Rose Moro, aujourd'hui considérée comme la cheffe de file du mouvement d'ethnopsychanalyse en France. Puisque Moro a repris les idées centrales de Nathan (en particulier le dispositif groupal décrit ci-dessous) et que ces deux auteurs ont souvent collaboré, je ne m'attarderais pas sur la spécificité de la pensée de Nathan et me concentre ici sur celle de Devereux et Moro.

1.2.1.1 Devereux et l'ethnopsychanalyse

Devereux (1972, cité dans Rouchon, 2007) est le premier à s'être intéressé aux thérapies où thérapeute et patient ne proviennent pas de la même origine. Cet auteur postule une universalité psychique dans le fonctionnement, mais pas dans le contenu. Tout être humain est par exemple aux prises avec des conflits inconscients, mais la nature même de ces conflits peut diverger selon les cultures ou selon l'époque donnée. L'hypothèse de base du courant fondé par Devereux, l'ethnopsychanalyse, est la suivante : historiquement, la culture et l'esprit humain sont coémergents. Par conséquent, l'être humain se structure en interaction avec son système culturel d'appartenance et se définit donc aux niveaux biologiques, psychologiques et culturels (Devereux, 1972, cité dans Moro, 1998). Il est donc important de tenir compte de ces trois niveaux lorsque l'on aborde un patient. Pour ce faire, Devereux (1972, cité dans Moro, 1998) propose une méthode qu'il nomme le complémentarisme. Il s'agit de l'utilisation obligatoire, mais non simultanée de l'anthropologie et de la psychanalyse pour aborder un même fait clinique. Devereux (1951, cité dans Rouchon, 2007) expose par exemple le cas d'un patient amérindien qui voyait en son thérapeute un représentant des colons blancs responsables du génocide de son peuple (niveau anthropologique). Mais le thérapeute ne néglige pas pour autant la composante intrapsychique d'un transfert négatif, se demandant par exemple si, dans le transfert, il ne

pourrait pas aussi représenter un parent pour qui des sentiments de colère ou de haine ont été éprouvés dans le passé.

Cette double perspective anthropologique et psychanalytique est entre autres importante quand un patient présente des symptômes qui s'apparentent à un délire mystique ou de possession par des esprits. Le thérapeute devra essayer de savoir si dans la culture du patient, sa croyance est considérée comme normale. Un vrai délire devrait être accompagné d'autres symptômes dont un sentiment de lassitude, un retrait social ou encore une détérioration de la parole, ce qui ne serait pas le cas s'il s'agissait simplement d'une croyance religieuse (Pierre et al., 2010).

Le complémentarisme conduit ainsi à plusieurs hypothèses étiologiques et fournit un sens autant culturel qu'individuel à un trouble. Sa méthode paraît donc relativement simple, mais sa mise en place en clinique peut être complexe. Fermi (1998) évoque par exemple le risque de porter trop d'attention aux matériaux culturels au détriment des pulsions inconscientes. Stitou (2007) critique le complémentarisme de Devereux, car il semble enfermer l'humain dans une logique binaire. Il y aurait d'un côté l'inconscient idiosyncratique et de l'autre l'inconscient ethnique, ce qui peut conduire à certaines dérives.

Devereux a innové du point de vue méthodologique, mais n'a toutefois pas modifié le cadre de la cure qui reste celui de rencontres individuelles, avec ou sans divan (Moro, 1998). Par contre, ses successeurs, dont Nathan et Moro, proposent un dispositif groupal qui est parfois plus adapté aux patients migrants.

1.2.1.2 Moro et le dispositif groupal

Dans ce dispositif, le groupe est constitué du patient, des membres de son entourage et de plusieurs thérapeutes. Cet agencement permet de trouver un compromis entre une étiologie purement collective et familiale de la maladie (où le patient n'aurait même pas besoin d'être présent) et une étiologie individuelle (Moro, 1998). Un deuxième argument au dispositif de groupe est que souvent, la relation duelle est perçue comme intimidante (Baubet et Moro, 2009). Le patient sera plus en confiance s'il est entouré de ses proches. Il peut donc se rendre en thérapie accompagné de toutes les personnes qu'il souhaite (parfois, cela peut être plus de dix).

Le thérapeute principal est appuyé par d'autres thérapeutes provenant de diverses origines. Ainsi, dans ce groupe multiethnique, la distance entre patient étranger et thérapeute provenant de la culture majoritaire s'estompe (Baubet et Moro, 2009). Cette diversité d'origine incarne un métissage, une matérialisation de l'altérité au sein même de la consultation thérapeutique. Un espace intermédiaire ou transitionnel au sens de Winnicott (1951) est ainsi créé, espace qui n'est ni la société d'accueil ni le pays d'origine. À partir de ce qui est évoqué par le patient ou sa famille, les thérapeutes vont associer avec des expériences personnelles, des proverbes ou des histoires tirées de leur propre culture, montrant ainsi qu'en ce lieu, différentes visions du monde peuvent s'exprimer ouvertement. C'est ce qui fait dire à Moro (2004, cité dans Rouchon, 2007) que l'altérité, au lieu d'être un obstacle à la compréhension entre patient et thérapeute, devient un levier thérapeutique.

Une autre particularité de ce dispositif groupal est que les séances s'organisent dans un premier temps autour du discours sur le patient pour passer ensuite au discours du patient (Moro, 1998). Ajoutons aussi que ce dernier a toujours la possibilité d'utiliser sa langue maternelle, ce qui implique souvent la présence d'un interprète. Il convient

de préciser que le recours au groupe n'est pas automatique avec tous les patients migrants. Moro (1998) avance que son dispositif est à géométrie variable. Très souvent, des rencontres individuelles vont alterner avec des rencontres familiales. Ce n'est pas parce qu'une personne est migrante que ses enjeux principaux tournent forcément autour de la culture. Parfois, une thérapie classique sera appropriée.

Tous les aménagements proposés par Moro (1998) visent à réduire la distance culturelle entre patients et thérapeutes. Ainsi, les risques que le transfert du patient et que le contre-transfert du thérapeute soient teintés d'incompréhension et de déformations ethnocentriques sont minimisés. Pour Moro (2009), le décentrage et l'analyse du contre-transfert culturel (voir Section 1.2.5) sont les mécanismes les plus précieux de la pratique interculturelle, mais sont aussi les plus difficiles à acquérir. Le décentrage culturel permet entre autres de suspendre un diagnostic trop rapide qui serait fait à partir de catégories diagnostiques occidentales. L'outil complémentariste joue également un rôle central puisqu'il favorise une multitude d'hypothèses étiologiques, une composante essentielle de cette approche (Moro, 2009).

Par ailleurs, Moro (2009) souligne l'importance d'effectuer une réflexion autour des techniques d'entrevue. Certaines questions porteuses d'implicites peuvent être vécues comme « violentes, intrusives, déplacées, saugrenues, mais aussi parfois impolies, car elles ne respectent pas les règles culturelles de l'échange : ordre des générations, différence des sexes, place respective des enfants et des adultes (...) » (Moro, 2009, p. 219). Plutôt que de poser des questions, il est parfois plus judicieux de proposer ses propres représentations pour permettre qu'un récit se déroule au rythme du patient.

1.2.2 Enjeux de la psychothérapie avec des patients appartenant à une minorité culturelle

La différence culturelle peut se situer à différents endroits en psychothérapie. Il arrive de plus en plus fréquemment que le thérapeute ait une identité *métissée* (Moro, 1998) dans le sens qu'il n'a pas qu'un seul référent culturel. Toutefois, concentrons-nous ici sur la situation encore la plus courante au Québec, soit le cas de figure où le patient provient d'une minorité culturelle et où le psychologue est perçu et se perçoit comme appartenant à la culture majoritaire. La situation de chaque patient peut présenter des enjeux spécifiques : les enfants d'immigrants, les immigrants récents avec une résidence permanente, les réfugiés (dont des personnes ayant vécu des traumatismes de guerre), les personnes sans statut légal, les personnes appartenant à une minorité facilement identifiable, par exemple par la couleur de peau, les immigrants ne maîtrisant pas encore le français ou l'anglais, les immigrants francophones et blancs, les adoptés internationaux, etc.

Dans chacune de ces situations, ces personnes (appelons-les minorités culturelles même si ce terme ne reflète pas la diversité des situations et laisse faussement supposer une réalité commune) peuvent présenter des enjeux qui leur sont propres : des enjeux culturels proprement dits (par exemple une langue ou des visions du monde qui diffèrent de celle de leur thérapeute, créant des incompréhensions), des enjeux liés à l'immigration (la nostalgie du pays d'origine, la perte de repères, l'histoire migratoire qui a pu comporter des éléments traumatiques), des questionnements identitaires (par exemple chez les enfants d'immigrants) ou encore un vécu de discrimination. Toutes ces personnes ont forcément une identité *métissée* rendue possible parce que les systèmes culturels et psychiques sont fondamentalement dynamiques. Ils peuvent donc se métisser, se modifier au contact d'autres cultures et ainsi offrir la possibilité de fonctionner dans plusieurs logiques culturelles sans devoir renoncer à aucune d'elle (Baubet et Moro, 2009). Notons que ce processus de métissage culturel ne concerne pas uniquement les immigrants, mais aussi la société d'accueil, dans une moindre mesure.

Les enfants de migrants sont dans une situation qui mérite une attention particulière. Moro (1998) insiste sur la vulnérabilité spécifique de ces enfants. En France, ils sont en effet sujets à un taux d'hospitalisation plus élevé et à davantage de difficultés scolaires. Moro (1998) avance que « la complexification du bain culturel va engendrer de la confusion, des paradoxes et des conflits de loyauté [...] » (p. 91). Une des causes majeures de la vulnérabilité de ces enfants provient de la nécessité de se construire et de se structurer sur des mécanismes de clivage. En effet, ils auront tendance à séparer leur double référentiel, celui de l'école et celui de la maison. Leur fragilité est également liée à celle de leurs parents pour qui l'immigration peut s'accompagner de nombreux deuils et difficultés. Pour certains parents en manque de repères, il peut être difficile de donner à leurs enfants des clés pour comprendre et interpréter le monde qui les entoure. Il est toutefois important de nuancer cette vision qui peut sembler pessimiste pour ces enfants. Cette vulnérabilité initiale peut devenir un atout. L'instabilité provoque du mouvement : tout est précaire, mais tout reste possible (Moro, 1998). En fait, même dans des situations particulièrement difficiles comme l'exil politique, la migration amène de nombreux apprentissages, peut comporter une dimension affective positive et contribuer, par exemple, au sentiment d'accomplir un rite d'initiation vers l'âge adulte (Guilbert, 2005). Il est donc possible et même fréquent de dépasser les conflits identitaires et de se construire une identité métissée capable de porter la culture d'origine et la culture d'accueil de façon riche, complexe et créative (Niwemugeni, 2018).

1.2.3 Psychothérapie et culture : une relation tendue

L'ethnopsychanalyse est une discipline qui a suscité dès son origine de nombreuses controverses (Nathan, 2000). On lui reproche, entre autres, d'enfermer les migrants dans leur culture et de laisser trop de place aux rituels culturels propres à une culture

(par exemple le recours à des guérisseurs), ce qui ne rendrait pas justice à l'identité métissée des migrants (Nathan, 2000). Notons aussi que l'ethnopsychiatre et plus spécifiquement l'ethnopsychanalyse ne sont pas des approches uniformes et qu'il y a différents courants en leur sein dont certains sont inévitablement plus critiqués que d'autres (Pocreau et Martins Borges, 2006). Comme mentionné à la section 1.1.3 (culture et conflits psychiques), certaines caractéristiques de la psyché humaine (par exemple la menace que la différence culturelle fait peser sur notre identité) permettent en partie de comprendre la résistance de la psychanalyse (et plus largement de la psychologie) face aux approches culturelles.

De plus, le problème résiderait aussi dans le constat que le domaine de la santé mentale resterait largement ethnocentré. Dans les approches thérapeutiques traditionnelles, les remarques raciales et ethniques des patients ont longtemps été considérées uniquement comme des déplacements de conflits sous-jacents. Le rôle du thérapeute était donc de les interpréter comme des défenses et des résistances (Evans, 1985 cité dans Comas-Díaz, 1991). D'après Leary (2000, cité dans Ainslie et al., 2013), le passage à l'acte racial le plus commun dans le travail psychanalytique est le silence sur les enjeux raciaux chez les psychanalystes. Le passage à l'acte racial est défini par Leary (2000) comme une séquence d'interactions qui actualisent des attitudes envers la race et la différence dans une situation clinique. Le silence peut donc, paradoxalement, être un passage à l'acte puisque c'est par lui que se manifesterait le plus souvent le positionnement du clinicien envers ces questions.

Selon Draguns (1989, cité dans Stampley et Slaght, 2004), la culture est le participant silencieux de toute thérapie. Encore aujourd'hui, dans certains milieux, il est jugé hétérodoxe de considérer que le statut d'immigrant d'un analyste puisse être significatif, car il s'agirait d'une circonstance sociale ou environnementale (un contexte) qui voilerait d'autres enjeux (Ainslie et al., 2013).

En outre, le peu d'attention portée à la question de la migration pourrait avoir son origine dans l'histoire de la psychanalyse. Il semblerait qu'il ait fallu attendre Nathan (1986, cité dans Moro, 1998) pour que des psychanalystes s'intéressent à l'impact de la migration dans une vie ou plus spécifiquement dans une relation thérapeutique. Ceci est surprenant quand on pense que l'immigration est au cœur de l'histoire de la psychanalyse. En effet, Freud a fui sa Vienne natale pour Londres afin d'échapper aux persécutions nazies et beaucoup d'autres psychanalystes juifs ont été forcés d'émigrer aux États-Unis. En plus d'avoir dû composer avec une identité mortifère dans leur pays d'origine, perdu certains de leurs proches et perdu leurs communautés, ces analystes ont fait l'expérience d'un accueil ambivalent dans leur pays adoptif. Afin d'acquérir un sentiment de sécurité, beaucoup ont abandonné certaines traditions sociales, culturelles et politiques qui étaient inhérentes au mouvement psychanalytique en Europe (Jacoby, 1986, cité dans Ainslie et al., 2013). C'est également vrai pour d'autres analystes immigrants tels que Masud Khan, qui n'a jamais écrit sur son expérience d'immigrant, même si son pays, le Pakistan, était ravagé par un conflit. Aujourd'hui, il est clair qu'une des conséquences de la dislocation de la diaspora psychanalytique est la suivante : les immigrants analystes ont négligé des thèmes pourtant présents dans leur vie, à savoir les difficultés de l'expérience migratoire, ses conséquences psychologiques et son influence dans la relation thérapeutique (Ainslie et al., 2013).

Enfin, certains excès ont probablement contribué à la méfiance vis-à-vis des approches transculturelles. On pense par exemple au culturalisme dont les théories cherchent à définir des propriétés psychologiques propres à tel ou tel groupe (Moro, 2002).

Malgré cette relation tendue, on observe aujourd'hui un intérêt croissant à l'intégration de la culture à la clinique psychanalytique. Cela pourrait s'expliquer par une tendance générale de la psychanalyse que l'on retrouve particulièrement aux États-Unis, le courant intersubjectif. Ce courant, qui insiste sur le phénomène de co-construction entre thérapeute et patient, a contribué à une ouverture de la psychanalyse aux questions

culturelles (Bonovitz, 2005), car il situe l'individu au sein de ses contextes culturels et historiques (Protter, 1985 ; Mitchell, 1993 ; Cushman, 1995 ; Stem, 1997 ; Hoffman, 1998, cité dans Bonovitz, 2005).

Toutefois, cet intérêt croissant ne se reflète souvent pas dans les formations des psychologues ou des psychanalystes. Au Québec, les cours sur la psychothérapie en contexte interculturel ne sont pas obligatoires dans le cursus universitaire en psychologie. Plus spécifiquement, il est rare que les questions d'identité raciale, de discrimination ou du « privilège blanc » soient abordées durant les formations de psychologues et les supervisions (Hays et Chang, 2003).

1.2.4 La psychothérapie en contexte interculturel au Québec

Il est difficile d'avoir un regard clair et complet de la psychothérapie en contexte interculturel au Québec. Une première difficulté provient de la diversité des appellations utilisées. Pour Lecomte, Jama et Legault (2006), l'ethnopsychiatrie pourrait être considérée comme un terme générique de toutes les pratiques en situation interculturelle. Toutefois, cette vision est loin de faire l'unanimité. Fermi (2002) souligne par exemple que le terme d'ethnopsychiatrie est souvent utilisé de façon interchangeable avec le terme d'ethnopsychanalyse, ce qui contribue à une certaine confusion puisque la psychanalyse et la psychiatrie sont deux disciplines à part entière. Pour Baubet et Moro (2009), c'est le terme de psychiatrie culturelle qui s'impose actuellement pour rendre compte de travaux situés de manière variable dans une perspective ethnomédicale et/ou anthropologique. Par ailleurs, les termes de clinique/psychologie/approche interculturelle/transculturelle/culturelle sont aussi fréquemment utilisés et pourraient être entendus comme des appellations génériques des formes de thérapies tenant compte de l'altérité culturelle.

Selon Lecomte et al. (2006), il y aurait au Québec principalement deux courants qui s'appliquent à faire de la psychothérapie en tenant compte de la culture : l'ethnopsychanalyse et la psychiatrie transculturelle. Comme son nom l'indique, le terme d'ethnopsychanalyse suggère une filiation bilinéaire produite par l'alliance de l'ethnologie et de la psychanalyse (Fermi, 2002). Cette discipline a été fondée par Georges Devereux, puis a été représentée par Tobie Nathan et Marie-Rose Moro (voir section 1.3.2). Il s'agirait d'une discipline autonome, même si pluridisciplinaire (Lecomte et al., 2006). Dans un article écrit en 2006, Lecomte et al. considéraient que l'ethnopsychanalyse était minoritaire au Québec, mais qu'elle donnait tout de même lieu à des expériences très riches à la clinique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon (à Montréal), dans un lieu de pratique de l'Université Laval (à Québec) et à la clinique transculturelle de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (à Montréal).

La psychiatrie transculturelle conserve quant à elle les modalités d'intervention de la psychiatrie conventionnelle, mais tenterait de s'adapter à la culture des personnes qui consultent, notamment en améliorant les « compétences culturelles » des intervenants. Cette pratique, centrée sur l'interprétation du discours culturel des patients a surtout été explorée et développée dans le monde anglo-saxon (Lecomte et al., 2006). D'après Lecomte et al. (2006), la psychiatrie transculturelle était, en 2006, exercée à l'Hôpital général de Montréal et à l'Hôpital général juif.

Notons que cette tentative de diviser la pratique en contexte interculturel au Québec en deux principaux courants reste très aléatoire. Il semblerait qu'il y ait beaucoup d'échanges entre les différents intervenants œuvrant dans ce domaine. Par ailleurs, l'Institut universitaire SHERPA est un acteur incontournable dans l'avancement des connaissances et le développement de meilleures pratiques en matière d'intervention de première ligne en contexte de pluriethnicité, notamment dans son partenariat avec *l'Équipe Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et en Services Sociaux* (METISS) hébergée par le CIUSSS-du-Centre-Ouest-de-l'Ile-de-Montréal. Il y a donc

au Québec plusieurs personnes et groupes très actifs dans la recherche et la transmission de connaissances sur la clinique en milieu interculturel.

1.2.5 Le contre-transfert culturel

Dans cette section, nous définissons le contre-transfert et plus spécifiquement le contre-transfert culturel et donnons un exemple de contre-transfert culturel collectif. Nous présentons également quelques réactions de contre-transfert culturel fréquentes et donnons quelques pistes pour l'analyse du contre-transfert culturel.

1.2.5.1 Définition du contre-transfert et du contre-transfert culturel

Il existe une multitude de définitions du contre-transfert. Ce terme apparaît officiellement pour la première fois dans les écrits de Freud en 1910, dans « Perspectives d'avenir de la thérapie analytique » (Denis, 2010). Il avance que le contre-transfert surgit chez le clinicien par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. Il est donc suscité par le patient et la tâche de l'analyste est de dominer son contre-transfert conceptualisé essentiellement comme de l'ordre de la tentation érotique. Le contre-transfert est donc reconnu comme fondamental, mais nuisible et l'analyste est encouragé à s'autoanalyser afin de s'en libérer (Denis, 2010). À partir de cette première conceptualisation de Freud, deux courants principaux se dégagent : une vision classique, et une vision totalistique (Hayes, Gelso, Goldberg, et Kivlighan, 2018).

Dans sa définition classique, le contre-transfert est compris comme une réaction du thérapeute au transfert du patient. Des conflits irrésolus chez le clinicien sont activés par le transfert du patient et se manifestent sous différentes formes (affectives, comportementales, somatiques et cognitives). Ces manifestations sont considérées, à

l'instar de Freud, comme des obstacles au traitement. Avec cette définition vient l'idée que le contre-transfert devrait être éradiqué et qu'il correspond à des taches aveugles, soit à des failles dans l'analyse personnelle de l'analyste.

Les adeptes d'une conception totalistique du contre-transfert (dont Heimann, 1960 ; Kernberg, 1965 ; Little, 1951, cité dans Froté et Bouchard, 1994) le définissent comme l'ensemble des réactions du thérapeute face au patient. Le contre-transfert est alors considéré comme un outil thérapeutique potentiel. Le clinicien utilise ses réactions afin de mieux comprendre son patient et l'effet que ce dernier peut avoir sur autrui. Pour Paula Heimann, le contre-transfert est avant tout « une création du patient » (Froté et Bouchard, 1994). Cette vision du contre-transfert passant d'obstacle à instrument, mais venant exclusivement du patient a été largement relayée, conduisant ainsi une vision d'un analyste qui n'aurait pas à se questionner sur ses propres enjeux (Hayes et al. 2018).

Il est souvent reproché à la vision classique d'être trop restrictive et à la vision totalistique de perdre l'essence de cette notion qui n'aurait plus lieu d'être puisqu'elle devient un synonyme des « réactions du thérapeute ». Gelso et Hayes (1998, 2007, cité dans Hayes et al., 2018) ont donné une définition du contre-transfert visant à prendre les éléments les plus pertinents de ces deux visions. Selon eux, le contre-transfert correspond aux réactions internes (par exemple des réactions émotionnelles comme l'ennui ou l'anxiété) et externes du clinicien (par exemple certaines actions comme d'être excessivement strict avec le cadre), impliquant des conflits irrésolus, habituellement inconscientes, mais pas toujours. Les conflits irrésolus sont donc fondamentaux dans les réactions contre-transférentielles, mais ils ne sont pas vus nécessairement comme nuisibles. De plus, cette définition se ne limite pas à une réaction au transfert du patient, mais inclut aussi la réaction au style de personnalité du patient, au contenu actuel d'une séance ou encore à l'apparence physique du patient (Hayes, Nelson et Fauth, 2015, cité dans Hayes et al., 2018). Par ailleurs, ces auteurs partent du principe que le contre-transfert est inévitable puisqu'il n'est pas possible de ne plus avoir de conflits irrésolus.

Froté et Bouchard (1994) sont en accord avec Hayes et al. (2018) lorsqu'ils soulignent l'importance, dans le contre-transfert, de l'expérience interne du clinicien, expérience dont l'origine est à chercher dans son histoire passée. Toutefois, pour eux, le contre-transfert est uniquement inconscient. Froté et Bouchard (1994) n'évacuent pas l'influence du patient sur le contre-transfert, mais affirment que cette influence est secondaire par rapport à l'histoire de l'analyste. Ce sont donc les expériences passées de l'analyste, actualisées dans sa rencontre avec son analysant, qui forment, selon eux, le véritable organisateur de la réponse contre-transférentielle (Froté et Bouchard, 1994).

Dans cette recherche, je me tiens à une définition large (totalistique) du contre-transfert, celle de Devereux : le contre-transfert constitue « la somme des réactions conscientes et inconscientes que tout thérapeute et/ou chercheur en sciences humaines va avoir à l'égard de son patient et/ou de son objet de recherche (Devereux 1980, cité dans Rouchon, 2007, p. 132). Je considère aussi que le contre-transfert est potentiellement un levier thérapeutique, mais que non élaboré, il peut nuire, notamment lorsqu'il est de nature culturelle (Rouchon, 2007).

Le contre-transfert culturel se définit selon Fermi (1998) comme un contre-transfert provoqué par des éléments culturels. Pour Moro (1994, cité dans Rouchon, 2007), il s'agit des réactions du clinicien aux affiliations de son patient. Il a une dimension individuelle, mais aussi collective, puisqu'une part de ces réactions correspond aux « réactions du collectif qui est en nous au collectif qui est en l'autre » (Rouchon et al., 2010, p. 82). C'est une notion qui se situe donc au carrefour de l'individuel et du collectif (Moro 2004, cité dans Rouchon et al. 2010).

Ces réactions sont obligatoires, car tout homme est être de culture, et nécessaires, car la culture dispense sens et identité (Rouchon, 2007). Leur caractère obligatoire ne les empêche pas d'être parfois très fortes, voire même violentes. Il est donc crucial de pouvoir les identifier et les analyser afin d'éviter de nuire à la thérapie. Ces réactions sont déterminées par de multiples facteurs : la personnalité du thérapeute (son âge, son

sexe, son histoire analytique, etc.), son identité professionnelle, l'histoire, la politique et bien sûr son appartenance sociale et culturelle (Rouchon et al., 2010).

1.2.5.2 Un exemple de contre-transfert culturel collectif

Rouchon et al. (2010) présentent un cas clinique qui illustre le contre-transfert culturel collectif. En présence d'une mère africaine et d'un père français, tous les thérapeutes étaient habités par la fantaisie que la mère avait épousé le Français pour obtenir un permis de séjour. Ils ont puisé dans un stock commun de représentations collectives stéréotypées et intériorisées (ici en lien avec l'histoire récente et des débats autour de l'immigration en France). Les thérapeutes se sont donc rendu compte qu'ils ne pouvaient accorder leur confiance au couple parental qui, dans leur imaginaire, ne tenait de toute façon pas la route. Il leur était donc difficile d'être à l'écoute de leurs besoins et de leur apporter un réel soutien (Rouchon et al., 2010).

Cette illustration clinique démontre bien l'importance de détecter et d'élaborer le contre-transfert culturel. Faute de quoi, différents écueils peuvent survenir : rupture du lien thérapeutique, passage à l'acte du thérapeute et même contrôle social et racisme institutionnel (Rouchon, 2007). Dans cet exemple, les représentations des thérapeutes semblent préconscientes, voire conscientes. Il leur a donc été facile d'y accéder. Il est en revanche beaucoup plus difficile de détecter un contre-transfert inconscient. Le dispositif groupal semble être une des meilleures façons de mettre le doigt sur ce type de contre-transfert, car il offre l'opportunité de discussions très riches entre collègues (Kaës, 2005, cité dans Rouchon, 2007 ; Moro, 1992).

1.2.5.3 Réactions de contre-transfert culturel fréquentes en clinique

Dans sa thèse sur le contre-transfert culturel, Rouchon (2007) évoque trois différents types de réactions contre-transférentielles liées aux affiliations du patient : le déni de la différence culturelle, le déni de l'ambivalence du patient à son référentiel culturel et une curiosité excessive pour la culture du patient (fascination de l'exotisme). Ces exemples sont bien sûr des généralités assez approximatives, chaque situation transféro-contre-transférentielle étant unique et non généralisable, mais ils demeurent éclairants. Par ailleurs, certaines émotions semblent aussi fréquemment ressenties (culpabilité, pitié, agressivité) et certains préjugés qui viennent de la société peuvent habiter les thérapeutes. Finalement, le psychologue peut aussi avoir des réactions contre-transférentielles liées aux rapports de pouvoir avec son patient.

➤ Déni de la différence culturelle

Le contre-transfert culturel peut tout d'abord prendre la forme du déni de la différence culturelle ou, de façon moins extrême, de son évitement. Le thérapeute traitera alors tous ses patients comme s'ils avaient le même bagage culturel que lui (Comas-Diaz et Jacobsen, 1991) et confondra l'altérité culturelle avec l'altérité psychiatrique (Nathan, 1986), par exemple en prenant pour du délire une croyance habituelle et normale dans le cadre culturel d'un patient. Ce déni concerne aussi la réalité externe du patient, notamment un éventuel vécu de discrimination ou un parcours migratoire difficile (Moustache, 2006, cité dans Rouchon, 2007). De plus, le thérapeute ne pensera pas non plus à l'interroger sur les représentations culturelles de son trouble. Si la culture est en général très peu abordée en clinique, le sujet de la couleur de peau semble être encore plus dénié. Pourtant, d'après Tummala-Nara (2007), c'est un thème souvent politiquement incorrect et délicat qui gagnerait beaucoup à être abordé en clinique, car

il peut par exemple aider le patient à accéder à des souvenirs d'expériences traumatiques.

L'évitement des questions raciales⁴ s'acquiert tôt. Une étude d'Apfelbaum, Pauker, Ambady, Norton et Sommers (2008, cité dans Msebele et Brown, 2011) conduite avec des enfants blancs étatsuniens a montré qu'à partir de dix ans, ceux-ci avaient internalisé la norme sociale de ne pas voir la race. En effet, très tôt, les enfants comprennent que « cela ne se fait pas » de parler des races, non seulement de façon positive ou négative, mais même de façon neutre. À l'instar de ces enfants, certains thérapeutes ont peur de paraître habités par des préjugés raciaux. En effet, dans beaucoup de milieux, dont celui des psychologues, exprimer une pensée qui pourrait passer pour du racisme (voire simplement évoquer un malaise par rapport à une différence culturelle) est politiquement incorrect. Pour cette raison, ces derniers sont obligés d'exercer un contrôle strict de toutes leurs paroles, souvent au détriment de la thérapie (Holmes, 1999). D'après Msebele et Brown (2011), leur manque de spontanéité peut même les conduire à donner l'impression d'être peu sympathiques et peu préoccupés par leurs patients.

Dans le monde anglo-saxon, ce déni de la différence culturelle est souvent conceptualisé par le terme d'aveuglement culturel (Neville, Awad, Brooks, Flores, et Bluemel, 2013), une idéologie qui dénie les différences raciales, culturelles ou ethniques et ne reconnaît pas l'existence du racisme systémique et du privilège blanc (Neville et al., 2013). Au lieu de réduire les préjugés, elle les amplifie et contribue ainsi à perpétuer les inégalités ethnoraciales (Correll, Park, et Allegra Smith, 2008). Cette forme de racisme serait en augmentation dans notre société et aurait un effet

⁴ Les études américaines utilisent relativement souvent le terme « race ». Je l'ai donc repris ici.

particulièrement nuisible quand elle est adoptée dans le cadre d'une psychothérapie (Whitley et Kite, 2009, cité dans Neville et al., 2013).

➤ Dénier de l'ambivalence du patient à son référentiel culturel

Une autre réaction contre-transférentielle typique consiste à dénier l'ambivalence du patient à son référentiel culturel (Rouchon, 2007). Ce dernier se voit réduit à sa culture (réification de l'étranger). Le thérapeute sera par exemple persuadé qu'il croit aux théories étiologiques de sa culture (par exemple la sorcellerie), quand ce n'est pas forcément le cas. D'une part, il existe une diversité de croyances au sein d'une même culture et d'autre part, ce patient est un migrant qui s'est certainement en partie approprié certains aspects de sa culture d'accueil (métissage culturel).

➤ Curiosité excessive pour la culture du patient et fascination de l'exotisme

Le thérapeute peut faire preuve d'une *curiosité excessive pour la culture du patient, dans une sorte de fascination* de l'exotisme (Devereux, 1953, dans Rouchon, 2007). Il cherche alors à s'informer au sens anthropologique sur la culture de son patient. Ses motivations ne sont plus de l'aider, mais de satisfaire sa curiosité. Cette fascination, comme mentionné dans la section 1.1.3 (culture et conflits psychiques) a pour effet de nuire à une rencontre authentique avec l'autre.

Outre ces trois réactions communes, Rouchon (2007) mentionne aussi des émotions fréquemment ressenties : la culpabilité (pensons par exemple à un thérapeute québécois face à un Amérindien ou plus généralement un Occidental bien nanti face à une personne provenant d'un pays beaucoup plus pauvre), la pitié, et bien sûr l'agressivité. Cette dernière émotion découle entre autres de la réactivation d'angoisses primitives suscitées par la confrontation à la différence culturelle, la troisième différence de Kaës (1998). Comas-Diaz et Jacobsen (1991) avancent aussi que les sentiments de

culpabilité et de pitié peuvent être l'expression d'une impuissance politique qui s'infiltrerait dans la relation thérapeutique.

Par ailleurs, le thérapeute n'échappe pas à toutes sortes de stéréotypes et préjugés qui viennent de la société. Kim (2012) a par exemple constaté que les thérapeutes blancs ont tendance à vouloir amener leurs patients asiatiques à moins travailler, comme s'ils souhaitaient contrer la volonté de performer encouragée par leur culture.

Finalement, des questions autour des rapports de pouvoir ne manquent pas d'émerger dans une relation thérapeutique interculturelle. En effet, le traitement de patients culturellement différents éveille des problématiques de domination et de soumission, en particulier entre des thérapeutes blancs et des patients provenant de minorités culturelles (Bonovitz, 2013). La relation thérapeutique est par essence asymétrique. Même dans un contexte intraculturel, le thérapeute détient un certain pouvoir (le fameux « supposé savoir » de Lacan). Mais lorsque le thérapeute est blanc et que le patient est noir par exemple, les rapports de pouvoir peuvent être particulièrement forts. De plus, un thérapeute blanc privilégié pourrait par exemple ne pas se sentir légitime d'aider un réfugié, car il n'a jamais dû affronter une telle adversité dans sa vie. Il pourrait aussi facilement ignorer ses privilèges et se considérer en dehors des hiérarchies raciales qui pourtant structurent de nombreuses expériences de vie (Msebele et Brown, 2011). Il aura alors tendance à se sentir le seul agent de sa réussite et ne tiendra pas compte de certains avantages préétablis. Il est donc fondamental que le thérapeute soit conscient de l'histoire qui lie sa communauté à celle de son patient ainsi que des enjeux de pouvoir, des privilèges ou des discriminations qui existent actuellement dans la société.

1.2.5.4 Analyse du contre-transfert culturel

Il est très difficile de tracer une ligne claire entre le contre-transfert « général » (provoqué par l'ensemble des caractéristiques du patient et lié à l'individualité du thérapeute) et le contre-transfert culturel (provoqué par les affiliations du patient et en partie commun à tous les thérapeutes d'une culture face à une culture spécifique). En effet, nous incorporons les représentations collectives de notre système socioculturel et nous les investissons à partir de nos propres traits de personnalité. Il est donc difficile de distinguer ce qui relève du culturel ou de l'individuel puisque ces deux aspects sont intimement intriqués. Quoi qu'il en soit, il reste pertinent de tenter de s'interroger spécifiquement sur les éléments culturels de notre contre-transfert.

Rouchon (2007) avance que l'analyse du contre-transfert culturel devrait commencer avant même de rencontrer un patient : le clinicien devrait se demander quelle est sa façon habituelle d'appréhender l'autre différent. Cela passe tout d'abord par un questionnement sur l'étranger, le mystérieux, l'inconnu en dedans de lui, bref sur son inconscient auquel il peut éventuellement avoir en partie accès lors d'une analyse personnelle. De plus, Rouchon (2007) et Fermi (1998) recommandent au thérapeute de réfléchir à son rapport à sa propre culture : quels sont ses propres marques et repères dans le foisonnement des représentations idéologiques, politiques et des idéaux offerts par la société ? Il est bien sûr également important qu'il s'interroge sur sa relation aux autres cultures. Quelles ont été ses réactions lors d'expériences préalables avec des personnes venant d'ailleurs (travail à l'étranger par exemple) ? A-t-il des éléments migratoires dans son histoire personnelle et familiale ? Pourquoi s'intéresse-t-il à la thérapie en milieu interculturel ? Il serait aussi souhaitable qu'il se questionne sur ses expériences passées de clinique transculturelle : comment avait-il appréhendé les éléments culturels ? Finalement, il pourrait aussi essayer de déterminer quelle place il donne à l'autre différent, que ce soit culturellement, mais aussi socialement, physiquement et psychiquement (Rouchon,

2007). En effet, le clinicien ne devrait pas omettre de se questionner sur sa culture au sens large, ce qui inclut son identité professionnelle et son milieu socio-économique. Pour résumer, il s'agit donc de s'interroger sur son rapport à sa propre culture ainsi qu'à l'étranger. Ces deux questionnements sont d'ailleurs intimement liés et se soutiennent mutuellement puisque c'est uniquement par la confrontation à la différence que l'on peut mettre en perspective notre rapport à notre propre culture (Kaës, 1998).

C'est donc après cet effort d'introspection qu'un thérapeute pourra espérer aborder un patient d'une autre culture avec moins de zones aveugles. La majorité de l'analyse du contre-transfert culturel se fera bien sûr après la rencontre avec un patient, lors de supervisions. En effet, un psychologue a besoin d'une référence tierce pour pouvoir identifier ses réactions contre-transférentielles (Rouchon, 2007 ; Kaës, 1998). À l'aide d'un superviseur ou d'autres membres de l'équipe soignante, il se posera des questions telles que : qu'est-ce que l'autre engendre en lui ? De quelle manière s'engage-t-il avec lui ? Que pense-t-il avoir engendré chez l'autre ? Etc. S'il se sent démuni face à un patient qu'il ne parvient pas à comprendre, il pourrait même s'avérer judicieux (quoique souvent difficile sur le plan pratique), comme le préconisait Devereux, d'avoir recours à un anthropologue, un sociologue ou même un historien afin d'élargir sa vision de son patient. Ce travail d'autoréflexion et d'exploration de soi devrait bien sûr aussi être fait par les superviseurs (Stampley et Slaght, 2004) afin qu'ils puissent accompagner au mieux leurs supervisés.

1.3 Être psychologue et immigrant

Dans cette section, nous présentons les connaissances actuelles (encore peu nombreuses) entourant la situation des psychologues issus de minorités culturelles et exposons quelques réactions contre-transférentielles fréquentes chez ce groupe de professionnels.

1.3.1 Les psychologues issus de minorités culturelles

Aujourd'hui, de plus en plus de cliniciens sont *métissés* (Moro, 1998), dans le sens qu'ils n'ont pas qu'un seul référent culturel. Un client qui désire suivre une thérapie en bureau privé en arabe, espagnol, cantonais, arménien, hébreux ou persan peut consulter le site de l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ) et trouver des locuteurs de ces langues. Toutefois, une recherche par la langue des professionnels en bureau privé ne donne aucun résultat pour l'hindi, le vietnamien ou encore le mandarin. De plus, d'après le moteur de recherche de l'OPQ, seuls deux psychologues en bureau privé parlent créole. Une recherche par la langue de l'ensemble des psychologues du Québec (y compris ceux qui travaillent en institution) n'est malheureusement pas disponible sur le site de l'OPQ. Mais le registre alphabétique de ces psychologues témoigne d'une grande diversité d'origines, comme le suggèrent les premiers noms qui apparaissent à la lettre « A » : Aardema, Abbas, Abbondanza, Abelé, Abenhaim, Abram, Acevedo Ossa, Achille et Achim (site de l'OPQ).

Malgré cette apparente diversité dans les origines des noms, il est fort probable que les psychologues issus de minorités culturelles soient sous-représentés au Québec, comme aux États-Unis (Pack-Brown, 1999, dans Hays et Chang, 2003). Ils peuvent être confrontés à différentes formes de discrimination qui leur rendent plus difficile l'accès à la profession de psychologues (Msebele et Brown, 2011). Par exemple, les étudiants latino-américains représentent une minorité dans les programmes universitaires de psychologie aux États-Unis, et ce malgré des efforts pour les recruter (Chamorro, 2004). Par ailleurs, les psychologues noirs rencontrent encore des superviseurs qui sont incapables ou qui refusent de valider leurs expériences de discrimination (Msebele et Brown, 2011). De plus, des thérapeutes noirs qui travaillent avec des patients blancs ont rapporté que leurs compétences et leur capacité à ressentir de l'empathie pour leurs patients blancs étaient parfois implicitement ou explicitement mises en doute (Msebele

et Brown, 2011). En raison de leur nombre restreint, les futurs psychologues issus de l'immigration se retrouvent souvent avec la lourde responsabilité d'être considérés comme les experts de leur culture, ce qui peut réactiver des expériences précoces de parentification (Chamorro, 2004). Kirmayer, Rousseau, Jarvis, et Guzder (2008) soulignent aussi qu'au cours de leur formation, « les psychologues peuvent se distancer de leur propre culture d'origine et devenir réticents ou incapables d'utiliser (ou de comprendre l'impact) de leurs connaissances culturelles tacites dans leur travail clinique » (p. 61, traduction libre). Ils cherchent à éviter d'être catalogués et peuvent être blessés si on s'attend à ce qu'ils travaillent uniquement avec des patients d'un groupe ethnique spécifique (Kirmayer et al., 2008). Chamorro (2003) met aussi en évidence une difficulté particulière aux psychologues *métissés* pratiquant la psychanalyse. Par leur apparence physique, leur nom ou leur accent, ces derniers révèlent inévitablement quelque chose de personnel. Ils peuvent donc ressentir certains conflits entre l'idéal psychanalytique de neutralité (en dire le moins possible pour être le support des projections des patients) et l'impossibilité de dissimuler leurs origines. La question de l'autodévoilement peut donc paraître empreinte de fortes charges affectives pour ces thérapeutes.

Les recherches démontrent clairement qu'une diversité d'origine chez les cliniciens comporte de nombreux avantages, notamment pour favoriser l'élaboration du contre-transfert culturel de collègues. De plus, selon Berger, Zane et Hwang (2014), les thérapeutes issus de minorités culturelles sont plus impliqués auprès des communautés de couleur, plus enclins à utiliser un cadre culturel dans leur pratique et plus sensibles aux questions culturelles que les thérapeutes blancs. Par ailleurs, ils sont plus conscients de l'impact de la couleur de peau dans la thérapie que les thérapeutes blancs (Yi, 1998, cité dans Ainslie et al., 2013). Mentionnons toutefois qu'être soi-même immigrant ne rend pas une personne automatiquement compétente culturellement. Souvent, on présuppose que les compétences culturelles spécifiques sont assurées s'il y a un pairage ethnique entre le clinicien et le patient. Cependant, le pairage ethnique sans formations sur les modèles de

la culture et des interactions ethniques peut ne pas être suffisant pour que le clinicien puisse devenir conscient de ses connaissances culturelles tacites et de ses biais (Kirmayer et al., 2008).

1.3.2 Réactions de contre-transfert fréquentes chez les psychologues appartenant à une minorité culturelle

Comas-Díaz et Jacobsen (1991) mentionnent plusieurs exemples de réactions contre-transférentielles pouvant toucher les psychologues appartenant à une minorité culturelle : l'ambivalence par rapport à leur propre culture, des enjeux narcissiques, la suridentification et son pendant, la mise à distance, la culpabilité de celui qui a réussi et la myopie culturelle.

➤ L'ambivalence par rapport à leur culture d'origine

L'ambivalence que des thérapeutes provenant de minorité ethnique ressentent parfois par rapport à leur propre culture peut les conduire à négliger leur ethnicité en poursuivant une quête de valeurs universelles (Giordano et Giordano, 1977, cité dans Comas-Díaz et Jacobsen, 1991). Par exemple, un psychologue d'origine italienne a reconnu ressentir un malaise quand son patient parlait de « criminalité dans le voisinage ». En supervision, il a été capable de travailler sur « sa honte ethnique irrésolue » due aux « connexions entre le crime organisé et les Italiens » (p. 398). Il a pu élaborer son ambivalence face à sa culture qu'il a en partie laissée de côté, mais à laquelle il continue à s'identifier. Foster (1998) témoigne elle aussi de son ambivalence. Elle rapporte que durant ses premières années de pratique, elle était inconsciente du rôle joué par son héritage racial mixte. Elle ne se rendait pas compte qu'avec ses clients à la peau foncée, elle évitait d'explorer les blessures liées à la discrimination basée sur la couleur de peau. Elle mentionne avoir compris plus tard que cet évitement poussait

au silence ses patients. Mentionnons aussi que l'ambivalence dans une dyade peut devenir extrême et se convertir en colère.

➤ Les enjeux narcissiques

Des enjeux narcissiques se manifestent surtout si le thérapeute appartient à un groupe ethnique qui a été historiquement victime d'oppression. Par exemple, un thérapeute de couleur pourrait inconsciemment éviter de faire des interventions confrontantes avec un client blanc, tentant ainsi de « garder sa place ». Un thérapeute de la classe ouvrière pourrait aussi se surprendre à s'habiller avec un soin particulier quand il rencontre un client d'une classe sociale plus élevée. Les enjeux narcissiques du thérapeute peuvent aussi prendre la forme de compétition et d'hostilité voilée. Un thérapeute pourrait agir sa « rage culturelle » sur un client par des interprétations intellectualisées qui sont en fait des attaques personnelles (Comas-Díaz et Jacobsen, 1991).

➤ La suridentification ou la mise à distance

Les thérapeutes peuvent craindre inconsciemment de trop s'identifier à leurs patients de la même origine qu'eux, ce qui pourrait les pousser à adopter des approches thérapeutiques de soutien plutôt que d'explorer les enjeux sous-jacents du patient (Evans, 1985, cité dans Comas-Díaz et Jacobsen, 1991). Ce serait le cas lorsqu'un thérapeute n'a pas suffisamment élaboré ses propres conflits par rapport à son identité ethnique. Il s'identifierait alors trop aux difficultés de son patient et comme il n'est pas prêt à explorer davantage ses propres enjeux, il se tourne plutôt vers des approches de soutien. On observe alors une réduction de l'empathie et de l'ouverture chez le thérapeute, ce qui l'amène à avoir des interventions plus stéréotypées (Evans, 1985). Pour prévenir la suridentification et par crainte de se sentir trop proche du patient, il arrive aussi que le thérapeute se distancie affectivement de lui. Comas-Díaz et Jacobsen (1991) donnent l'exemple d'une psychologue hispanique qui reçoit en thérapie une patiente également

hispanique. Au début de la thérapie, leur bagage culturel commun a facilité la création d'une alliance thérapeutique. La patiente, qui avait été élevée par ses grands-parents, était aux prises avec le sentiment d'avoir été rejetée par ses parents. La thérapeute, qui avait elle aussi été élevée par ses grands-parents, oscillait entre un sentiment de rejet de ses parents et une acceptation de cette situation qu'elle concevait comme une pratique plutôt commune dans sa culture d'origine. Cette suridentification à sa patiente l'a amenée à lui proposer une explication culturelle, négligeant ainsi d'explorer ses sentiments d'abandon. En supervision, elle a pu réaliser que cette suridentification à sa patiente l'avait amenée à s'en distancer émotionnellement dans un mouvement d'évitement de ses propres conflits. Dans des cas plus extrêmes de suridentification, il arrive que le thérapeute contribue à une vision de type « nous et eux » en thérapie. Il s'identifie alors à l'excès avec son patient au niveau de leur expérience partagée en tant que victimes d'une injustice. Il pourrait alors attribuer presque tous les problèmes du patient à son identité ethnique. La thérapie peut ainsi devenir une « forteresse partagée » contre une menace perçue comme commune (nous contre le monde). Précisons que cette réaction a tendance à être plus présente parmi les groupes qui ont un historique d'oppression et de discrimination.

➤ La culpabilité de celui qui a réussi

Ce type de réaction tend à être plus fréquent parmi les thérapeutes d'origine immigrante dont la famille avait un statut socio-économique bas. Par leur éducation et leur revenu, ces thérapeutes sont parvenus à rompre avec ce « destin » familial. Ils peuvent avoir le sentiment d'avoir laissé derrière eux leur famille et leurs amis, ce qui génère des conflits et de la culpabilité. Comas-Díaz et Jacobsen (1991) donnent l'exemple d'une thérapeute noire qui néglige d'explorer les composantes intrapsychiques et interpersonnelles d'un patient noir, l'aidant plutôt à porter plainte contre la discrimination qu'il a vécue, comme elle, dans ses études.

➤ La myopie culturelle

Il s'agit d'une incapacité à voir clairement ce qui se joue pour le patient, car des facteurs ethnoculturels viennent voiler des enjeux cliniques. La myopie culturelle est habituellement accompagnée d'une collusion inconsciente. Par exemple, une thérapeute italienne pourrait sans le vouloir permettre et même pousser son patient à retenir des informations sur sa famille, à garder des secrets en raison d'un besoin qui serait typiquement italien de protéger la famille (Comas-Díaz et Jacobsen, 1991).

1.4 La société québécoise et le rapport à l'altérité

Les enjeux culturels ne sont évidemment pas abordés de la même façon par toutes les sociétés. Pour comprendre le rapport à l'altérité de la société québécoise, il est important de la situer dans son histoire, tâche complexe qui dépasse le cadre de cette thèse. Mentionnons toutefois deux réalités historiques qui ont encore un impact sur la société québécoise d'aujourd'hui : la relation aux peuples autochtones et les rapports entre anglophones et francophones. Malgré une certaine forme de collaboration initiale, l'arrivée des Européens sur le territoire qui correspond aujourd'hui au Québec s'est soldée par de la violence, des trahisons et des tentatives répétées d'anéantir la culture autochtone (Russell, 2017). Par ailleurs, ce territoire a aussi été le théâtre d'un conflit entre l'Angleterre et la France, conflit qui s'est terminé par la victoire britannique. Actuellement, c'est particulièrement la question de défense de la langue française qui est présente. Cette rivalité entre le français et l'anglais et le sentiment de menace qui l'accompagne a évidemment un impact sur l'identité des Québécois, qu'ils soient francophones ou anglophones (Molinari, 2008).

Au Canada, depuis 1971, c'est le principe du multiculturalisme qui prévaut, dont le but explicite est de « préserver les langues et les cultures ethniques, et de lutter contre le

racisme » (Kamboureli, 1998, cité dans Kirmayer et Bennegadi, 2011, p. 19). Le multiculturalisme prône la coexistence de communautés culturelles différentes avec la liberté pour chacune de maintenir sa culture (Cohen-Emerique, 2011). D'une certaine manière, chaque personne au Canada, à l'exception notable des peuples autochtones, est immigrante, « de sorte que la distinction nette entre anciens et nouveaux arrivants est difficile à maintenir » (Kirmayer et Bennegadi, 2011, p. 19). Soulignons toutefois que bien que le Canada soit un pays globalement favorable à l'immigration, cette dernière répondait et répond toujours à une logique utilitaire (de peuplement ou de développement économique). Il y a donc une tendance à considérer la culture et l'ethnicité en termes positifs, les différences étant perçues comme une source d'enrichissement de la société. De façon générale, la société canadienne éviterait les tensions face à la différence, comme c'est le cas des sociétés bâties sur une immigration récente (Lo et Chung, 2005, cité dans Rousseau, Nadeau, et Measham, 2008).

Le Québec a pour sa part rejeté la politique canadienne du multiculturalisme. Dès lors, les conseillers de l'État, de concert avec le milieu universitaire, se sont employés à concevoir un modèle qui serait plus adapté à la société québécoise, celui de l'interculturalisme (Bouchard, 2013), un principe en vigueur au Québec même s'il n'a, à ce jour, jamais été inscrit dans une loi (Rocher, Labelle, Field, et Icart, 2007). L'interculturalisme se définit ainsi (Rocher et al., 2007) :

[L'interculturalisme] invite les groupes minoritaires à conserver leur héritage, à manifester leur présence et leurs valeurs propres, favorise les rapports entre les minorités ethnoculturelles et la culture de la majorité française et affirme le français comme langue publique commune (p. 8).

La politique québécoise de l'interculturalisme serait axée sur l'objectif d'intégration, « à égale distance d'une politique assimilationniste ou d'une politique multiculturaliste » (CCCI, Conseil canadien pour la coopération internationale, 1994, cité dans Rocher et al. 2007, p. 41). La politique du multiculturalisme a été perçue

comme une manière voilée de diluer le fait français au Canada et d'affaiblir la position des francophones. Il lui est reproché, entre autres, de ne pas reconnaître l'existence de cultures majoritaires telles que les francophones au Québec (Bouchard, 2013). Malgré ces débats et désaccords parfois très polarisés, certains considèrent que ces deux principes ne poursuivraient pas des buts opposés ni même contradictoires (Anctil, 2005, cité dans Rocher et al., 2007). Rocher et al. (2007) résument la différence entre ces deux principes de la manière suivante :

Le multiculturalisme est indissociable de la promotion de la citoyenneté canadienne et du bilinguisme officiel, alors que l'interculturalisme est indissociable de la promotion de l'appartenance à la société québécoise et à la promotion de la langue officielle du Québec (p. 46).

Au Québec, certains débats en lien avec la diversité culturelle sont particulièrement forts. Deux événements relativement récents ont marqué le Québec, soit la « crise des accommodements raisonnables » (2006-2008) (Courtois, 2011) et la controverse autour de la « Charte des valeurs de la laïcité » (2012-2014) proposée par le Parti Québécois. Ces deux débats ont mis en lumière les frictions importantes que suscitent différentes conceptions, au sein de la société québécoise, de l'intégration des immigrants et de la laïcité. Les inquiétudes des Québécois par rapport à la religion ont leur origine dans la rébellion contre l'Église catholique qui a commencé au cours de la Révolution tranquille durant les années 1960. Elles font partie du bagage culturel d'une « société laïque en surface » (Kirmayer, 2011, p. 21). Ces enjeux, pris en dehors de leur contexte historique, peuvent parfois faire passer le Québec pour une société plus fermée que le reste du Canada. Pour Kirmayer (2011) :

Une majorité locale qui se considère comme une minorité assiégée est susceptible d'être trop préoccupée par l'étayage de ses propres préoccupations pour pouvoir remédier aux vraies inégalités dans la société, autrement que par des considérations générales (p. 21, note 4).

Potvin (2004) met en évidence un certain paradoxe. Le discours normatif québécois est inclusif et un important dispositif juridique et institutionnel a été mis en place pour garantir le respect des droits de la personne et l'égalité des chances. Toutefois, elle observe aussi, d'un autre côté :

la réapparition épisodique de phénomènes inquiétants (groupuscules néonazis), la présence de dérapages discursifs et de discriminations subtiles dans les rapports intergroupes, ainsi que des inégalités persistantes pour certaines minorités, en particulier pour les Noirs et les Autochtones (Kunz et al., 2000, cité dans Potvin, 2004, p. 2).

Pour résumer, il me semble qu'il est surtout important de prendre en compte qu'au Québec, les questions de culture, de minorités, de langue ou de religion peuvent facilement toucher une corde sensible, ce que j'ai d'ailleurs constaté dans mes entrevues avec les psychologues.

CHAPITRE II

QUESTIONS DE RECHERCHE

Le contexte théorique ci-dessus a permis d'illustrer la complexité de l'intégration de la culture en psychothérapie. Schématiquement, nous pourrions résumer la problématique de la façon suivante. Le Québec est de fait une société multiculturelle. La culture est une sorte de filtre pour appréhender le monde. Elle nous façonne et nous sommes façonnés par elle. Elle nous offre un appui, des solutions culturelles qui nous aident à appréhender les difficultés de la vie. Elle est donc inévitablement présente dans les relations psychothérapeutiques. Les thérapeutes ont des réactions conscientes et inconscientes provoquées par des éléments culturels chez leurs patients, ce qui inclut la culture au sens strict, mais aussi plus largement le vécu migratoire ou encore la discrimination. Ces réactions, qui relèvent du contre-transfert culturel, sont complexes et ambivalentes puisque la différence fascine et effraie à la fois. Il est donc crucial de mieux comprendre les diverses formes de contre-transfert culturel ainsi que ses manifestations en clinique. Mais comment appréhender le contre-transfert culturel ?

Au départ, pour répondre à la demande de ma directrice de thèse d'utiliser une banque de données de dessins d'enfants dont son laboratoire disposait, je me suis demandé comment des psychologues québécois (depuis plusieurs générations et d'origine européenne) et immigrants (non occidentaux) de première ou deuxième génération allaient tenir compte de la culture dans leurs commentaires sur des dessins d'enfants de diverses origines.

Au cours de l'écriture de mon projet de recherche doctoral (PRD) et surtout au moment de l'analyse de données, mes questions de recherche se sont peu à peu éloignées de la seule question de l'interprétation des dessins pour se centrer sur la conflictualité pouvant se vivre en situation multiculturelle, conflictualité qui se manifeste dans les commentaires des dessins, mais aussi dans la façon qu'ont eue les psychologues de me parler de leur pratique clinique ou de leur parcours d'immigration (dans le cas des psychologues concernés).

Pour le premier article intitulé *Être psychologue et immigrant : les enjeux de la clinique*, j'ai formulé les deux questions de recherche suivante :

- Quels sont les enjeux spécifiques aux psychologues immigrants ?
- Comment l'identité d'immigrants des psychologues teinte-t-elle leur identité de psychologues ?

Dans cet article, je me suis demandé comment les participants vivaient le fait d'être psychologues et immigrants, comment ils maniaient leurs multiples identités (culturelles et psychanalytiques) et comment cela se manifestait dans leur clinique, au travers de ce qu'ils en disent et moins directement au travers de leur regard sur les dessins d'enfants.

Le deuxième article a pour titre *Les conflits suscités par la rencontre clinique avec l'altérité culturelle et leurs effets sur le contre-transfert* et cherche à répondre à la question suivante :

- Quelles sont les formes de contre-transferts culturels potentiellement problématiques les plus représentées parmi les participants ?

Les deux articles sont complémentaires. Le premier est plus spécifique puisqu'il concerne uniquement les psychologues immigrants en contexte interculturel. Le second

est plus large et inclut le contre-transfert de tous les psychologues (peu importe leur origine) face à des dessins ou des patients d'origines diversifiées. Tous deux sont écrits avec le même désir de retranscrire l'expérience des participants de la thérapie en contexte multiculturel. Ils suivent la même organisation, soit une organisation sous forme de thèmes qui déclinent plusieurs aspects de la problématique. Avant de présenter ces articles aux chapitres IV et V, arrêtons-nous maintenant sur la méthodologie qui a sous-tendu cette recherche.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3.1 Paradigme méthodologique : la recherche qualitative d'inspiration psychanalytique

Le choix de recourir à l'approche qualitative s'est imposé à moi en raison de la nature de mes intérêts de recherche, soit le vécu des psychologues immigrants (voir Section IV) et le vécu de psychologues (issus de l'immigration ou québécois d'ascendance française) recevant des patients de diverses origines (voir Section V). En effet, un chercheur partisan de l'approche qualitative tente de saisir la réalité telle que vécue par les participants tandis qu'un chercheur choisissant une approche quantitative souhaite avant tout quantifier des phénomènes observés afin d'établir des corrélations (Poisson, 1983).

L'approche qualitative présente différentes caractéristiques : l'intérêt pour le vécu des personnes et pour le sens qu'elles donnent à ce qui leur arrive, l'intention de rendre compte de la complexité d'un phénomène et de l'étudier en profondeur, un chercheur impliqué considéré comme le principal instrument de la recherche, l'importance de l'interprétation des données, ou encore l'intérêt pour le contexte entourant un phénomène (Guillemette, Guillemette, Luckerhoff, et Plouffe, 2016 ; Paillé et Mucchielli, 2003). Autrement dit, les méthodologies qualitatives cherchent à comprendre un phénomène et s'inscrivent dans une logique de l'exploration et de la découverte plutôt que dans la vérification d'hypothèses. Elles tiennent pour acquis que

l'observateur modifie son objet de recherche et que tout résultat est inévitablement une co-construction de sens (Letendre, 2007).

Il ne s'agira pas alors de « généralisation » des résultats, processus qui appartient aux approches quantitatives, mais plutôt de transférabilité des résultats. On pourrait avancer que les résultats trouvés sont « typiques » d'une situation semblable plutôt que « représentatifs » (Guillemette et al., 2016). En effet, si un participant ou plusieurs participants ont un certain vécu, d'autres pourraient vivre quelque chose de similaire. Autrement dit, ce qui est humainement possible pour un individu peut se retrouver chez d'autres. C'est d'ailleurs par la répétition d'expériences singulières que s'est peu à peu construit le savoir psychanalytique (Krymko-Bleton, 2014a).

Cette recherche qualitative se distingue par le choix de s'appuyer sur le cadre théorique de la psychanalyse. Certains auteurs se sont attelés à conceptualiser la recherche psychanalytique. Brunet (2009) différencie trois types de recherche : la recherche en psychanalyse (une réflexion à partir de l'expérience d'une psychothérapie psychanalytique), la recherche sur la psychanalyse (étudier son efficacité) et la recherche à partir de la psychanalyse. C'est de ce dernier type de recherche qu'il s'agit ici.

Les postulats théoriques de la recherche qualitative cités ci-dessus (l'importance de la subjectivité, le rôle du chercheur/psychologue, la recherche de sens, l'envie de comprendre, l'ouverture à l'imprévu, etc.) font partie intégrante de l'approche psychanalytique. Néanmoins, il n'est pas possible de transférer tel quel des concepts de la clinique psychanalytique à la recherche. Il est par exemple hasardeux de parler d'association libre dans le contexte d'une entrevue de recherche, ou même de transfert et contre-transfert au sens strict des termes (Krymko-Bleton, 2014a). Il est donc nécessaire de trouver des équivalents de ces concepts fondamentaux, en remplaçant par exemple la notion d'association libre par celle de fils associatifs. Par ailleurs, là où le contexte de recherche perd en profondeur (par rapport à la clinique) en raison d'un

nombre d'entrevues par participant (dans mon cas, deux) sans commune mesure avec une thérapie constituée parfois de plusieurs centaines de séances, il gagne cependant au niveau de la compréhension d'une problématique au-delà d'un individu en particulier (Gilbert, 2007). Contrairement à une perspective clinique où l'individu est souvent appréhendé dans une perspective psychopathologique, l'angle choisi est psychosocial (Gilbert, 2007).

La recherche qualitative d'approche psychanalytique se distingue par la place centrale accordée à l'inconscient. L'hypothèse de l'inconscient présuppose que nous sommes déterminés à notre insu, que la vie psychique ne se réduit nullement à sa dimension consciente (Krymko-Bleton, 2014a). Comment appréhender l'inconscient dans une recherche tout en sachant que même en clinique, son accès est, par sa nature même, loin d'être facile ? La plupart des auteurs ayant abordé ce sujet s'accordent sur deux points, même si les termes utilisés pour en parler divergent : l'importance de la relation chercheur participant et le rôle fondamental de l'analyse du langage.

Gilbert (2009, juin) évoque « la singularité d'une rencontre entre ce participant-là, et ce chercheur-là, à ce moment-là, et dans ce cadre-là » (p. 4). Krymko-Bleton (2014a), s'inspirant de la linguistique, met en lumière la question des places interlocutives. Letendre (2007) rappelle que la parole a pour objectif de provoquer une réaction chez l'interlocuteur. Il avance que « dans toute situation d'échange, le discours et le processus interprétatif qui l'accompagne sont le résultat d'une dynamique entre les interlocuteurs » (p. 389). L'attention portée à ce qui se joue entre les protagonistes est donc une des façons d'accéder à des processus parfois inconscients.

Par ailleurs, la psychanalyse considère que tout sujet est un sujet divisé, des forces inconscientes allant souvent à l'encontre de ce qui est consciemment souhaité (Krymko-Bleton, 2014a). Il faut donc se rappeler que le chercheur comme les participants doivent « composer avec leur désir de connaître et avec leur tendance à

méconnaître » (Letendre, 2016). Le sujet ne cesse donc de faire des compromis qui s'expriment entre autres par le langage (Letendre, 2016), d'où l'intérêt de l'analyse des façons de dire pour accéder à des éléments plus inconscients (Krymko-Bleton, 2014a).

3.2 Le devis de recherche en bref

J'ai rencontré sept psychologues de diverses origines à deux reprises. Lors de la première entrevue, des dessins d'enfants de trois origines différentes leur ont été présentés. J'ai invité les participants à me parler de ce que ces dessins leur évoquaient. Cette première rencontre a servi de déclencheur des réflexions recueillies dans l'entrevue semi-structurée suivante qui abordait leur pratique clinique et leur histoire d'immigration dans le cas des psychologues issus de l'immigration.

3.3 Travail réflexif personnel

La rigueur en recherche qualitative implique une démarche constante d'autoréflexion. Le chercheur doit s'efforcer de séparer ses propres projections de ce qui vient directement des participants. C'est un idéal auquel il doit tendre, mais qui n'est jamais totalement atteint, si l'on part du principe (ce qui est mon cas) qu'il y aura forcément co-construction entre chercheur et participants. Pour cette recherche, il me paraissait indispensable de m'interroger sur mes propres interprétations des dessins et sur ma relation à mon sujet de recherche et à mes participants. Cette réflexion a débuté avant les entrevues et s'est poursuivie jusqu'à la rédaction de ma thèse. Je me suis efforcée de me poser les questions suivantes :

- Quels sont mes propres stéréotypes face aux dessins des différents enfants ?
- Quels sont mes a priori par rapport aux psychologues en général et plus particulièrement par rapport aux psychologues d'approche psychodynamique ?
- Ai-je des préjugés par rapport aux psychologues immigrants ou québécois ?
- Ai-je des attentes particulières quant aux résultats de recherche ?
- Ma problématique de recherche éveille-t-elle en moi des enjeux en lien avec ma propre histoire, notamment mon histoire d'immigration ?
- Quelles sont les alliances que je m'attends à tisser avec mes participants ? Vais-je avoir tendance à m'identifier davantage aux psychologues de certaines origines ? Quelle est la place que je souhaite prendre vis-à-vis d'eux ?
- Ai-je des fantaisies sur l'opinion de mes participants sur moi (mes compétences, ma légitimité, leur difficulté à me situer culturellement, etc.) ?

Ces réflexions ont été recueillies dans un journal de bord que j'ai consulté à différentes étapes de la recherche afin de garder une trace de l'évolution de ma pensée.

3.4 Le matériel utilisé pour la recherche : des dessins d'enfants

3.4.1 Les dessins de la recherche CoPsyEnfant

La présente recherche utilise des dessins recueillis en 2008 dans le cadre d'une recherche internationale intitulée *CoPsyEnfant, la construction de l'identité aujourd'hui : construction psychique et psychopathologie de l'enfant dans les nouveaux liens familiaux et sociaux*. Comme je ne m'intéresse pas directement aux enfants, mais au discours des psychologues sur leurs dessins, il n'est pas pertinent de décrire en détail le protocole de cette recherche. Toutefois, certains éléments méritent d'être mentionnés.

Tout d'abord, ces dessins ont été recueillis dans des classes allant de la maternelle au secondaire dans des écoles de Laval et Montréal. Après avoir obtenu le consentement des parents et de l'école, mes collègues se sont rendus dans les classes et ont demandé aux enfants de produire quatre dessins : un dessin libre (*fais un dessin le plus vite possible*), un dessin du bonhomme (*dessine un bonhomme le plus beau possible*), un dessin de sa famille réelle (*dessine ta famille telle qu'elle est*) ainsi qu'un dessin d'une famille rêvée (*dessine la famille dont tu rêves*). Par la suite, chaque enfant a indiqué aux chercheurs qui était représenté sur les dessins de la famille. Les consignes de chacun de ces quatre dessins sont pensées pour susciter des éléments particuliers. Le dessin libre vise à repérer les dynamiques pulsionnelles (Bertrand et al. 2011). Le dessin du bonhomme apporte un éclairage sur la représentation de soi du sujet, mais également sur ses relations avec son environnement relationnel, affectif, social et familial (Vinay, 2007). En dessinant sa famille telle qu'elle est (famille réelle), l'enfant indique comment il perçoit son entourage et comment il se situe par rapport à lui (Corman, 1978). Finalement, le dessin de la famille rêvée interpelle les désirs inconscients (Vinay, 2007).

Outre les dessins, quelques informations supplémentaires sur les enfants et leurs familles ont été collectées : l'âge de l'enfant, son sexe, sa place dans la fratrie, sa nationalité, l'origine de ses parents et leur état matrimonial.

3.4.2 Sélection des dessins d'enfants

J'ai sélectionné les dessins de trois enfants entre huit et neuf ans, une petite fille d'origine haïtienne, une Québécoise et un garçon d'origine latino-américaine (*voir Annexe A*). J'ai décidé de me limiter à trois enfants (donc à 12 dessins, 4 par enfant) pour que les participants aient suffisamment de temps pour commenter chaque dessin.

Les dessins ont été avant tout choisis en fonction de leur propension à susciter des réflexions en lien avec la culture et les origines. La série haïtienne m'est apparue particulièrement intéressante, car la fillette a choisi de dessiner «un plus beau bonhomme possible» avec la peau blanche et les yeux bleus. Cette particularité m'a semblé propice à susciter des commentaires touchant à mes intérêts de recherche, notamment la prise en compte ou pas de la question des enjeux entourant la couleur de peau. Dans sa famille réelle, elle se dessine accompagnée de six frères et sœurs et d'une nièce. Là aussi, j'ai supposé qu'il serait possible de faire des interprétations tenant compte de la culture. J'ai inclus une série québécoise afin de voir si elle était abordée différemment des deux autres séries. Cette série a surtout été choisie en fonction de sa richesse interprétative. Les dessins du petit Latino-Américain m'ont semblé intéressants, notamment son dessin de la famille rêvée où il dessine un avion avec sa famille prête à embarquer. J'ai imaginé que cette image permettrait aux psychologues d'élaborer autour du lien au pays d'origine, par exemple.

De façon générale, j'ai choisi les séries en fonction de l'impression subjective que les dessins sont riches, investis, étonnants et que l'enfant cherche à s'exprimer à travers eux. Les séries ont été testées auprès de différentes personnes afin de voir si elles suscitaient bel et bien beaucoup de commentaires. À ces critères s'est ajoutée la volonté d'atteindre une diversité au niveau des sexes et une certaine uniformité au niveau des âges.

3.5 Participants

Sept psychologues, rencontrés entre janvier et septembre 2015, ont participé à cette recherche. Cinq sont des femmes et deux des hommes. Ils ont entre 35 et 65 ans. Trois participants sont Québécois depuis plusieurs générations. Trois d'entre eux ont grandi au Québec dans des familles immigrantes (Maghreb, Afrique subsaharienne et Amérique latine). Un psychologue a quitté son Maghreb natal à l'âge adulte.

Le nombre de participants n'avait pas été déterminé à l'avance. Je me suis arrêtée lorsque le matériel recueilli m'a semblé suffisamment riche (dans le sens d'une impression subjective qu'il y avait assez de matière pour effectuer une recherche), ce qui a impliqué une analyse rapide entre chaque entrevue. Mentionnons aussi que j'ai rencontré des difficultés de recrutement pour les psychologues immigrants, considération pratique qui a aussi influencé le nombre de participants. Un nombre restreint de participants se prête à un devis qualitatif qui ne vise pas à avoir un échantillon représentatif d'une population, mais qui cherche plutôt à obtenir une diversité (petit échantillon hétérogène) maximisant l'éventail des informations (Savoie-Zajc, 2007).

3.5.1 Sélection des participants

Mon premier critère pour la sélection des participants était de trouver des psychologues immigrants ou enfants d'immigrants et des psychologues québécois de plusieurs générations. En consultant la littérature sur le contre-transfert culturel, il m'est apparu rapidement que mon écoute serait grandement affinée par la mise en miroir de ces deux groupes. En effet, le contre-transfert ne peut être identifié qu'à l'aide d'un tiers (Rouchon et al., 2010). C'est souvent lors de supervisions ou de discussions avec des collègues qu'un thérapeute parvient à mettre le doigt sur certains éléments contre-transférentiels. De plus, les psychologues qui travaillent en clinique transculturelle recommandent de collaborer avec des collègues provenant de plusieurs cultures, car seule la confrontation avec la différence permet d'identifier ce qui a trait au culturel ou à l'individuel (Moro, 1998).

Voici mes critères de sélection des participants :

Psychologues travaillant en clinique infantile

Les participants sont des psychologues qui exercent auprès d'enfants. Cette recherche aurait moins de validité au niveau des retombées cliniques si elle était menée avec des psychologues ne travaillant pas avec cette clientèle.

Origine québécoise et métissée⁵ des participants

A été considéré comme Québécois « d'origine » tout participant de descendance européenne et ayant un héritage québécois si l'on remonte au moins jusqu'à ses grands-parents (grands-parents nés au Québec). Les participants « métissés » sont des immigrants de première ou deuxième génération. J'ai également décidé d'exclure les immigrants occidentaux, car leur culture se rapproche plus de celle des Québécois. J'aurais souhaité trouver au moins un participant haïtien ou latino-américain afin de les entendre commenter les séries des enfants de la même origine qu'eux. Cela s'est avéré possible pour l'origine latino-américaine, mais pas pour l'origine haïtienne. J'ai toutefois rencontré une personne noire, en supposant que son regard sur la série haïtienne allait être éclairant. De façon générale, je me suis efforcée d'obtenir un échantillon d'immigrants d'origines diversifiées pour avoir un plus grand contraste de perspectives.

Psychologues d'approche psychodynamique non spécialisés en psychologie transculturelle

Mon choix s'est dirigé en priorité vers des psychologues d'approche psychodynamique pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ce sont ces cliniciens qui intègrent le plus souvent le dessin dans leur pratique. De plus, c'est cette approche qui m'est le plus familière.

⁵ Moro (1998) utilise le terme « métissé » pour parler d'une personne qui n'a pas qu'un seul référent culturel. Tout immigrant est influencé par sa culture d'accueil et sa culture d'origine et est donc forcément « métissé ».

Je connaissais déjà plusieurs présupposés théoriques de l'analyse de dessins selon cette approche, ce qui m'a permis de distinguer plus aisément ce qui est personnel au thérapeute de ce qu'il tire de ses fondements théoriques. Par ailleurs, cette approche donne une place prépondérante au contre-transfert, d'où peut-être une propension à l'élaborer chez les psychologues s'en réclamant. Finalement, l'analyse du discours a été facilitée par des participants s'identifiant tous à la même approche puisqu'il y a eu ainsi une certaine uniformité dans l'échantillon. Notons toutefois qu'il existe une pluralité de posture dans cette approche et que ce critère ne garantissait aucunement une homogénéité parfaite des participants dans leur conception de la clinique.

À une exception près, les psychologues rencontrés ne se sont pas spécialisés dans une approche dite culturelle. Il s'agit donc de psychologues qui travaillent avec une population multiculturelle, mais qui ne se sont pas forcément penchés sur la littérature à ce sujet. En raison de difficultés de recrutement des psychologues immigrants, une psychologue ne correspond pas à ce critère puisqu'elle a démontré de nombreuses connaissances théoriques venant d'approches culturelles. Il est d'ailleurs fréquent que les psychologues migrants se tournent vers la pratique en milieu multiculturel (Berger et al., 2014).

Expérience avec des enfants d'origine diverse

Mes participants ont tous déjà rencontré des enfants d'origine autre que québécoise en clinique. Étant donné la diversité de la population vivant au Québec, ce critère a été facile à remplir.

Utilisation des dessins d'enfants dans leur pratique clinique

Les participants ont recours, au moins occasionnellement, aux dessins dans leur pratique. C'est d'ailleurs leur intérêt pour ce médium qui les a probablement incités à participer à ma recherche et qui leur a permis d'élaborer facilement à partir des dessins.

3.5.2 Recrutement des participants

Mon recrutement s'est effectué en partie par bouche-à-oreille. J'ai demandé à des connaissances œuvrant dans le domaine de la psychologie si elles connaissaient des psychologues qui correspondaient à mes critères de sélection. De plus, je me suis aussi servie de l'annuaire de l'Ordre des Psychologues du Québec, le nom de famille ou la langue parlée indiquée m'aidant à identifier les psychologues d'origine immigrante. J'ai ensuite envoyé un courriel présentant l'annonce de recrutement (*voir Annexe B*) aux personnes susceptibles d'être intéressées à participer à la recherche. Avant de rencontrer les psychologues, je leur ai demandé de remplir un court formulaire sociodémographique (*voir Annexe C*) qui me permettait de vérifier s'ils correspondaient bien à mes critères de sélection.

3.6 Méthode de cueillette des données

Le discours des participants a été recueilli au moyen de deux entrevues d'environ une heure qui se sont déroulées dans leur bureau. Les entrevues ont été enregistrées avec le consentement des participants afin de pouvoir être rigoureusement retranscrites sous forme de verbatim. Avant de commencer les entretiens, j'ai invité les participants à lire et à signer un formulaire de consentement (*voir Annexe D*).

Lors de la première rencontre, j'ai commencé par donner quelques informations aux psychologues sur le contexte de la collecte des dessins (collecte dans des écoles) (*voir Annexe E*). J'ai expliqué que chaque enfant a produit quatre dessins dont j'ai énoncé les consignes. Je leur ai indiqué que j'allais leur montrer en tout trois séries de dessins et que leur tâche était de répondre à la question ouverte suivante : *parlez-moi de ce que ces dessins évoquent pour vous*.

J'ai montré chaque série l'une après l'autre, toujours dans le même ordre (série haïtienne, série québécoise et série latino-américaine). Les quatre dessins d'une série ont été présentés en même temps, étalés sur une table et j'ai laissé les psychologues les manipuler et les commenter à leur guise. Pour chaque série, j'ai indiqué le sexe, l'âge de l'enfant et son origine. J'ai choisi de mentionner l'origine des enfants, car je m'intéresse à la façon dont les psychologues abordent un matériel multiculturel. Il était donc important qu'ils aient cette information. De plus, indiquer l'origine est plus proche de la situation clinique, car un psychologue ne peut manquer d'observer que son patient a la peau foncée ou a un nom à consonance étrangère, par exemple. En revanche, il peut décider d'inclure ce paramètre dans ses interventions ou au contraire de l'ignorer. Si nécessaire, j'ai soutenu l'élaboration des participants par des questions, notamment en provoquant des justifications de leurs interprétations. À la fin de chaque série, je leur ai demandé comment ils s'imaginaient la vie de l'enfant dans le but de provoquer une synthèse de tous leurs commentaires et de faire appel à leur imaginaire. Après le commentaire des séries, j'ai cherché à savoir si une série leur a semblé plus familière. Plus directement, je leur ai aussi demandé si l'origine des enfants a changé quelque chose pour eux. Finalement, je les ai interrogés sur leur expérience de participer à cette recherche.

Ce dispositif a été choisi, car il a l'avantage de mettre au travail les participants en les plaçant dans une situation proche de la clinique où ils ont la possibilité de prendre en compte des facteurs culturels. Mes interventions, très limitées, ont surtout servi à soutenir l'élaboration puisque la trame de l'entrevue reposait sur les dessins. Le but était de recueillir leurs pensées spontanées sur les dessins. L'absence de questions précises a évité de les conduire dans une direction particulière et d'imposer un vocabulaire ou un langage spécifique. L'entrevue non structurée se prête à une recherche de type psychanalytique qui vise à aller au-delà du discours manifeste en tenant compte des fils associatifs, de l'articulation du discours, du ton employé, etc.

La deuxième rencontre a eu lieu une à deux semaines après la première entrevue. Ainsi, cette dernière était encore fraîche dans l'esprit des participants. Ce délai entre les rencontres a également permis aux participants de réfléchir à la première entrevue à tête reposée. Ils ont donc eu l'occasion, s'ils le souhaitaient, de revenir sur leurs propos dans l'après-coup. La deuxième rencontre a consisté en une entrevue semi-structurée (*voir Annexe F*) qui abordait la pratique clinique des participants et leur histoire d'immigration dans le cas des psychologues concernés. Les questions se voulaient ouvertes (par exemple : comment est-ce, pour vous, de travailler avec des patients immigrants ? Pourriez-vous me dire quelques mots sur votre histoire d'immigration ?) afin de laisser le discours des participants se déployer de lui-même, condition indispensable pour permettre par la suite une analyse des données qui s'appuie sur une pensée psychanalytique. Cette deuxième entrevue m'a donc donné accès au discours et aux réflexions des psychologues sur la clinique, en particulier la clinique en contexte interculturel.

Mon rôle lors de la collecte des données était de favoriser l'expression d'un discours libre et riche en informations pertinentes. Mon écoute et mon attitude se sont voulues attentives, curieuses et empreintes de tact. Comme le recommande Krymko-Bleton (2016), les étudiants chercheurs doivent « apprendre à être ouverts à la surprise, à contrôler leur angoisse de chercheurs débutants et donc à ne pas tenter de contrôler le discours de leurs sujets » (p. 56). C'est uniquement si les participants établissent avec moi une relation de confiance qu'ils seront amenés à dévoiler leur savoir. Une attitude de non-jugement ne peut être atteinte sans un parti pris de bienveillance que Chiland (1983) définit comme un état intérieur empreint de bonté, d'empathie et de capacité d'identification active. Je me suis efforcée d'être un bon récepteur de parole, soit d'être une personne « capable d'une altérité par rapport aux autres et à soi-même, autrement dit une personne capable à la fois d'une distance culturelle et d'une empathie qui lui permette d'être soi sans ramener tout à soi » (Flahault, 1978, p. 22).

Il s'agit donc d'une position de décentrage, « disposition qui empêche de ramener l'inconnu au connu » (Moro, 2003, cité dans Bruno, Kouassi, Moro, et Bernard, 2016, p. 61) et qui, précisons-le, est extrêmement difficile à atteindre (Moro, 2006), mais à laquelle j'ai aspiré.

3.7 Méthodologie d'analyse des données

3.7.1 Assises théoriques de la méthodologie d'analyse

Mes analyses ont été soutenues par les méthodes introduites par les psychanalystes œuvrant dans le domaine de la pragmatique linguistique, dont l'objet de recherche est l'échange verbal, comme c'est classiquement le cas pour la psychanalyse (Krymko-Bleton, 2014a, 2014b, 2016). L'ensemble des énonciations est replacé, autant que possible, dans le cadre de la relation que le sujet développe dans la situation d'entrevue avec le chercheur. L'analyse des places interlocutives (Flahault, 1978) permet de se faire une idée de la place que le participant octroie à l'étudiant chercheur (et donc, quelle est sa préoccupation sous-jacente). Krymko-Bleton (2014b) avance que l'analyse de la relation de places en recherche peut remplacer la notion de transfert ou contre-transfert en situation clinique. De plus, « les façons de dire révèlent ce que la psychanalyse identifie comme défenses (conscientes ou pas) qui se manifestent lorsqu'une idée difficilement acceptable par le sujet l'effleure » (Krymko-Bleton, 2014a, p. 57). L'attention se dirige donc sur tout ce qui témoigne, dans le langage, de la conflictualité de la personne : les confusions, les contradictions, les particularités d'expressions, les fautes, les omissions, les silences, les rires, etc. (Krymko-Bleton, 2016). Le ton employé et les affects démontrés sont d'autres indices suggérant une conflictualité.

En outre, cette méthode propose de suivre des fils associatifs dans une entrevue de recherche, plutôt que des associations libres. Par fils associatifs, on entend par exemple la suite des idées, les thèmes qui reviennent sous différentes formes parfois de façon déguisée, les arrêts dans le discours pouvant mettre en lumière une conflictualité consciente ou inconsciente chez le participant.

Les façons de dire, le rapport des places et les fils associatifs peuvent donc suggérer des pistes vers les désirs inconscients (Krymko-Bleton, 2014a) et permettre de percevoir la « trame de la dynamique psychique » (Gilbert, 2009, juin, p. 4) des participants. Mentionnons aussi que tous les participants de cette recherche parlaient parfaitement le français et pratiquaient la psychothérapie en cette langue. Nous n'avons donc pas eu de difficultés de compréhension causées par des problèmes de maîtrise de la langue française. Toutefois, j'ai tenu compte de possibles différences culturelles dans la façon de parler français entre les participants et moi, différences qui, dans le cas d'un participant, ont créé quelques quiproquos, comme je l'évoque brièvement dans le premier article (*Voir Section 4.6.3*).

Par ailleurs, un autre a priori psychanalytique important fait partie intégrante de cette méthode, soit de ne pas avoir une question de recherche précise déterminée à l'avance. En effet, en clinique psychanalytique, chaque patient est à découvrir dans sa subjectivité sans prétention à un savoir préétabli sur lui comme le voudrait une importance disproportionnée donnée à un éventuel diagnostic psychiatrique par exemple. Ne pas avoir une question de recherche précise en tête a donc le potentiel de laisser survenir de l'inattendu à partir d'intérêts de recherches larges, en l'occurrence la question du vécu de l'altérité culturelle par des psychologues.

Cette méthode, dans son essence même, donne au chercheur un rôle important. Selon sa sensibilité propre, il va être attentif à telle façon de dire ou à tel rapport de place, par exemple. Par conséquent, les résultats prennent la forme d'interprétations, toujours

hypothétiques, mais appuyées par un argumentaire et des extraits de verbatim. Leur visée est avant tout descriptive, bien que dans la discussion des articles, des hypothèses explicatives soient proposées.

3.7.2 Déroutement de l'analyse étape par étape

L'analyse s'est déroulée selon les étapes suivantes : 1. Transcription des verbatim 2. Imprégnation dans les données ; 3. Tableaux thématiques détaillés ; 4. Rédaction d'un document pour chaque participant avec une attention portée aux conflits entourant la question des origines. 5. Mise en regard des documents et identification de thèmes communs entre les participants. 6. Rédaction des articles.

Étapes 1 et 2. Transcription des verbatim et imprégnation dans les données

Les verbatim ont été transcrits par moi-même ou avec l'aide d'une personne de mon entourage. J'ai ensuite consacré du temps à m'imprégner des données en écoutant et lisant les entrevues à plusieurs reprises. L'objectif de cette fréquentation assidue des données est d'avoir eu une phase où je me suis permis de lire les verbatim sans chercher à en faire ressortir des thèmes, encore moins des théories, comme le ferait un chercheur qui irait vivre dans un milieu afin de le connaître de l'intérieur.

Étape 3. Tableaux thématiques

Par la suite, j'ai fait un tableau pour chaque entrevue (donc deux tableaux par participant). Dans la première colonne, j'ai relevé des thèmes reliés de près ou de loin à la question des origines ou à la culture au sens large. Il s'agissait donc là d'une analyse thématique telle qu'elle se fait classiquement en recherche qualitative (Paillé et Mucchielli, 2003). J'ai effectué une lecture séquentielle, les thèmes étant notés dans le

tableau par ordre d'apparition. Dans la deuxième colonne, j'ai résumé ce que le participant disait sur ce thème. Dans la troisième colonne, j'ai copié un extrait significatif de verbatim que j'ai analysé plus en détail. Pour chaque extrait, je me suis demandé, chaque fois dans une colonne différente :

- Comment les choses ont-elles été dites ?
- Qu'est-ce que la personne aurait pu dire de différent ou ne dit pas ?
- Comment les mots ou les séquences s'enchainent-ils ?
- Que dit la personne sans le dire ?

J'avais également une colonne pour les processus interprétatifs et une colonne « divers » où je laissais libre cours à mes pensées, notamment aux réflexions à propos de mon contre-transfert de chercheuse.

Pour les premières entrevues analysées, j'ai aussi construit un tableau dans lequel je notais chaque élément relevé dans un dessin et ce qui avait été dit à son propos. Je pensais d'abord que j'allais davantage parler de l'interprétation des dessins, d'où ce tableau qui m'aurait aidé à faire une comparaison entre les participants. J'ai finalement renoncé à poursuivre la production de ce tableau lorsque j'ai commencé à pressentir que l'angle vers lequel pointaient mes articles ne nécessitait pas une telle analyse détaillée de l'interprétation des dessins proprement dite.

Étape 4. Rédaction d'un document pour chaque participant avec une attention portée aux conflits entourant la question des origines

J'ai ensuite produit un document de travail préliminaire pour chaque participant. J'ai tenté d'y faire ressortir les éléments saillants des tableaux et de les regrouper sous des thèmes plus généraux (catégories plus larges). Comme la littérature, confirmée par mes premières analyses, laissait entendre que la question de la culture pouvait être conflictuelle, je me suis plus spécifiquement attardée à tout ce qui pouvait laisser

présumer d'un conflit. Pour chaque thème/conflit, je me suis efforcée d'identifier les mécanismes de défense en m'appuyant principalement sur les façons de dire (méthode décrite ci-dessus). Dans ce même document, j'ai également essayé de voir si les conflits trouvés se reflétaient dans la manière dont les entrevues se sont déroulées avec moi (places interlocutives).

C'est à cette étape que des questions de recherche plus précises pour les deux articles ont émergé. Ce serait faux de dire que je n'avais jamais pensé à ces questions de recherche avant. Il est clair que j'ai choisi ce sujet en ayant en tête la question des conflits entourant le fait d'être psychologue et immigrant (premier article) ou autour du contre-transfert culturel (deuxième article). Toutefois, j'avais également plusieurs autres questions à l'esprit qui ont été écartées et je ne savais pas à l'avance de quelle façon ces grands thèmes allaient être traités.

Je tiens aussi à préciser qu'il y a peut-être un écart entre les ambitions de la méthodologie de recherche d'accéder à des processus inconscients et l'accès réel à ces processus dans les résultats tels que présentés. Premièrement, il est difficile de savoir si quelque chose de non-dit directement est déguisé consciemment ou inconsciemment. Deuxièmement, il était important pour moi de ne pas faire d'hypothèses sur le fonctionnement intrapsychique des participants en tenant des propos qui seraient plus de l'ordre d'une étude de cas approfondie. Même si j'ai bien sûr fait toutes sortes d'hypothèses dans mes documents de travail, notamment dans mes réflexions par rapport aux places interlocutives, je n'ai pas considéré qu'il était pertinent de les exposer dans mes articles. En effet, le but n'était pas d'analyser des conflits intrapsychiques personnels des participants. Dans un contexte de recherche où il n'est pas possible d'avoir une confirmation de nos hypothèses par d'autres entrevues, il était important pour moi de garder une certaine retenue quant à mes pensées sur le fonctionnement inconscient des participants.

Étape 5. Mise en regard des documents et identification de thèmes communs entre les participants

Finalement, j'ai repris chacun de ces documents de travail (un par participants) et les ai mis en commun afin d'y déceler une orientation générale. S'est alors effectué un travail où j'ai joué avec différents thèmes, différentes formulations de ces thèmes pour aboutir à ceux retenus dans les deux articles.

3.8 Éthique

Cette recherche suit les principes éthiques recommandés par la deuxième édition de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC2, 2012).

3.8.1 Considérations éthiques au sujet du matériel utilisé (les dessins)

Les dessins d'enfant ont été utilisés en tant que matériel secondaire puisqu'ils ont été à l'origine recueillis dans le cadre d'une autre recherche (CoPsyEnfant). Ce matériel contient des renseignements non identificatoires, car il n'y a pas raisonnablement lieu de croire qu'ils permettraient d'identifier un enfant ou sa famille. En effet, tous les noms ont été remplacés par des pseudonymes. Les seuls renseignements que j'ai divulgués sont le sexe, l'âge, l'origine de l'enfant et son lieu de résidence (de façon très vague, soit le Grand-Montréal). Il est donc fortement improbable qu'une personne puisse découvrir l'identité d'un enfant uniquement à partir de ses dessins et de ces quelques renseignements. En raison de la nature non identificatoire de ces renseignements, j'avais l'autorisation d'utiliser les dessins sans obtenir de consentement des enfants et de leurs parents (EPTC2, 2012).

3.8.2 Considérations éthiques au sujet des participants

Cette recherche est considérée « à risque minimal ». En effet, la probabilité et l'ampleur des préjudices éventuels découlant de sa participation sont infimes en raison des précautions prises au niveau de l'anonymat et de la confidentialité, de la nature inoffensive de la tâche demandée et du type de participants (des psychologues qui ne font pas partie d'une population vulnérable). Les principes éthiques suivants ont été respectés :

Consentement libre et éclairé

Les participants ont signé un formulaire de consentement qui leur a été soigneusement expliqué (*voir Annexe D*). Ce document contenait entre autres des informations sur la nature de la recherche, les risques et avantages de la participation et le droit de retrait. Je dois préciser que malgré ces précautions, une participante s'est sentie « flouée », car selon elle, ce que j'indiquais dans mon annonce de recrutement ne correspondait pas complètement à ce à quoi elle s'attendait. Plus précisément, elle a été surprise de constater que cette recherche impliquait une part de dévoilement personnel, s'attendant plutôt à ce que je m'intéresse uniquement à son expertise. Cet incident est d'ailleurs mentionné dans le premier article (*voir Section 4.6.3*).

Analyse des risques et des avantages

Cette recherche ne présentait aucun danger de désagréments importants. Elle ne risquait pas de nuire à la réputation ou à la vie professionnelle des participants, car leur anonymat a été préservé. Il existait cependant un risque de préjudice psychologique temporaire comme une réaction émotionnelle désagréable en observant les dessins ou en répondant à une de mes questions. Toutefois, ce risque me semblait beaucoup plus faible que les avantages potentiels de cette recherche. En effet, les participants ont eu l'occasion de réfléchir sur leur façon d'aborder un matériel graphique et ont pu, je l'espère (et certains en ont témoigné), en tirer des apprentissages utiles pour leur

pratique. De plus, ils ont pu avoir le sentiment de participer à l'avancement des connaissances dans un domaine qui leur tient à cœur, à savoir la psychologie.

Anonymat et confidentialité dans le traitement et la diffusion des résultats

L'anonymat des psychologues a été garanti tout au long du processus de recherche grâce à l'utilisation de pseudonymes. Les résultats sont présentés de façon qu'il ne soit pas possible d'identifier une personne.

Recherche du bien pour autrui et de la non-malfaisance

Tout a été mis en œuvre pour que les participants ressortent satisfaits de leur expérience. Une attitude ouverte et bienveillante a été adoptée.

Équité

Aucun candidat n'a été exclu de l'étude sans raison solide. Mes critères de sélection sont basés entre autres sur l'origine en raison même de mon sujet de thèse. Il ne s'agit pas d'iniquité, mais de cohérence avec ma question de recherche. À l'étape du recrutement, je suis entrée en contact avec les personnes pressenties d'une façon qui expliquait clairement pourquoi leur origine immigrante ou québécoise faisait partie de mes critères de sélection.

Droit de retrait et soutien

Les psychologues pouvaient se retirer à tout moment de la recherche (clause incluse dans le formulaire de consentement).

CHAPITRE IV

ÊTRE PSYCHOLOGUE ET IMMIGRANT : LES ENJEUX DE LA CLINIQUE

Nathalie Tissières¹ et Irène Krymko-Bleton²

¹ Candidate au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal

² Professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

4.1 Résumé

Bien que nombreux au Québec, les psychologues immigrants vivent une réalité professionnelle peu connue. Cet article explore les enjeux cliniques qui leur sont spécifiques. Lors de deux entrevues, quatre psychologues immigrants ont commenté des dessins d'enfants et abordé leur pratique clinique. Les données ont été analysées selon l'approche psychodynamique. Les résultats se déclinent en trois thématiques : le rôle de l'identité culturelle des psychologues dans leurs interprétations des dessins, leur relation avec leurs patients immigrants et l'impact d'expériences de discrimination sur leur identité professionnelle. Leur position d'immigrants leur donne des atouts de taille, mais il y a également un revers à la médaille telles des difficultés à faire reconnaître leurs compétences, la discrimination et des conflits identitaires. Ces défis constituent des expériences de vie très précieuses pour la clinique, si les enjeux narcissiques qu'ils soulèvent sont élaborés.

Mots-clés : psychologues, migrants, culture, dessins, identité professionnelle, racisme, contre-transfert

4.2 Abstract

[Being psychologist and immigrant: clinical issues]

Although there are many immigrant psychologists in Quebec, their professional reality is barely known. This article explores the clinical issues specific to them. In two interviews, four migrant psychologists commented on drawings of children and discussed their clinical practice. Data was analyzed based on the psychodynamic model. The results are based around three themes : the role of the cultural identity of psychologists in their interpretations of the drawings, their relationship with their

immigrant patients and the impact of discriminatory experiences in the psychologists' professional identity. Their position as immigrants gives them tremendous assets, but there are also downsides: difficulties to get their skills recognized, discrimination and identity conflicts. These challenges are very valuable life experiences to the clinical practice, if the emerged narcissistic issues are managed and elaborated.

Keywords: psychologists, immigrants, culture, drawings, professional identity, racism, countertransference

4.3 Resumen

[Ser psicólogo e inmigrante : Retos en la práctica clínica]

Aunque sean muchos los psicólogos inmigrantes en Quebec, su realidad profesional es poco conocida. Este artículo explora los retos clínicos específicos de ella. A partir de dos entrevistas, cuatro psicólogos inmigrantes comentaron sus impresiones sobre dibujos de niños y discutieron su práctica clínica. Los datos fueron analizados a partir de un modelo psicodinámico. Los resultados se basan en tres temas: el papel de la identidad cultural de los psicólogos y su influencia en las interpretaciones de los dibujos, la relación con sus pacientes inmigrantes y el impacto de experiencias de discriminación en la identidad profesional de los psicólogos. Su situación como inmigrantes les trae ventajas, pero también desventajas : la dificultad de que sus habilidades sean reconocidas, la discriminación y los conflictos de identidad. Estos desafíos podrían ser experiencias de vida muy valiosas para la práctica clínica, si los psicólogos trabajan y elaboran los conflictos narcisistas que surgen.

Palabras clave : psicólogos, inmigrantes, cultura, dibujos, identidad profesional, racismo, contratransferencia

4.4 Introduction

Au Québec, comme dans d'autres contrées accueillant de nombreux immigrants, la psychologie clinique est pratiquée par des professionnels de diverses origines. Or la spécificité de leur expérience est peu connue. Étant moi-même immigrante, j'ai constaté que mon origine pouvait compter dans mes rapports avec certains patients⁶. J'ai donc décidé de me pencher sur les spécificités des relations thérapeutiques tissées par les psychologues porteurs de plusieurs identités culturelles dans une thèse doctorale, dont cet article présente une partie des résultats de recherche.

Le vécu des psychologues immigrants s'inscrit dans le contexte québécois où la pratique de la psychologie est régie par un organisme, l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ). Un clinicien formé à l'étranger est dans l'obligation de faire une demande de permis auprès de l'OPQ pour pouvoir travailler. Si ses compétences ne sont pas jugées équivalentes à celles demandées au Québec, une formation complémentaire lui sera imposée. Ce parcours de reconnaissances des compétences représente un premier obstacle de taille pour les immigrants souhaitant intégrer le marché du travail. De plus, l'identité professionnelle de ces psychologues est inévitablement teintée de leurs expériences au sein de la société québécoise. Même si, en comparaison avec la France, cette société vit moins de tensions ethniques, la discrimination et la stigmatisation sont présentes sous différentes formes. Pour des raisons historiques, les questions d'identité culturelle sont en fait particulièrement sensibles dans un Québec qui cherche à affirmer sa spécificité face au Canada.

Je suis partie du présupposé que les psychologues en situation de *métissage culturel* (Moro, 1998) ou plus spécifiquement les psychologues immigrants de première ou

⁶ Cet article a été écrit en étroite collaboration avec ma directrice de thèse, Irène Krymko-Bleton, mais en raison de la nature personnelle de certains propos, la première personne du singulier a été privilégiée.

deuxième génération (c.-à-d. enfants de parents immigrants) étaient confrontés à des enjeux particuliers et que cela ne manquerait pas d'avoir un impact sur leur identité professionnelle. En effet, la pratique des psychologues est influencée non seulement par leurs formations et leurs expériences cliniques, mais aussi par leur vie personnelle, dont l'immigration et la culture forment une part importante (Skovholt et Starkey, 2010). Ce présupposé m'a amenée à me poser les questions suivantes : quels sont les enjeux spécifiques aux psychologues immigrants⁷ ? Comment l'identité d'immigrants des psychologues teinte-t-elle leur identité de psychologues ?

4.5 Méthode

Pour participer à la recherche, les psychologues devaient travailler en clinique infantile, être immigrants de première ou deuxième génération et se réclamer de l'approche psychodynamique. Trois des participants ont grandi au Québec dans des familles immigrantes (Sarah : Maghreb ; Cindy : Afrique subsaharienne ; Elena : Amérique latine⁸). Le quatrième (Ibrahim) a quitté son Maghreb natal à l'âge adulte. Des dessins d'enfants ont servi de matériel de recherche. Il s'agit des œuvres d'enfants de trois origines différentes (Haïti, Québec et Amérique latine) sélectionnées principalement en fonction de leur susceptibilité de susciter des interprétations liées aux origines. Les dessins avaient été recueillis dans le cadre d'une autre recherche⁹ où il avait été demandé à des enfants d'écoles primaires de Montréal de produire quatre dessins : un dessin libre, un dessin d'un bonhomme, un dessin de leur famille réelle et un dessin d'une famille rêvée.

⁷ Pour éviter des lourdeurs dans le texte, j'utilise le terme de psychologues « immigrants » autant pour les immigrants de première que de deuxième génération.

⁸ Afin de préserver la confidentialité, les prénoms ont été changés et les origines en partie modifiées.

⁹ CoPsyEnfant, la construction de l'identité aujourd'hui : construction psychique et psychopathologie de l'enfant dans les nouveaux liens familiaux et sociaux.

Le discours des participants a été recueilli au moyen de deux entrevues. Lors de la première rencontre, j'ai présenté les dessins aux psychologues en les informant du sexe, de l'âge et de l'origine des enfants, puis les ai invités à me parler de ce que ces dessins leur évoquaient. Ce dispositif a été choisi, car il a l'avantage de mettre au travail les participants en les plaçant dans une situation proche de la clinique où ils ont la possibilité de prendre en compte des facteurs culturels. Mes interventions, très limitées, ont surtout servi à soutenir l'élaboration puisque la trame de l'entrevue reposait sur les dessins. La deuxième rencontre a consisté en une entrevue semi-structurée qui abordait la pratique clinique et l'histoire d'immigration de chacun des psychologues. Les questions se voulaient ouvertes (par exemple : c'est comment, pour vous, de travailler avec des patients immigrants ? Pourriez-vous me dire quelques mots sur votre histoire d'immigration ?) afin de laisser le discours des participants se déployer de lui-même, condition indispensable pour permettre par la suite une analyse des données qui s'appuie sur une pensée psychanalytique. Cette deuxième entrevue m'a donc donné accès au discours et aux réflexions des psychologues sur la clinique, dont la clinique en contexte interculturel.

Les analyses se sont déroulées en plusieurs étapes itératives : imprégnation dans les données, analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2003) et analyses minutieuses selon une méthode inspirée de la psychanalyse et de la pragmatique linguistique (Krymkov-Bleton, 2014). Cette méthode consiste entre autres à porter une attention particulière au contexte relationnel de la rencontre, notamment au moyen de l'analyse des places interlocutives (Flahault, 1978). Elle implique aussi de suivre les fils associatifs, soit la suite des idées ou les ruptures du discours révélant éventuellement les préoccupations du sujet, conscientes et inconscientes. Mon attention s'est également portée sur tout ce qui témoigne, dans les façons de dire, de la conflictualité du sujet : les confusions, les contradictions, les fautes, les hésitations, les rires, etc. Les résultats prennent la forme d'interprétations, toujours hypothétiques, mais appuyées par de brefs extraits de verbatim et rigoureusement justifiées.

4.6 Résultats

Les données ont été organisées autour de trois thèmes : 1. le rôle de l'identité culturelle des psychologues dans leurs interprétations des dessins ; 2. la relation des psychologues immigrants avec leurs patients immigrants ; 3. l'impact d'expériences de discrimination sur l'identité des psychologues.

4.6.1 Le rôle de l'identité culturelle des psychologues dans leurs interprétations des dessins

Le vécu culturel des participants leur offre le plus souvent une perspective riche et une sensibilité qui leur permet de prêter attention à des éléments qui auraient autrement pu passer inaperçus. Par exemple, Sarah, qui a grandi dans une famille « patriarcale » est la seule participante à imaginer, à partir des dessins du petit Latino-Américain, que l'enfant souhaiterait avoir « une famille plus égalitaire au niveau des rapports de force ». Elena se demande lequel, parmi les enfants de la famille haïtienne (*voir Annexe A, Figure 3*), est le plus susceptible de se débrouiller dans la société d'accueil. Cela fait écho à son histoire personnelle puisqu'elle a parfois servi de traductrice pour sa mère. De même, Cindy, qui est noire, est la seule à se questionner sur l'impact de la couleur de peau des personnes qui ont collecté les dessins. Ces quelques exemples démontrent donc que les participants immigrants ont une sensibilité accrue pour les enjeux liés aux origines qui leur sont familiers. Toutefois, il peut arriver que l'histoire personnelle conduise à un certain aveuglement. C'est le cas lorsqu'Ibrahim éprouve beaucoup de difficultés à concevoir que le pilote d'avion dessiné par le petit Latino-Américain ne soit pas le père de l'enfant (*voir Annexe A, Figure 12*). L'idée qu'« on suit le père » est très ancrée chez lui et limite sa capacité à penser une situation manifestement différente. Notons qu'il n'y a évidemment jamais un calque direct entre

expérience personnelle et interprétations des dessins. Par exemple, on aurait pu penser qu'en regardant le dessin de la famille rêvée du Latino-Américain (un soleil radieux avec une famille sur le point de monter dans un avion [voir *Annexe A, Figure 12*]), tous les participants évoqueraient le thème de la nostalgie du pays d'origine, un sentiment fréquent chez les immigrants. Ce n'est pourtant pas le cas.

Parfois l'identité culturelle apparaît conflictuelle et peut avoir une influence indirecte sur les interprétations des dessins, notamment en suscitant une certaine inhibition. Ainsi, quand je demande à Sarah quels sont ses points de repère pour interpréter les dessins, elle commence par dire, sur la défensive, qu'elle n'a « pas l'impression d'être influencée par ses origines [mais par] toute sa formation ». Cette participante craignait de voir ses commentaires réduits à ses origines et cela a teinté les entrevues. J'y observe en effet à plusieurs reprises des propos suggérant la méfiance. Cela transparait par exemple dans sa façon de toujours se demander ce que je cherche à lui faire dire. L'hypothèse d'un conflit identitaire est appuyée également par son besoin de se définir (« je suis vraiment québécoise dans l'âme, mais il reste quand même quelque chose [de mes origines arabes] »). Ce conflit est d'ailleurs en partie conscient chez Sarah qui me fait part de sa réaction quand elle a entendu parler de ma recherche : « Je dirais que mon premier réflexe était très étrange parce que je me suis mise à chercher qui je connaissais d'autres cultures à vous référer comme si moi je n'étais pas..., comme si moi j'étais québécoise de souche. »

4.6.2 La relation des psychologues immigrants avec leurs patients immigrants

Les psychologues immigrants ont été particulièrement interpellés par mes questions sur leur travail avec des patients immigrants, surtout lorsqu'ils proviennent de la même origine qu'eux. Ils soulignent à plusieurs reprises leur capacité à comprendre certains

comportements culturels qui, d'un point de vue québécois, pourraient sembler étranges. Elena et Sarah sont touchées par les personnes de leur origine (« je comprenais tellement [ce patient] ») et évoquent un confort, une familiarité ou un plaisir à travailler avec elles. Elles supposent avoir « plus d'empathie », être « moins heurtées » par certains comportements culturels ou être « moins gênées » que certains de leurs collègues d'aborder de front des questions culturelles. Il peut y avoir aussi certains dangers à se sentir très familiers avec des patients. Par exemple, Elena est persuadée qu'aucune mère latino-américaine n'accepterait que sa fille aille dormir chez des amis par crainte d'agressions sexuelles. Pour elle, « la maman ne changera pas », comme sa propre mère qui « n'a jamais dérogé là-dessus ». On peut se demander s'il ne serait pas difficile pour elle de considérer un cas de figure différent qui ne refléterait pas son expérience de cette culture.

Par ailleurs, ces participantes démontrent de l'ambivalence quand elles évoquent les possibles avantages qu'elles retirent de leurs origines. Elena précise par exemple que le plaisir à rencontrer des patients d'origine latino-américaine « n'a rien à voir avec ses qualités de thérapeute ». De façon générale, tous les participants ont ressenti le besoin de m'indiquer que leurs relations aux patients québécois se passaient bien, comme s'ils craignaient que leurs compétences culturelles discréditent leurs compétences cliniques.

Contrairement aux autres participants, Cindy ne me parle pas spécifiquement des patients de la même origine qu'elle, mais de sa relation avec les immigrants de tout horizon. Ils constituent d'ailleurs 75 % de sa clientèle, ce qui est très élevé pour une pratique en bureau privé. Elle est particulièrement touchée par les effets de la discrimination sur ses patients, car elle en est également victime. Son discours est engagé et démontre un grand travail de conceptualisation de la discrimination, ce qui semble d'ailleurs attirer certains patients. Elle mentionne en effet une femme « de couleur » qui s'est sentie accueillie, car Cindy s'est montrée sensible et informée de son quotidien en tant que minorité.

Ibrahim aborde une autre thématique, soit la difficulté d'appliquer le code de déontologie québécois quand on travaille avec des adolescents maghrébins. Les parents souhaitent obtenir des informations sur le jeune que le psychologue n'est pas en droit de divulguer. Ce refus d'accéder à la demande des parents peut, selon lui, conduire à une cessation de la thérapie. Face à ce défi, il a opté pour la stratégie plutôt extrême d'éviter les patients du monde arabe.

4.6.3 L'impact d'expériences de discrimination sur l'identité des psychologues

Deux participants relatent des expériences professionnelles difficiles qu'ils attribuent à des préjugés liés à leurs origines. Il s'agit de Cindy et Ibrahim, les deux participants dont la différence est la plus « visible » par la couleur de peau ou un accent prononcé. Cindy mentionne des « expériences de racisme » « à répétition » dans sa vie quotidienne et au travail qui l'ont conduite à rechercher des milieux professionnels accueillants envers sa différence. Elle considère également que sa fonction de psychologue la protège contre un racisme qui pourrait venir des patients. Tout d'abord, ceux qui choisissent de venir la voir sont la plupart du temps au courant de sa couleur de peau. Selon elle, « il doit y avoir une nette différence entre quelqu'un qui ne s'attend pas du tout à voir quelqu'un qui est noir, versus quelqu'un [...] qui sait que le psychologue est immigrant [...] ». Elle affirme aussi se sentir « protégée » dans sa clinique, car « la relation est par définition asymétrique ».

Cette participante s'est montrée particulièrement méfiante par rapport à la tâche que je lui demandais. Quand elle a compris que je m'intéressais à elle sur un plan personnel et non uniquement à son expertise en tant que psychologue, elle s'est sentie flouée, me reprochant un formulaire de consentement pas assez explicite. Sa réaction a eu une ampleur que je n'ai pas retrouvée chez les autres participants. J'é mets l'hypothèse que

parmi ses mécanismes de défense face à la discrimination se trouve l'évitement de situations où elle risquerait de se montrer vulnérable. L'« asymétrie » qu'elle vit dans ses relations thérapeutiques pouvait donner l'impression d'être renversée dans mon dispositif de recherche, puisqu'elle pouvait se sentir dans le rôle d'un patient à qui l'on fait passer un test projectif, perdant ainsi un statut protecteur d'expert. Son désir de ne pas s'exposer transparait également dans sa tendance à parler de discrimination en termes plus politisés que subjectifs, comme dans l'extrait suivant :

Est-ce que l'identité culturelle et l'appartenance c'est un enjeu qui m'habite... euh... ben oui, oui et non (rire). [...]. Mais je pense que ça m'habite par définition à cause de la couleur de ma peau [...] Ben vous voyez en fait parce que quand j'ai dit ça, je pensais, je pensais à mon corps, mon corps qui par définition est politique, c'est autant l'enveloppe que ma, ma personne...

Tous ces éléments laissent penser que les expériences de discriminations imprègnent fortement la personnalité de Cindy. Sa façon de s'en défendre est de se montrer performante et de contrôler la situation, tendances qui se retrouvent peut-être aussi dans ses relations thérapeutiques.

Ibrahim a également été confronté à des situations d'adversité en raison de son origine. Pour lui, la première difficulté est très concrète puisqu'elle est venue de la reconnaissance de ses diplômes par l'OPQ. Minimisant tout d'abord les embûches rencontrées, il admet finalement avoir senti « beaucoup de résistance ». Contrairement à Cindy, il ne parle jamais directement de racisme, mais le sous-entend. Par exemple, il explique sa difficulté à faire reconnaître ses compétences par son nom (« le nom, c'est un peu Ibrahim hein... »). Son rapport à l'OPQ apparaît ambivalent. D'une part, il démontre son respect pour la rigueur de cette institution (« c'est l'Ordre qui supervise tout, qui contrôle, c'est bon »), mais d'autre part, il la critique, lui reprochant d'être « perfectionniste » et d'avoir des exigences démesurées envers les immigrants si on les

compare avec la formation des psychologues au Québec (« par rapport à notre formation [dans mon pays], c'est presque rien »).

Ibrahim a également été confronté à de « la résistance » de la part de ses collègues. Sa stratégie pour préserver son narcissisme est de reprendre un certain contrôle, et ce au moyen de l'intellectualisation. Il affirme par exemple comprendre les « mécanismes régulateurs » « normaux » suscités par la présence « d'un corps étranger ». D'ailleurs, « se défendre, c'est bien ». Sa façon de se protéger du rejet est d'être « modeste » et de « ne pas montrer (sa) compétence ». Cette nécessité de se défendre exige des efforts probablement fort coûteux sur le plan psychique, car ils impliquent un contrôle de soi permanent.

Qu'en est-il de la relation d'Ibrahim à ses patients ? Ressent-il avec eux aussi le besoin de protéger un narcissisme potentiellement mis à mal ? L'on peut supposer que son positionnement face à moi se retrouve dans une certaine mesure avec d'autres personnes, y compris ses patients. J'ai à plusieurs reprises eu le sentiment qu'il avait le désir de me prouver ses compétences et d'obtenir de ma part la reconnaissance qui lui a fait défaut ailleurs. C'est peut-être ce désir qui l'a conduit à poser des diagnostics sur les enfants, se plaçant ainsi en position d'expert. Il dépeint son idéal de la profession de psychologue, puis affirme n'avoir qu'un quart de ces qualités, usant de la modestie qu'il pense indispensable pour se faire accepter et me signifiant ainsi ses standards élevés. À plusieurs reprises, il prendra soin d'exprimer son attachement à la science, reprenant à son compte un discours en vogue voulant qu'un bon psychologue s'appuie forcément sur des données probantes. En terminant, j'émet l'hypothèse que le rejet expérimenté par Ibrahim l'empêche peut-être d'admettre certaines difficultés réelles qu'il rencontre dans son travail. Je suppose en effet qu'il doit parfois faire face à des malentendus liés à la culture ou à la langue. Il y en a eu avec moi, certaines de ses tournures de phrases me paraissant énigmatiques, et il serait étonnant que cela ne se passe pas aussi avec d'autres personnes.

4.7 Discussion

Les résultats de cette recherche démontrent que la position d'immigrants ou d'enfants d'immigrants des participants peut leur donner des atouts de taille, mais qu'il y a également un revers à la médaille. Du côté des avantages, ces psychologues se montrent particulièrement sensibles aux patients qui ont un vécu qui se rapproche du leur. Connaître une culture de l'intérieur favorise une attitude bienveillante face à des comportements ou propos qui sont étrangers à la culture québécoise. Du côté des défis de leur position d'immigrants se trouvent les nombreux obstacles pour faire reconnaître leurs compétences auprès de l'OPQ et des difficultés dans leur milieu de travail où leur différence est tantôt reconnue et valorisée, tantôt niée ou réifiée. Ce dernier point reflète d'ailleurs ce qui se passe dans l'ensemble de la société québécoise où les immigrants peuvent rencontrer un accueil chaleureux tout comme de l'hostilité. Il me paraît donc important de reconnaître que ces psychologues évoluent dans un certain contexte qui peut, en soi, être difficile. L'expérience des quatre participants de cette recherche, plus particulièrement de Cindy, Ibrahim et Sarah, permet d'illustrer plusieurs réactions subjectives possibles à ce contexte.

Le cas de Cindy témoigne de la nécessité de développer des stratégies pour se protéger de la discrimination ou d'un racisme qui, même s'il prend rarement la forme d'expression de haine directe, a une portée psychologique souvent sous-estimée (Delapp et Williams, 2015). Une de ses stratégies passe par le choix d'un milieu de travail accueillant envers sa différence. Par ailleurs, elle dit se sentir protégée par son statut de psychologue et évite de dévoiler sa vulnérabilité dans les entrevues en adoptant un discours théorique ou politisé plutôt qu'introspectif. Il n'est pas étonnant que ce soit la participante dont la différence, par sa couleur de peau, est la plus visible qui rapporte le plus de discrimination. Selon Tummala-Narra (2007), la couleur de peau est un thème souvent politiquement incorrect et délicat qui gagnerait beaucoup à être

abordé en clinique. La discrimination raciale vécue par les psychologues noirs devrait également être reconnue par les superviseurs cliniques, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas (Msebele et Brown., 2011).

Le vécu d'Ibrahim illustre les conséquences psychologiques des démarches pour obtenir un permis de pratique de l'OPQ. Il a ressenti de l'injustice face à la non-reconnaissance de ses compétences. Ce premier contact avec la profession de psychologue pour les immigrants peut avoir des conséquences à long terme, en particulier un besoin constant de prouver leurs compétences. Cette préoccupation de préserver un statut d'expert peut, entre autres, mener à l'inhibition de certaines intuitions cliniques ou passer pour de l'arrogance. Bien qu'il soit légitime que les psychologues immigrants fassent la preuve de leurs compétences, il serait intéressant de se demander s'il serait possible de rendre ce parcours pour obtenir un permis moins blessant sur le plan narcissique.

Avec Sarah, j'ai surtout constaté des conflits identitaires qui se manifestent, entre autres, dans son besoin d'être reconnue comme québécoise. Il se pourrait que le cas particulier du Québec vienne exacerber ce genre de conflit. Bien que majoritaires au Québec, beaucoup de francophones peuvent paradoxalement se considérer comme une minorité vulnérable (Kirmayer et Bennegadi., 2011) et par le fait même, se montrer méfiants face aux étrangers. Au niveau de la clinique, il est possible que ces conflits empêchent Sarah, dans une certaine mesure, d'utiliser ses connaissances et son expérience avec la culture arabe. Selon Kirmayer et al. (2008), la réticence ou l'incapacité à utiliser des connaissances culturelles tacites peut également provenir d'une distanciation de la culture d'origine des cliniciens au cours de leur formation.

Il est important de souligner que tous ces défis constituent aussi des expériences de vie qui peuvent s'avérer très précieuses, comme le témoignent d'ailleurs les participants de cette recherche. Mais si les enjeux narcissiques qu'ils suscitent inévitablement sont déniés par les psychologues, il y a forcément des conséquences négatives au niveau de la clinique.

Des enjeux non élaborés risquent soit d'être ignorés chez leurs patients, soit au contraire projetés de façon massive. Arpin (1992) avait d'ailleurs déjà souligné l'importance d'une « anamnèse culturelle du clinicien », un élément fondamental dans l'élaboration du contre-transfert culturel. Selon lui, la lucidité sur sa propre identité culturelle améliore la qualité des relations thérapeutiques et diminue le retranchement derrière un professionnalisme qui abuserait des catégories diagnostiques. Notons que cela vaut autant pour les psychologues immigrants que pour les représentants de la culture majoritaire.

Il me semble inévitable, dans une recherche sur le rôle de la culture dans les relations thérapeutiques, d'effectuer une réflexion sur mon contre-transfert culturel durant les entrevues. Je n'ai pas développé de fortes identifications avec les psychologues immigrants, car leurs situations apparaissent toutes éloignées de la mienne. Sarah et Elena, qui ont grandi au Québec et qui ont un accent local, sont bien plus québécoises que moi. Ibrahim a émigré comme moi à l'âge adulte, mais il a étudié dans son pays, contrairement à moi. Quant à Cindy, elle vit à répétition des situations de dévalorisation en raison de sa couleur de peau, ce qui n'est pas mon cas. Chaque situation migratoire est unique et la mienne me semble comporter des privilèges (être blanche, avoir quitté mon pays par choix plutôt que par nécessité, être francophone au Québec) qui m'empêchent de prétendre savoir ce que peuvent vivre des personnes dont le contexte migratoire est plus difficile. Cela ne veut pas dire que je ne me suis par reconnue dans certains propos ni que mon vécu d'immigrante ne sera pas à l'occasion un atout dans mes relations avec des patients immigrants.

Avec Cindy, j'ai pu expérimenter à quel point il était délicat de parler de discrimination. Elle a abordé le sujet par elle-même, mais sans s'y attarder. Lui demander de décrire plus en détail des expériences de dévalorisation au potentiel traumatique comportait le risque de l'exposer à de la revictimisation. De plus, j'étais bien consciente que ce sont des personnes blanches, dont je suis, qui ont eu des attitudes discriminatoires envers elle. Je pense que j'avais inconsciemment le désir de lui montrer que je n'avais pas ces préjugés négatifs sur les personnes noires. Il n'est pas évident de créer un espace sécuritaire pour

parler de ces questions et il serait fort utile de réfléchir, dans nos formations de psychologues, non seulement sur le racisme, mais aussi sur les émotions que la conscience de bénéficier du privilège blanc peut susciter (DiAngelo et Sensoy, 2014).

Je me suis également interrogée sur l'impact que peut avoir mon origine européenne sur les participants. Elena, Sarah et Cindy n'y ont pratiquement pas fait allusion explicitement, comme c'est souvent le cas quand il est question de culture (Moro, 1992). Par contre, Ibrahim s'est renseigné sur mon origine dès notre premier téléphone. Il a cherché à créer une alliance avec moi par ce biais et il se pourrait que ma position d'immigrante ait favorisé un discours libre de censures à propos de ses expériences québécoises. En tous les cas, il est certain qu'en clinique, il me faudra tenir compte des différentes fantaisies qui peuvent être suscitées par mon origine (et de mon contre-transfert face à elles).

De façon plus générale, cette recherche m'a conduite à m'interroger sur ce que signifiait être compétent culturellement. Je pense qu'auparavant, j'ai probablement sous-estimé l'importance des connaissances spécifiques à une culture, tablant plutôt sur les compétences génériques qui incluent une compréhension théorique large de la culture et de l'ethnicité. Si j'avais eu plus d'informations sur le pays d'origine d'Ibrahim et sur le statut des psychologues dans ce pays, j'aurais probablement mieux compris certains de ses propos. Il s'est également avéré que, bien que je vive au Québec depuis maintenant plusieurs années, je peux encore ignorer des éléments (des références géographiques par exemple) qui auraient pu soulever des questions intéressantes chez une personne mieux informée. Comme il est réalistement impossible de devenir expert de toutes les cultures, les compétences génériques, qui passent par la compréhension de sa propre culture, restent fondamentales (Kirmayer et al., 2008). Pour pallier le manque de compétences spécifiques, il est particulièrement important d'avoir des collègues avec des bagages culturels qui reflètent ceux des patients (Kirmayer et al., 2008), comme c'est le cas dans les consultations transculturelles groupales (Moro et al., 2006).

CHAPITRE V

LES CONFLITS SUSCITÉS PAR LA RENCONTRE CLINIQUE AVEC L'ALTÉRITÉ CULTURELLE ET LEURS EFFETS SUR LE CONTRE-TRANSFERT

Nathalie Tissières¹ et Irène Krymko-Bleton²

¹ Candidate au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal

² Professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

5.1 Résumé

La rencontre avec « l'autre étranger » suscite souvent des réactions qui, en clinique, peuvent se manifester au travers de ce qu'on appelle le contre-transfert culturel. Le présent article a pour objectif d'identifier quelques formes de contre-transfert culturel fréquemment représentées chez les participants de cette recherche (sept psychologues d'approche psychodynamique) et porte spécifiquement sur ses formes les plus conflictuelles, voire potentiellement problématiques. Les participants ont été rencontrés à deux reprises. Lors de la première entrevue, il leur a été demandé de commenter des dessins d'enfants de différentes origines. Lors de la suivante, ils ont été questionnés sur leur pratique en situation interculturelle. L'analyse qualitative des données a mené à l'identification de trois formes de contre-transfert culturel : la réticence à considérer l'origine des patients, le malaise autour des inégalités ethno-raciales et un ressenti de colère ou le sentiment d'être heurté par certaines attitudes de patients appartenant à une minorité culturelle. Des hypothèses explicatives de ces résultats et une réflexion sur les conditions permettant de dépasser certaines formes de contre-transfert culturel plus problématiques sont proposées dans la discussion.

Mots-clés : contre-transfert culturel, psychothérapie interculturelle, approche psychodynamique, dessins d'enfants, racisme.

5.2 Abstract

[The conflicts raised in the clinical encounter with cultural otherness and their effects on countertransference]

The clinical encounter with "the other stranger" often gives rise to reactions that can take the form of cultural countertransference. The purpose of this article is to identify a few forms of cultural countertransference that are frequently represented among the participants of this research (seven psychologists of the psychodynamic approach). Emphasis was then placed on the most conflicted or potentially problematic forms of cultural countertransference. Participants were met twice. During the first interview, they were asked to comment on drawings of children from different cultural backgrounds. In the second interview, participants answered questions about their practice in the intercultural context. The qualitative analysis of the data highlighted three forms of cultural countertransference: the reluctance to consider the cultural origin of the patients, the discomfort around ethno-racial inequalities and feelings of anger or of being stricken by certain attitudes of patients of cultural minorities. Explanatory hypotheses of the results are discussed and, after careful consideration, necessary conditions for overcoming problematic forms of cultural countertransference are proposed in the discussion.

Key-words: cultural countertransference, intercultural psychotherapy, psychodynamic approach, children's drawings, racism.

5.3 Introduction

Cet article, écrit dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie, s'appuie sur des entrevues de recherche où il a été demandé à des psychologues d'origines diverses pratiquant au Québec de commenter des dessins d'enfants de différentes origines et de parler de leur conception de la clinique interculturelle. L'analyse des données a mené à un premier article qui aborde les enjeux spécifiques aux psychologues immigrants tels que le rôle de leur identité culturelle dans leurs interprétations de dessins d'enfants, leur relation avec leurs patients immigrants et l'impact d'expériences de discrimination sur leur identité professionnelle (Tissières et Krymko-Bleton, 2018a). Ce deuxième article porte quant à lui sur les expériences de l'ensemble des psychologues interrogés (immigrants et québécois¹⁰) et se concentre spécifiquement sur la question du contre-transfert culturel.

Ce dernier se définit selon Baubet et Moro (2009) comme la manière dont le thérapeute se positionne intérieurement par rapport à l'altérité du patient. Autrement dit, il s'agit des réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes du clinicien aux affiliations de son patient, en situation clinique (Baubet et Moro, 2009). Ces réactions peuvent être suscitées par la culture au sens strict (par exemple la langue ou les manières de faire ou de voir le monde), mais aussi par des concepts connexes tels que l'immigration, la couleur de peau, les traumatismes de guerre ou encore la discrimination vécue par les patients. Certains psychologues interrogés ont parlé directement de quelques-unes de leurs réactions, mais principalement, il a surtout été possible de supposer la nature de leur contre-transfert culturel indirectement, en le déduisant à partir des façons de dire.

¹⁰ Pour éviter des formulations lourdes, j'utilise le terme *québécois* pour parler d'une personne qui vit au Québec depuis plusieurs générations. J'oppose ici ce terme à celui d'*immigrant*, même si en réalité, les immigrants ont souvent des identités fluides ou multiples et peuvent se considérer ou être considérés comme québécois.

Le contre-transfert culturel peut être un guide précieux pour la compréhension du patient comme il peut conduire à des écueils thérapeutiques s'il n'est pas élaboré (Rouchon et al., 2009). Même s'il est bien sûr unique à chaque relation thérapeutique, il y aurait des formes de contre-transferts culturels plus fréquentes que d'autres : le déni de la différence, sa réification, la fascination de l'exotique ou des affects de culpabilité, pitié et agressivité (Rouchon, 2007 ; Comas-Díaz et Jacobsen, 1991). Dans la littérature, ce sont la plupart du temps les formes de contre-transferts culturels potentiellement problématiques (ou du moins conflictuelles) qui sont relevées et c'est également le parti pris de cet article. J'ai¹¹ donc laissé de côté les extraits d'entrevues (majoritaires chez certains participants, plus rares chez d'autres) laissant supposer un certain dégageant, une aisance dans la rencontre avec « l'autre étranger » (Rouchon et al., 2009).

Les conflits suscités par la différence culturelle ne sont pas problématiques en soi. Comme l'avance Rousseau (2008), « dans les sociétés métissées, le malaise de la rencontre avec l'autre fait partie d'un enrichissement social ». Toutefois, en clinique, ces conflits peuvent devenir des obstacles au bon déroulement de la thérapie quand ils sont évités, agis, ou non élaborés. L'objectif de cet article est donc de répondre à la question suivante : quelles sont les formes de contre-transferts culturels potentiellement problématiques les plus représentées parmi les participants ? J'ai cherché à répondre à cette question en m'adressant à des psychologues d'orientation psychodynamique pour plusieurs raisons : l'intérêt pour le contre-transfert propre à cette approche, ma familiarité avec elle et le désir d'une certaine uniformité dans mon échantillon.

¹¹ Cet article a été écrit en étroite collaboration avec ma directrice de thèse, Irène Krymko-Bleton, mais en raison de la nature personnelle de certains propos, la première personne du singulier a été privilégiée.

5.4 Méthodologie

Pour participer à la recherche, les psychologues devaient travailler en clinique infantile, se réclamer de l'approche psychodynamique et avoir déjà rencontré des patients provenant de minorités culturelles. Quatre participants sont immigrants de première ou deuxième génération, trois sont québécois depuis plusieurs générations.

Ces psychologues ont été rencontrés à deux reprises. Lors de la première entrevue, des dessins d'enfants de trois origines différentes (Haïti, Québec et Amérique latine) sélectionnés principalement en fonction de leur susceptibilité de susciter des interprétations liées aux origines leur ont été présentés. Les dessins avaient été recueillis dans le cadre d'une autre recherche¹² où il avait été demandé à des enfants d'écoles primaires de Montréal de produire quatre dessins : un dessin libre, un bonhomme « le plus beau possible », leur famille réelle et leur famille rêvée. Après avoir informé les participants du sexe, de l'âge et de l'origine des enfants, je les ai invités à me parler de ce que ces dessins leur évoquaient. Il s'agissait donc d'une entrevue non structurée où mes interventions se limitaient à soutenir l'élaboration. Cette première rencontre a servi de déclencheur des réflexions recueillies dans l'entrevue semi-structurée suivante qui abordait leur pratique clinique et leur histoire d'immigration dans le cas des psychologues immigrants.

Les analyses se sont déroulées en plusieurs étapes itératives : imprégnation dans les données, analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2003) et analyses minutieuses selon une méthode développée par Krymko-Bleton (2014a, 2014b, 2016). Cette méthode consiste entre autres à porter une attention particulière au contexte relationnel de la rencontre, notamment au moyen de l'analyse des places interlocutives (Flahault, 1978).

¹² CoPsyEnfant, la construction de l'identité aujourd'hui : construction psychique et psychopathologie de l'enfant dans les nouveaux liens familiaux et sociaux.

Elle implique aussi de suivre les fils associatifs, soit la suite des idées ou les ruptures du discours révélant éventuellement les préoccupations du sujet, conscientes et inconscientes. Mon attention s'est également portée sur tout ce qui témoigne, dans les façons de dire, de la conflictualité du sujet : les confusions, les contradictions, les fautes, les hésitations, les rires, etc. Les résultats prennent la forme d'interprétations, toujours hypothétiques, mais appuyées par des extraits de verbatim. Précisons aussi qu'il n'est pas toujours possible de déterminer la part de l'inconscient dans les réactions contre-transférentielles analysées. Souvent, l'analyse des façons de dire permet de détecter un conflit que l'on peut supposer en partie conscient chez le participant, même s'il n'est pas exprimé explicitement. De façon générale, la dimension strictement inconsciente du contre-transfert n'a pas pu être abordée dans cette recherche, le nombre restreint d'entrevues ne permettant pas d'accéder à un tel matériel.

5.5 Résultats

Je tiens à préciser que les formes de contre-transfert culturel décrites ici sont à comprendre comme des tendances générales puisque toute réaction contre-transférentielle est par définition une expérience unique et singulière donc nullement reproductible et standardisable (Rouchon, 2007). Le but est de poser certains repères, par une catégorisation inévitablement discutable, mais utile à la réflexion. Les trois formes de contre-transferts culturels retenues sont les suivantes : la réticence à considérer l'origine des patients, le malaise face aux inégalités ethno- raciales (une sous-catégorie du point précédent) et un ressenti de colère ou le sentiment d'être heurté par certaines attitudes de patients appartenant à une minorité culturelle.

5.5.1 Réticence à considérer l'origine des patients

Plus de la moitié des psychologues rencontrés (4 sur 7) ont montré une certaine réticence à prendre en compte l'origine des enfants dans leurs interprétations des dessins. Lorsqu'ils font des interprétations culturelles, ils ponctuent leur discours de termes illustrant leur besoin de se montrer extrêmement prudents. C'est le cas dans le commentaire suivant à propos de la présence d'une nièce dans le dessin de famille d'une fillette d'origine haïtienne (*voir Annexe A, Figure 3*) :

Je sais pas si le fait d'avoir une nièce dans sa famille tsé y a déjà beaucoup d'enfants hein, est-ce que, pourquoi elle inclut la nièce, c'est comme si quelque part les, la famille nucléaire c'est, mais ça c'est un préjugé que j'ai, mais c'est que les réseaux familiales dans les familles haïtiennes sont j'ai l'impression beaucoup plus importants que dans nos familles nord-américaines, je pense en tous cas donc euh, peut-être que c'est la trace de ça [...]

L'analyse des façons de parler de cet extrait laisse supposer que cette participante n'ose pas complètement associer culture haïtienne et familles élargies. Les signes d'hésitation s'accumulent : « je ne sais pas », « comme si quelque part », « j'ai l'impression », « je pense en tous cas », pour ne citer que les plus manifestes. En mentionnant que ce qu'elle avance est « un préjugé », elle dévoile sa crainte de généraliser abusivement, voire de discriminer, comme si nommer une différence (une conception différente de la famille) revenait à le faire. L'enfant étant absente, on peut supposer que son discours est contraint avant tout par mon regard sur elle (ou le regard des autres personnes qui pourraient avoir accès à ses propos dans son imaginaire, en dépit de la confidentialité assurée).

Malgré leur réticence initiale, la plupart des participants ont, à petites doses, tenu compte de la culture dans leurs interprétations. Pourtant, quand on leur demande quels ont été leurs points de repère pour leurs interprétations, ils ne pensent pas à la nommer,

une participante allant jusqu'à nier son influence même si certaines de ses interprétations y faisaient explicitement référence. De façon générale se dégage l'impression que les participants pensent rapidement à la culture ou aux notions connexes (c'est l'éléphant dans la pièce), mais que quelque chose les empêche de suivre pleinement leur idée première.

La réticence à considérer l'origine des patients se traduit aussi par une certaine banalisation de l'influence de la culture en clinique, comme le témoigne le peu d'intérêt de la grande majorité des participants pour les formations sur le sujet. Une participante avance par exemple qu'« il y a pas de frontières de cultures », affirmation qui semble faire fi des enjeux inévitablement suscités par la confrontation à l'altérité culturelle.

Une autre participante se montre plus ambivalente. Son propos pourrait se résumer ainsi : « la culture du patient, c'est important, mais pas plus que tout le reste ». Elle affirme ainsi d'abord tenir compte de la culture, notamment des différences entre elle et ses patients qui pourraient causer des incompréhensions, puis nuance en disant que la différence est toujours présente, peu importe la culture puisque « chaque client arrive avec ses référents » et qu'« il y a donc toujours une part d'inconnu à apprivoiser ». Son ambivalence et sa conflictualité transparaissent aussi dans l'extrait suivant (hésitations, les termes « peut-être » versus « souvent », « mais » et l'exemple choisi témoignant d'une association d'idées particulière entre l'origine culturelle et l'hospitalisation) :

Je vais peut-être plus poser de questions sur la culture ou sur euh, sur l'immigration souvent, mais comme je vais poser la question sur un enfant qui a été hospitalisé euh [...]

Un psychologue immigrant répète quant à lui à sept reprises qu'il est très « facile » de travailler avec des patients québécois. Il ne rencontrerait pas de barrières culturelles, ce qui me surprend, car il y a eu entre nous de légers, mais évidents malentendus culturels ou linguistiques. Chez lui, ce possible déni des difficultés peut probablement

être expliqué en grande partie par son besoin d'être reconnu dans ses compétences, ce qui n'a pas toujours été le cas en raison de sa position fragile d'immigrant (Tissières et Krymko-Bleton, 2018a).

Concluons cette partie par les mots éloquents d'une participante qui se montre lucide à propos du phénomène de la banalisation de la culture en clinique :

[La culture] est plutôt euh... je ne sais pas, scotomisée, c'est plutôt clivé dans le discours clinique c'est comme si ça n'existait pas ». [...] On ne l'abordera pas nécessairement facilement avec les gens, on le sait, on en tient compte, on y pense nous dans notre clinique, mais c'est pas si facile à arriver pis parler des éléments culturels qui peuvent affecter le... ajouter une couleur particulière au problème, tsé c'est ça, non je pense qu'on en tient pas assez compte en fait, pis on est gêné d'aborder ça avec les personnes, les parents.

5.5.2 Malaise autour des inégalités ethno-raciales

Le dessin du « plus beau bonhomme possible » de la fillette originaire d'Haïti (*voir Annexe A, Figure 2*) aurait pu susciter des commentaires sur les conséquences des inégalités ethno-raciales sur l'image de soi d'une enfant. Cette dernière a choisi de dessiner un personnage blanc et blond alors que dans ses dessins de familles, ses personnages ont la peau noire (*voir Annexe A, Figures 3 et 4*). Parmi les nombreuses explications possibles à cette particularité, une aurait pu être considérée : se pourrait-il que cette enfant ait associé la couleur de peau blanche à la beauté, car elle baigne dans une société où être noir est encore un désavantage à plusieurs niveaux (réussite scolaire, emploi, revenu) ? Étonnamment, la grande majorité des psychologues (6 sur 7) n'ont pas émis d'hypothèses explicites en ce sens. Les mots « racisme », « discrimination », « privilège blanc » ou « inégalité » sont absents de leur discours. Pourtant, plusieurs semblent en fait avoir pensé à cette hypothèse, mais se sont ensuite empressés de se diriger vers d'autres interprétations.

Une psychologue affirme par exemple à propos du bonhomme blanc de la fillette haïtienne « ne pas savoir ce que ça veut dire [...] par rapport à ses propres origines, si c'est important ou pas » puis évoque que ce n'est que très récemment que les enfants noirs dessinent des bonshommes de leur propre couleur de peau. Pourquoi ressent-elle le besoin de faire ce commentaire ? On pourrait supposer qu'il a pour fonction de banaliser cette particularité (qu'une enfant noire dessine un bonhomme blanc était la norme dans le passé). Soulignons aussi la nature paradoxale de ce propos qui, tout en banalisant un phénomène, évoque implicitement un passé d'oppression. Pourtant, elle se dira ensuite « frappée qu'il ne soit pas brun », expression forte émise sur un ton qui dément le caractère anodin de ce choix de couleur de peau.

Un autre participant imagine d'abord un « idéal en conflit avec ce qu'elle est », mais ses associations l'écartent ensuite de cette première idée. Ce dessin lui rappelle un jeune patient québécois qui s'était dessiné en noir, car il aurait voulu être bronzé, comme le reste de sa famille qui était partie à la mer sans lui. La situation est donc renversée, être noir (ou bronzé) est souhaité par un enfant. Ce clinicien a-t-il (inconsciemment, peut-être) cherché à retourner dans une zone confortable, évitant ainsi de se questionner sur les raisons qui pourraient pousser une enfant haïtienne à désirer être blanche ? Notons que l'idée d'exclusion, qui apparaît dans son exemple, laisse supposer que la question de la discrimination des personnes racisées ne lui a pas échappé complètement. Il avance d'ailleurs ensuite que ce serait selon lui « plus au niveau socio... de la sociologie qu'on trouverait peut-être des hypothèses », comme s'il ne pouvait concevoir d'avoir lui-même un double discours, à la fois psychodynamique et sociologique.

Une autre psychologue se questionne sur « l'identité de l'enfant » et sur sa façon de considérer « sa nouvelle culture ». Elle semble penser qu'il y a des enjeux liés à la couleur de peau puisqu'elle note que le bonhomme « fait très idéal caucasien ». Mais le commentaire suivant suggère aussi un évitement des inégalités ethno-raciales :

Dans certains pays, on va beaucoup rechercher la rareté donc, quelque chose de beau c'est quelque chose qui est rare, qu'on voit pas beaucoup. Alors si tout le monde est brun, ce qui est beau, c'est les cheveux blonds.

Étrange hypothèse qu'on peut difficilement imaginer s'appliquer à cette petite Haïtienne qui vit dans un pays majoritairement blanc (la « rareté » est plutôt d'être noir). Elle lui permet de substituer la question de la couleur de peau (et de la discrimination qu'elle peut impliquer) par un sujet plus universel, le fait de désirer la rareté. Par ailleurs, sa formulation (« dans certains pays », « on ») est floue et très générale, ce qui pourrait être interprété comme une défense l'éloignant de la situation présente, celle d'une enfant d'origine haïtienne vivant au Québec. Par la suite, elle tente de tirer un parallèle avec la valorisation du surpoids dans les pays souffrant d'insécurité alimentaire. Cet argument censé appuyer sa thèse du désir de ce qui est rare est incohérent puisque cette valorisation s'explique surtout par la richesse économique dont témoigne le surpoids. On pourrait donc présumer que cette psychologue a bel et bien associé la peau blanche à des privilèges, mais qu'elle a ressenti l'impératif de nier ce qui pourtant s'imposait à elle (dénégation).

Une autre psychologue fixe d'abord son attention sur des éléments du dessin qui ne concernent pas la couleur de peau (l'absence de robe chez une fille, le peu de couleurs des habits). Le thème de la couleur des habits laisse croire que la question de la couleur de peau affleure, mais qu'elle est mise à distance par déplacement. C'est uniquement à la fin de l'entrevue qu'elle aborde ce sujet, comme si quelque chose l'avait retenue avant. Elle supposera en effet un « rejet aussi de l'environnement tsé par rapport à son... à sa... le fait qu'elle a la peau noire », montrant ainsi qu'elle est consciente de l'existence de la discrimination. Son hésitation (« à son... à sa... ») dénote un malaise à parler de couleur de peau (terme tout de même plus acceptable que celui de « race »). Notons aussi que le terme d'« environnement » reste vague, moins menaçant que celui, par exemple, de société d'accueil.

5.5.3 Ressenti de colère ou sentiment d'être heurté par certaines attitudes de patients appartenant à une minorité culturelle

Même si beaucoup de participants ont eu généralement tendance à banaliser les difficultés possibles des rencontres interculturelles, certains d'entre eux ont aussi démontré, à certains moments, une capacité à nommer un contre-transfert culturel teinté d'affects tels que la colère ou le sentiment d'être heurté. Bien sûr, de tels affects peuvent survenir dans tout processus thérapeutique, peu importe l'origine ethnique. Mais il semblerait qu'ils soient particulièrement fréquents ou difficiles à dépasser lorsqu'ils sont suscités par la différence culturelle. Cette forme de contre-transfert n'est pas apparue dans les commentaires des dessins, mais lorsque les psychologues abordaient leur pratique. Cela s'explique certainement par la nature même de ce matériel, moins susceptible d'éveiller des affects intenses que des rencontres cliniques.

Voici un premier extrait qui illustre bien le ressenti de colère ou le sentiment d'être heurté d'une participante confrontée à des familles haïtiennes qui interrompent le suivi afin d'envoyer l'enfant se faire soigner en Haïti selon les croyances traditionnelles :

On nous annonce que le petit est parti dans la famille élargie en Haïti pis on sait qu'il va y avoir quelque chose de l'ordre de, je ne sais pas moi euh... j'ai oublié le terme de leur croyance païenne là [...] Là je ne comprends plus, je ne comprends pas tellement là les familles haïtiennes, ces aspects-là, ça... tsé je respecte, pis je me dis... pis ça me fâche, souvent ça me fâche je me dis ah, mais ça défait tout mon suivi ou tout ce que j'essaie de construire avec cet enfant-là, on dirait qu'ils ont pas confiance.

Cet extrait révèle (notamment par la répétition des verbes « comprendre » et « se fâcher » et le ton chargé d'affects) le désarroi de cette psychologue. Sa façon de parler du vaudou (la « croyance païenne » dont elle avait oublié le nom) laisse croire qu'elle conçoit les visions occidentales et traditionnelles de l'étiologie des maladies comme opposées et incompatibles. Derrière la colère et l'incompréhension se dévoile aussi une

blessure provoquée par son impression qu'on ne lui fait pas confiance et qu'on ne reconnaît pas son suivi à sa juste valeur.

Un autre psychologue se dit « heurté » par un père haïtien dont le fils manquait souvent les rendez-vous et qui lui aurait, de façon évidente, menti sur les motifs d'absence. Il suppose que la relation de ce père à l'autorité qu'il représentait est en lien avec le régime politique qu'il a pu subir en Haïti, mais cette possible explication ne le satisfait pas. Il semble avoir manqué de clés (possiblement culturelles, politiques, historiques) pour parvenir à « se décentrer culturellement » (Baubet et Moro, 2009), pour comprendre ce comportement et ainsi l'appréhender avec plus d'empathie.

Une troisième psychologue relate sa réaction lorsqu'une patiente d'origine arabe a commencé à porter le voile au cours du suivi. Elle aurait réalisé qu'elle trouvait cette décision « triste », même si « en élaborant avec elle, y avait quelque chose pour elle de très signifiant et de très positif ». Cette patiente aurait mis fin au suivi, notamment pour des raisons financières. Toutefois, la psychologue semble s'interroger sur l'impact de son malaise par rapport au voile :

Fait que là elle a eu une possibilité [au public], mais je me demande si ça n'a pas contribué euh, je me demande. Le fait que j'avais un malaise par rapport au voile. Mais en même temps, ça nous a obligés à en parler ou elle a dû élaborer qu'est-ce qu'elle en pensait, comment elle voyait ça pis euh.

Cet extrait pourrait laisser entrevoir que cette clinicienne se défend contre l'idée que son malaise ait joué un rôle dans le bon déroulement de la thérapie. Elle semble essayer de se convaincre du contraire (« mais en même temps »), soulignant les conséquences positives de son malaise. Les défenses transparaissent aussi dans les hésitations (« pis euh ») ou dans sa première phrase restée inachevée (« contribué » à quoi ?).

Dans ces trois exemples, le contre-transfert est nommé, en partie élaboré, mais plus difficilement dépassé ou reconnu dans ses conséquences sur la thérapie.

5.6 Discussion

Cette recherche a permis d'identifier trois formes de contre-transfert culturel fréquentes et potentiellement problématiques parmi les participants de cette étude : la réticence à considérer l'origine des patients, le malaise autour des inégalités ethno-raciales et un ressenti de colère ou le sentiment d'être heurté par certaines attitudes de patients appartenant à une minorité culturelle.

Les deux premières formes de contre-transfert relevées dévoilent une tendance à l'évitement des questions culturelles, en particulier quand elles touchent aux inégalités ethno-raciales. On pourrait aussi parler de censure, car de manière générale, la culture (et les notions connexes telles que l'immigration, la discrimination, etc.) était bien présente dans l'esprit des psychologues, mais quelque chose les empêchait de s'aventurer plus en avant sur cette voie. Un des résultats importants de cette recherche est le constat que les conflits inévitablement suscités par la rencontre avec l'autre étranger se sont présentés de façon privilégiée sur le mode de l'évitement. Cela est vrai dans ce contexte bien spécifique de recherche, mais il est également possible, voire probable qu'ils puissent aussi se retrouver fréquemment au sein de la clinique. Comment expliquer cette tendance à l'évitement ?

Une première explication possible est d'ordre sociologique et concerne le poids du politiquement correct aujourd'hui (Neville et al., 2013). Il y aurait un climat où le seul fait de nommer une différence pourrait être considéré comme raciste (Fassin, 2006). Il serait de bon ton d'être « aveugle culturellement », soit de prétendre que la culture ou la couleur de peau n'ont aucun impact sur nos vies (Neville et al., 2013). Il se pourrait donc que les psychologues soient influencés par ce climat qui prévaut dans les sociétés occidentales, même si bien sûr, il peut prendre différentes formes selon les régions.

Une autre hypothèse, plus psychologique, est avancée par Cooper (2010). Le simple fait de mentionner une différence raciale dans un contexte groupal soulèverait souvent une anxiété intense chez les membres blancs du groupe, même si cette différence est complètement visible et évidente pour tous. Il est vrai qu'il peut parfois être difficile de « nommer des caractéristiques phénotypiques sans être pris dans le mouvement de reproduire et d'imposer cette catégorisation » (Delanoë et Moro, 2016, p. 207). Mais ce phénomène semble avoir une ampleur qui va au-delà de cette considération. Les personnes blanches en Amérique du Nord vivraient dans un environnement social qui les exposerait peu à la réalité des minorités culturelles (existence de quartiers majoritairement blancs, sous-représentation des minorités culturelles dans les médias par exemple). Elles seraient donc protégées et isolées du stress racial, ce qui réduirait leur capacité à le tolérer (DiAngelo, 2011). Une forte anxiété apparaîtrait donc facilement et susciterait des mouvements défensifs tels que l'affichage d'émotions comme la colère, la peur, la culpabilité et des comportements comme l'argumentation, le silence ou la fuite. L'anxiété provoquée par le simple fait de nommer une différence culturelle pourrait aussi provenir d'une projection d'un « inconscient raciste » (Davids, 2003), qui serait présent en chacun de nous, sur la personne qui a nommé explicitement une différence culturelle (celle-ci étant accusée de racisme) (Cooper, 2010). De façon plus générale, l'angoisse suscitée par la différence culturelle peut être comprise au travers du concept d'« inquiétante étrangeté » (Freud, 1919). Ce concept freudien, repris par Kristeva (1988), fait référence à des angoisses infantiles refoulées qui se montrent à nouveau (Freud, 1919). L'intime surgit alors comme étranger, inconnu, au point d'en être effrayant (Menès, 2004). Ce phénomène surviendrait par exemple lors de situations déconcertantes (Freud, 1919). Le contact avec l'autre étranger, qui parfois décontenance, pourrait donc être vu comme une situation particulièrement propice à l'apparition d'un sentiment d'inquiétante étrangeté. Par ailleurs, d'autres explications d'ordre psychanalytique ont été avancées pour comprendre la fréquence de réactions fortes et même hostiles face à l'étranger. Pour Kaës (1998), la différence culturelle représenterait la « troisième différence », celle qui se prêterait bien à la métaphorisation des deux

premières différences, soit la différence entre humain et non-humain (première différence) et la différence des sexes et des générations (deuxième différence). La différence culturelle serait ainsi infiltrée par les angoisses des deux premières. L'étranger nous ramènerait donc à des questions psychologiques fondamentales comme celle de l'identité, de l'identité sexuelle et du statut de sujet (Fermi, 1998).

En outre, la prépondérance d'une tendance à l'évitement des questions culturelles pourrait aussi s'expliquer par des motifs propres à l'approche psychodynamique. Mentionnons d'abord la crainte des étiquettes et des diagnostics qui risqueraient d'enfermer une personne dans une pathologie ou dans un attribut culturel.

Par ailleurs, l'intérêt accru des psychanalystes pour la réalité psychique les pousserait parfois à vouloir s'extraire des questions raciales (Cooper, 2010). Mestre et Moro (2012) avancent que le politique (par exemple les inégalités ethno-raciales) rendrait aussi compte des limites de la psychanalyse. Selon ces auteures, il existerait une « résistance de la psychanalyse au politique » (p. 269) qui pourrait provenir du fait que certains psychologues peinent à accepter que leurs théories seules ne suffisent pas pour comprendre la souffrance d'un patient. Pour Moro (2002), les cliniciens rechigneraient à tenir un discours sur la différence, car ils sont conscients qu'ils le font inévitablement depuis une certaine place. Il « n'existe pas une approche neutre du racisme. [...] C'est donc (selon la dialectique hégélienne) d'une place de maître ou d'esclave qu'on tient un discours sur la différence » (p. 346). Ce discours aurait donc inévitablement des implications sociales, voire politiques et morales qui peuvent être perçues comme contraires à l'éthique clinique.

En outre, Cooper (2010) avance que les psychologues d'approche psychodynamique seraient hypervigilants face aux dangers du passage à l'acte et confondraient facilement l'agir clinique avec toute forme d'actions. En clinique, cela pourrait se traduire par la crainte de soulever un sujet sans qu'il soit amené explicitement par un patient, surtout s'il est aussi délicat que celui de la culture ou des inégalités ethno-raciales.

Pour toutes ces raisons, le rapport à la culture de certains psychologues d'orientation psychodynamique peut être conflictuel (Cooper, 2010). Toutefois, il est important de souligner que cette approche comporte aussi certains a priori théoriques qui la rendent particulièrement apte à penser la culture dans toute sa complexité, dont l'importance donnée au contre-transfert.

Vient maintenant la question de l'impact de ces deux formes de contre-transfert culturel (la réticence à considérer l'origine du patient ou le malaise face aux inégalités ethno-raciales) dans la clinique. Sont-elles problématiques ? De façon générale, il semblerait que les patients se sentent incompris, vivent de la frustration, sont moins enclins à se dévoiler et jugent moins crédibles les psychologues qui évitent le sujet de la race, de la culture ou des inégalités ethno-raciales (Thompson, Worthington et Atkinson, 1994). Par ailleurs, ne pas reconnaître la réalité de la discrimination pourrait favoriser un sentiment de culpabilité chez les patients, les laissant penser qu'ils sont les uniques responsables de la violence qu'ils subissent (Mestre et Moro, 2012). Pour certains auteurs, toute attitude d'aveuglement culturel devrait être considérée comme raciste, non dans son intention, mais par ses effets (Ciclitira et Foster, 2012). Toutefois, certaines nuances méritent d'être apportées. Est-il judicieux de mettre sur le même plan un racisme exprimé ouvertement et un « racisme » involontaire, inconscient, fruit d'un manque de connaissances, du peu de sensibilisation aux enjeux de rapports de pouvoir ou d'une difficulté à percevoir les conflits psychiques qui inévitablement surviennent en présence de l'altérité culturelle ? Il me semble, pour ma part, qu'il est crucial de reconnaître les effets délétères (erreurs diagnostiques, risque d'un nouvel assujettissement, jugements arbitraires sur un patient) de comportements tels que l'évitement des questions culturelles. Cependant, j'hésite à parler de racisme dans ces cas-là, tant ce terme est associé à des comportements qui n'ont rien en commun avec ceux des psychologues interrogés. Il s'agirait d'inventer un nouveau mot. Faute de mieux, peut-être pourrions-nous parler d'un « contre-transfert culturel aux conséquences potentiellement racistes » ?

Soulignons aussi qu'il n'est pas toujours simple de tracer une ligne entre évitement défensif et saine prudence. Il n'est évidemment pas souhaitable d'aborder directement des questions culturelles en clinique sans égard au rythme et à la sensibilité du patient. Certaines des raisons évoquées ci-dessus pour comprendre la tendance à l'évitement de ces sujets peuvent, dans certains cas, faire pencher la balance vers une certaine pudeur, une retenue qui, loin de nuire au patient, le protège. Toutefois, les résultats de cette recherche indiquent que cet évitement a une ampleur qui ne peut être attribuée uniquement à une saine prudence.

La troisième et dernière forme de contre-transfert culturel décrite, soit un ressenti de colère ou le sentiment d'être heurté par certaines attitudes de patients appartenant à une minorité culturelle soulève la question suivante : comment, dans ces conditions, parvenir à poursuivre un travail thérapeutique ?

De façon générale, on considère que repérer et analyser les mouvements contre-transférentiels affectifs et culturels du thérapeute permet d'éviter l'arbitraire, l'ajout de la violence à la violence ou tout autre agir malheureux (Huqueleux, 2016). Mestre et Moro (2012) parlent d'une « vigilance critique par l'analyse du contre-transfert culturel, c'est-à-dire l'analyse des idéologies et des rapports de pouvoir en jeu qui peuvent déformer l'appréciation clinique » (p. 270). Aux prises avec un contre-transfert culturel qui lui a permis de reconnaître ses propres fantasmes racistes inconscients, Huqueleux (2016) rapporte que pour poursuivre un travail de qualité, il lui a été nécessaire de « ramener du tiers » (p. 188) et ainsi avoir accès à des regards extérieurs pour penser les mouvements transféro-contre-transférentiels en jeu. Précisons que ce travail d'équipe a le potentiel d'être beaucoup plus riche et nuancé si les différents professionnels consultés sont diversifiés au niveau de leurs origines (Cooper, 2010). Malheureusement, les psychologues en pratique privée ne bénéficient pas d'un tel cadre. Il se pourrait d'ailleurs que ce soit ce qui a manqué aux participants qui ont témoigné de difficultés à dépasser un contre-transfert culturel chargé d'affects pénibles.

Dans certains cas, la théorie peut faire office de tiers, mais les psychologues interrogés, pour la plupart non formés aux thérapies interculturelles, n'ont pas non plus eu accès (ou cherché à avoir accès) à ce support.

Terminons en soulignant l'existence d'un cercle vicieux. Plusieurs des psychologues interrogés s'empêchent de donner une grande importance aux questions culturelles pour les raisons évoquées ci-dessus. Ils ne sont donc pas non plus portés à se former sur ce sujet. Mais lorsque la culture devient saillante et suscite chez eux un contre-transfert affectif intense, ils sont alors peu outillés pour y faire face et ressentent, on peut l'imaginer, une certaine gêne à demander de l'aide. L'ouverture à des approches « transculturelles » sans craindre de perdre l'essence de leur approche clinique représente un défi pour plusieurs des participants et, je le suppose, pour de nombreux psychologues.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Ce dernier chapitre propose une synthèse des résultats et une réflexion plus élargie, notamment à l'aide du concept de sécurité culturelle. J'y effectue également un retour sur mon processus de recherche, énonce les limites de cette étude et émets des recommandations pour des recherches futures.

6.1 Synthèse des résultats

6.1.1 Premier article : Être psychologue et immigrant : les enjeux de la clinique

L'identité culturelle *métissée* (au sens de Moro, 1998) des participants a influencé leurs commentaires des dessins, comme elle influence d'ailleurs plus largement leur pratique clinique. Du fait de leur origine, les psychologues ont posé un regard unique sur les dessins et ont proposé des interprétations auxquelles d'autres psychologues n'ont pas pensé. Toutefois, certains participants ont démontré une certaine inhibition à émettre des commentaires qui viendraient mettre en évidence leur identité culturelle complexe, laissant ainsi supposer une conflictualité autour de leurs appartenances culturelles. Cette conflictualité traverse aussi la relation des psychologues immigrants avec leurs patients immigrants. La majorité des psychologues rencontrés insistent peu sur les possibles avantages qu'ils retirent de leur origine commune avec leurs patients, comme

si leurs atouts pouvaient venir discréditer leurs compétences de thérapeutes d'approche psychanalytique. Ces psychologues ont pourtant mentionné le plaisir et la familiarité ressentis au contact de patients de la même origine qu'eux ainsi qu'une impression de comprendre de l'intérieur certains enjeux culturels. Cette familiarité exige toutefois un effort accru en vue de conserver l'attitude clinique par excellence consistant à essayer de comprendre la réalité des patients sans projections personnelles. Finalement, un autre apport important de ce premier article est d'avoir illustré l'impact de la discrimination sur l'identité des psychologues. L'expérience de racisme relatée par deux participants a permis d'illustrer de possibles stratégies de protection : la recherche d'un milieu de travail accueillant envers la différence, notamment les milieux multiculturels, la recherche de contrôle, en intellectualisant par exemple ou encore une grande vigilance quant aux rapports de pouvoir (dont ceux se jouant entre eux et moi durant les entrevues). De plus, l'expérience d'un participant a témoigné du processus douloureux conduisant à l'obtention d'un permis de pratique au Québec lorsqu'on a étudié à l'étranger. Avoir tant à prouver est blessant narcissiquement et peut rendre menaçante l'exploration de défis réels liés aux différences culturelles.

6.1.2 Deuxième article : Les conflits suscités par la rencontre clinique avec l'altérité culturelle et leurs effets sur le contre-transfert

Le deuxième article a mis en évidence le fait que les psychologues ont tendance à se montrer prudents, voire excessivement prudents lorsqu'il s'agit de faire une interprétation qui prend en compte l'origine des enfants. Les interprétations culturelles portaient le sceau de l'interdit : on y pense tout de suite, spontanément, mais on ne peut pas les dire par peur d'avoir l'air de faire une généralisation grossière ou de véhiculer un préjugé raciste. Il est aussi arrivé que les questions culturelles soient banalisées, comme s'il fallait toujours souligner qu'il s'agissait d'une différence parmi d'autres.

Une autre forme de contre-transfert mentionné dans le deuxième article est celle du malaise autour des inégalités ethnoraciales. J'ai constaté l'absence de mots tels que « racisme », « discrimination », « privilège blanc » ou « inégalité » lorsqu'il s'agissait de commenter des dessins qui pourtant auraient pu ouvrir une discussion sur ces thèmes. Il y a donc eu une réticence à parler de la question des origines, et plus spécifiquement à aborder la question des inégalités que subissent certaines communautés culturelles. Cet article a aussi mis en évidence un autre aspect du contre-transfert culturel, soit la possibilité de ressentir de la colère ou de se sentir heurté par certaines attitudes de patients appartenant à une minorité culturelle. Parfois, un comportement qui s'explique en grande partie par une certaine conception culturelle du monde (par exemple le rapport aux soignants et la compréhension de la maladie mentale) est vécu comme incompréhensible. Les psychologues parlent indirectement d'une forme de choc culturel qui suscite une grande impuissance et qui est vécu sur le mode du conflit : ils souhaitent être ouverts et comprendre leur patient, mais une partie d'eux résiste, car ils se sentent bouleversés dans des conceptions bien ancrées, notamment dans leur rôle même de thérapeute.

Dans la discussion du deuxième article, j'ai suggéré des hypothèses à cette tendance générale à l'évitement ou la censure des questions culturelles, en particulier quand elles touchent aux inégalités ethnoraciales. J'ai nommé le poids du politiquement correct (Neville et al., 2013) ou, tourné plus positivement, une conscience aujourd'hui plus accrue des présupposés racistes qui peuvent parfois imprégner notre façon de nommer les choses. Par ailleurs, j'ai aussi évoqué les conflits (culpabilité, sentiment d'injustice, peur de perte d'un privilège) que peut susciter la reconnaissance, pour les personnes blanches, de leurs privilèges. Ces différences dites culturelles ou ethnoraciales viennent nous toucher au plus profond, comme si nous sentions qu'une digue pourrait céder relativement facilement, nous plongeant alors dans des mouvements violents de haine envers l'autre étranger. L'ampleur de ces émotions pourrait s'expliquer selon Kaës (1998) par le fait que cette « troisième différence » se prêterait bien à la métaphorisation des deux premières

différences, soit la différence entre humain et non-humain (première différence) et la différence des sexes et des générations (deuxième différence). La notion d'inquiétante étrangeté rejoint d'ailleurs les propos de Kaës puisqu'elle suppose que l'étranger peut amener à la conscience des angoisses infantiles refoulées. Il y a quelque chose d'inacceptable dans la rencontre avec un autre si différent et dont nous pouvons toutefois sentir qu'il nous ramène paradoxalement à des enjeux intimes. La dissonance peut alors être grande entre ce que nous souhaitons consciemment (être ouvert à l'autre, respectueux, etc.) et des réactions viscérales plus archaïques. Par ailleurs, il est également suggéré dans la discussion du deuxième article que l'approche psychodynamique porte en elle certains fondements théoriques qui peuvent parfois faciliter ou au contraire rendre plus difficile la prise en compte des enjeux culturels. Du côté de ses forces se trouve l'importance donnée à l'élaboration du contre-transfert qui pousse le clinicien à se questionner sur ses propres enjeux. En revanche, certains éléments propres à cette approche peuvent venir freiner l'élaboration des questions culturelles : la crainte des étiquettes et des diagnostics ou l'intérêt pour la réalité psychique qui peut parfois se faire au détriment des questions sociales ou politiques (Cooper, 2010), comme s'il y avait une résistance de la psychanalyse au politique (Mestre et Moro, 2012).

6.2 Du malaise dans la culture à la sécurité culturelle

Un fil conducteur se dégage des deux articles, celui du malaise dans la culture. Dans le cas des psychologues issus de l'immigration, il se traduit par une difficulté à assumer pleinement la complexité de leurs appartenances culturelles et, dans le cas du contre-transfert de tous les psychologues (peu importe leur origine), il transparaît dans l'évitement des questions culturelles. Les deux articles ont également en commun d'avoir fait ressortir un aspect plus spécifique du malaise dans la culture, celui entourant les inégalités ethnoraciales, en particulier l'impact de la discrimination subie par certains psychologues immigrants ou constatée par des psychologues appartenant

à la majorité culturelle d'ascendance française. En d'autres mots, les rapports de pouvoir entre thérapeute et patient et, plus largement, dans la société se sont avérés avoir un impact important sur le contre-transfert culturel.

Je propose maintenant d'élargir les résultats de cette thèse à l'aide de trois notions : la sécurité culturelle, l'humilité culturelle et l'inconscient raciste. Je présente également les enjeux entourant l'incarnation de la sécurité culturelle en supervision et en institution.

6.2.1 La sécurité culturelle

Beaucoup de chercheurs et formateurs sur les enjeux interculturels évoquent l'importance d'acquérir des compétences culturelles. Toutefois, Curtis et al. (2019) estiment que ce terme serait avantageusement remplacé par celui de sécurité culturelle. En effet, le concept de compétences culturelles insiste sur l'acquisition de connaissances, attitudes ou habiletés à développer pour offrir des soins de santé aux populations minoritaires, ce qui donne l'illusion qu'il serait possible d'atteindre une fois pour toutes un certain niveau de compétences (Kumagai et Lypson, 2009 ; Curtis et al., 2019). Cela laisse donc penser que l'on pourrait passer un examen en vue de tester nos compétences culturelles et qu'une fois réussi, il n'y aurait plus de réflexions à avoir. De plus, la notion de compétences culturelles a tendance à évacuer les questionnements autour des rapports de pouvoirs (Curtis et al., 2019), qui pourtant interfèrent dans la relation thérapeutique. Par ailleurs, j'ajouterais que le terme de compétence peut être anxiogène pour les cliniciens. L'inverse étant l'incompétence, il me semble que ce mot ne favorise pas une réflexion sur soi sans jugement de nos rapports à notre culture et à celle de nos patients.

Précisons que la notion de compétences culturelles est définie de multiples façons selon les auteurs et les domaines, parfois même d'une façon qui se rapproche beaucoup de la

notion de sécurité culturelle proposée ci-dessous. Mais, peu importe la définition, le terme même de compétence me semble envoyer un message en partie contreproductif.

Le terme de sécurité culturelle (*cultural safety*, sécurisation culturelle selon certaines traductions) a été développé en Nouvelle-Zélande par des infirmières maories inquiètes de l'état de santé des membres de leur communauté. Elles ont observé que le cursus académique des infirmières omettait d'aborder les enjeux culturels et que cela avait pour conséquences de renforcer les inégalités de santé. À la suite des recommandations de l'infirmière Dre Irihapeti Ramsden (Paps et Ramsden, 1996), le *Nursing Council of New Zealand* a intégré la sécurité culturelle dans les programmes de formation et dans l'examen d'entrée dans les professions d'infirmière et de sage-femme de ce pays. Grâce à ce concept, les infirmières maories sont parvenues à faire comprendre l'importance d'offrir des soins de qualité en pensant aux relations de pouvoir et aux droits des patients. Elles sont parties du principe que les soins donnés seraient meilleurs si les professionnels étaient conscients des différences culturelles et mettaient en place une pratique réflexive leur permettant de s'interroger sur leurs propres biais. Elles ont aussi souligné le droit du patient de déterminer si une rencontre clinique est sécuritaire ou non (Paps et Ramsden, 1996 ; Curtis et al, 2019). Ce concept de sécurité culturelle est encore peu connu en dehors de la Nouvelle-Zélande et du contexte des soins infirmiers. Toutefois, il est parvenu au Canada puisque la Commission de santé mentale du Canada (2012) a reconnu l'importance de la sécurité culturelle dans les services en santé mentale.

Voici la définition de la sécurité culturelle selon Curtis et al. (2019) :

Cultural safety requires healthcare professionals and their associated healthcare organisations to examine themselves and the potential impact of their own culture on clinical interactions and healthcare service delivery.

This requires individual healthcare professionals and healthcare organisations to acknowledge and address their own biases, attitudes, assumptions, stereotypes, prejudices, structures and characteristics that may affect the quality of care provided.

In doing so, cultural safety encompasses a critical consciousness where healthcare professionals and healthcare organisations engage in ongoing self-reflection and self-awareness and hold themselves accountable for providing culturally safe care, as defined by the patient and their communities, and as measured through progress towards achieving health equity. (...) (p.14).

La définition de la sécurité culturelle a été développée dans le contexte de soins de santé physique des personnes autochtones, mais elle s'applique aussi en santé mentale et plus largement dans toute rencontre interculturelle (et non uniquement aux rencontres avec des personnes autochtones). En tombant sur cette notion, j'ai réalisé que le malaise que j'ai identifié chez les participants ou chez moi-même durant les entrevues était une manifestation d'une certaine insécurité culturelle. Parler d'insécurité me semble permettre d'aborder les enjeux culturels d'une façon bienveillante, le but n'étant pas d'émettre des jugements sur les compétences (ou incompétence) d'une personne, mais bien de réfléchir à tout ce qui se joue dans une interaction pluriculturelle.

Toutefois, la définition ci-dessus pourrait éventuellement être légèrement modifiée afin qu'elle tienne aussi compte de la sécurité culturelle du clinicien. En effet, cette définition de la sécurité culturelle affirme que les soins de santé doivent être culturellement sécuritaires selon la perception du patient et que c'est le professionnel qui est responsable d'offrir cet environnement sécuritaire. C'est certes vrai et même fondamental et je comprends bien que l'intention de ce propos est de redonner du pouvoir aux patients appartenant à des minorités culturelles afin de remédier à un déséquilibre historique, notamment dans le cas des communautés autochtones. Mais il me semble qu'il aurait été pertinent d'ajouter un paragraphe à la définition ci-dessus qui introduirait l'idée qu'un climat sécuritaire culturellement est une co-construction entre le patient et le thérapeute et qu'il devrait idéalement être ressenti dans les bureaux des psychologues par les deux membres de la dyade thérapeutique. Ici, il ne s'agit pas

de faire porter le poids de la sécurité de l'espace thérapeutique au patient, encore moins de le tenir responsable des insécurités que peut vivre le clinicien. Il s'agit plutôt de rappeler que les réactions du clinicien à la culture de son patient, soit son contre-transfert culturel est un élément qu'il est crucial de considérer puisqu'il a un impact sur la qualité des interventions thérapeutiques. Si ce contre-transfert prend la forme d'une insécurité, d'un malaise, il est de la responsabilité du thérapeute d'explorer ce qui se joue en lui et de prendre conscience des répercussions que cela peut avoir dans ses interventions. Je pense donc qu'il pourrait être possible de conceptualiser la sécurité culturelle d'une façon qui, tout en maintenant l'accent sur la sécurité culturelle du patient, considère aussi celle du clinicien, ce qui aurait l'avantage de favoriser l'exploration de la complexité de ses réactions contre-transférentielles.

6.2.2 L'humilité culturelle

La notion de sécurité culturelle pourrait aussi être enrichie par celle d'humilité culturelle, un autre concept souvent proposé pour remplacer celui de compétences culturelles. L'humilité culturelle est une valeur ou un état d'esprit qui guide le comportement et la vision du monde d'une personne durant toute sa vie plutôt qu'une compétence à atteindre (Mosher et al., 2017, cité dans Abbott, Pelc et Mercier, 2019). Elle s'incarne à la fois sur les plans intrapersonnel et interpersonnel. Au niveau intrapersonnel, l'humilité culturelle implique une volonté à réfléchir à soi en tant qu'être culturel, une conscience de ses limites personnelles à comprendre une personne d'une autre culture et une vigilance face à ses propres présupposés culturels automatiques infondés. Au niveau interpersonnel, l'humilité implique d'être ouvert à entendre et de s'efforcer de comprendre les différentes facettes de l'identité culturelle d'autrui (Watkins et Hook, 2016). Cette définition ressemble beaucoup à celle de la sécurité culturelle, mais le terme d'humilité communique plus clairement qu'il est

bienvenu de dévoiler son ignorance ou d'admettre porter des jugements sur des éléments culturels (Fisher-Borne et al., 2015, cité dans Abbott et al., 2019). Par ailleurs, l'intégration de l'humilité culturelle comme valeur est un élément qui contribue à la sécurité culturelle. En effet, ce concept prend le contre-pied d'une position de savoir d'experts et invite ainsi à reconnaître insécurité et malaise face à des éléments culturels, reconnaissance qui constitue la première étape en direction de la sécurité culturelle. Notons aussi que l'humilité est une notion susceptible d'être bien accueillie par les psychologues d'approche psychodynamique puisque ce courant considère qu'il demeure toujours une part d'insaisissable en nous, par la nature même de l'inconscient. Ces psychologues n'ont donc, en principe, pas le choix d'être humbles et d'accepter qu'ils ne comprennent jamais complètement leurs patients ni ne savent avec certitude quelles interventions vont les aider.

6.2.3 L'inconscient raciste

La notion d'inconscient raciste (Davids, 2003), brièvement mentionnée dans le deuxième article (*voir Section 5.6*), mériterait d'être plus connue des psychologues. Cela amènerait, à mon sens, à plus de sécurité culturelle et à moins de passages à l'acte contre-transférentiels puisque cela favoriserait, chez les psychologues, une curiosité pour leurs automatismes racistes inconscients. Reconnaître qu'il y a en nous une part inévitable de peur ou de fascination pour l'autre différent ou que nous avons tous, d'une façon ou d'une autre, internalisés des représentations sociales racistes, contribuerait à créer un espace clinique où les enjeux de culture ou « race » ne sont ni évités, ni mis à l'avant-plan de façon défensive (et donc au détriment d'autres enjeux intrapsychiques). Comme le fait remarquer Goedert (2020), il est curieux de constater que les cliniciens (en particulier ceux qui adhèrent à l'approche psychodynamique) sont plus à l'aise de reconnaître un désir de tuer leurs pères ou d'avoir une relation sexuelle avec leurs mères

plutôt que leurs préjugés raciaux. Il est en effet déstabilisant et anxiogène, pour un thérapeute qui estime bien se connaître et se voit comme une personne progressiste, de prendre conscience d'un contre-transfert raciste. D'ailleurs, très peu d'analystes peuvent se targuer d'avoir analysé leurs propres biais racistes dans leur analyse personnelle (Goedert, 2020). Winnicott (1947), dans son célèbre article intitulé « la haine dans le contre-transfert » écrit : « Quel que soit son amour pour ses malades, le [psychanalyste] ne peut éviter de les haïr et de les craindre, et mieux il le sait, moins il laissera la haine et la crainte déterminer ce qu'il leur fait » (p. 73). Pour Goedert (2020), ce conseil intemporel s'applique au racisme dans nos consultations thérapeutiques.

De plus, il me semblerait souhaitable de reconnaître que, malgré une volonté d'ouverture à l'autre et des efforts pour explorer, dans sa propre analyse ou en supervision, son propre inconscient raciste, il se peut que certains éléments associés à la culture d'un patient restent dérangeants pour un clinicien. C'est alors au psychologue, par son jugement clinique, de déterminer s'il est capable d'utiliser son ressenti à des fins thérapeutiques ou s'il a besoin de l'aide d'un superviseur. Dans certains cas plus rares où le clinicien, malgré une supervision, se sent dépassé par ses sentiments négatifs envers un patient, il pourrait même être souhaitable qu'il le réfère à un collègue.

La sécurité culturelle (et l'humilité culturelle ainsi que la notion d'inconscient raciste) gagneraient à être mises de l'avant dans différents lieux : durant les séances de psychothérapie, bien sûr, mais aussi en supervision et plus largement dans les institutions.

6.2.4 La sécurité culturelle en supervision

J'aimerais insister sur un élément qui me semble fondamental pour faciliter la sécurité culturelle et l'élaboration du contre-transfert, soit l'attitude des superviseurs. La question de l'intégration de la culture en supervision est peu étudiée, même si le besoin est pressant (Watkins, 2014, cité dans Watkins et Hook, 2016). Pour Watkins et Hook (2016), le superviseur, devrait s'efforcer de créer un « tiers culturel », un espace unique où les sens et les expériences culturels sont bienvenus et respectés. Dans cet espace, les vécus culturels peuvent être explorés ouvertement et appréhendés en tenant compte de leurs impacts sur la thérapie du patient ou sur la supervision. Quand un « tiers culturel » émerge en supervision, cela signifie qu'il a été possible de créer un sens culturel nouveau qui n'aurait pas été accessible au superviseur et au supervisé pris chacun isolément (Bergman, 2000, cité dans Watkins et Hook, 2016). Il est donc important que les superviseurs puissent incarner ce qu'ils souhaitent transmettre en servant de modèle (Kirmayer, 2013), par exemple en s'ouvrant aux supervisés sur leurs propres questionnements culturels (y compris sur les erreurs qu'ils ont pu faire avec un patient ou un supervisé), en reconnaissant être enrichis par la différence, mais aussi parfois dérangés ou en permettant et valorisant une diversité de points de vue et d'expériences. Il serait d'ailleurs souhaitable que plus d'auteurs acceptent de témoigner de leur vécu contre-transférentiel dans des écrits comme l'ont fait par exemple Rouchon (2007), Bruno et al. (2016) ou encore Goedert (2020).

6.2.5 La sécurité culturelle en institution

Il n'a pas été question (à l'exception de quelques mots à la section 1.2), dans cette thèse, de la conception de la culture dans nos institutions en santé mentale. Pourtant, même les psychologues qui travaillent uniquement en clinique privée sont inévitablement

influencés par la culture des soins en santé mentale qui prévaut au Québec. En comparant la place occupée par la notion de racisme dans les réflexions sur l'adaptation des soins de santé mentale aux différences culturelles et migratoires dans différents pays, l'on constate que les réponses apportées par les cliniciens et leurs institutions varient (Rousseau et al., 2008). En Angleterre, par exemple, il existe un courant psychiatrique qui se concentre sur la création de services explicitement antiracistes (Fernando, 2005, cité dans Rousseau et al., 2008). Au Canada, on n'observe pas une confrontation si directe avec le problème du racisme qui reste plutôt en arrière-fond dans le discours des services en santé mentale. D'après Rousseau et al. (2008), « les différences entre ces pays correspondent (...) à des stratégies distinctes sur un *continuum* évitement-confrontation face au racisme, qui émanent de rapports différents à une histoire de colonisation » (p. 350). Selon ces auteurs, il serait faux de penser que la stratégie de la dénonciation du racisme institutionnel est toujours bonne. En effet, il arrive que dénoncer un incident raciste rende le patient plus vulnérable, notamment en plaçant les personnes critiquées dans un mode défensif ou en créant des conflits au sein de l'équipe soignante qui se répercutent sur les services au patient (Rousseau et al., 2008). Rousseau et al. (2008) témoignent de la difficulté à bien faire quand on souhaite intégrer les aspects culturels en clinique et qu'on se heurte à des obstacles complexes, notamment au racisme institutionnel :

En tant que cliniciens travaillant avec des immigrants et des réfugiés, nous sommes souvent en situation d'identification au moins partielle avec l'agresseur, une situation de compromis où nous fermons les yeux sur des formes de racisme institutionnel. Parfois aussi, en nous positionnant en défenseurs des opprimés, nous pouvons idéaliser « l'autre » et le construire en victime. Enfin, il nous arrive de nous battre contre ces situations pour tenter de les transformer. (...) Dans la recherche d'un équilibre entre des stratégies de changement et les compromis inévitables que nous sommes amenés à faire, nous ne pouvons pas ne pas nous salir les mains en devenant complices (p. 351).

Reconnaître qu'il n'est pas toujours possible d'agir « avec pureté » soit parce qu'il est nécessaire de faire des compromis, soit parce que nous admettons nos parts d'ombre est ardu. Rousseau et al. (2008) observent d'ailleurs qu'« une position clinique qui assume son rôle dans la violence sociale est moins souvent à l'avant-plan [dans les institutions] » (p. 352), ce qui reflète d'ailleurs ce que j'ai pu constater chez les psychologues interrogés dans cette recherche. La difficulté à élaborer le contre-transfert culturel n'est donc pas qu'une question individuelle. Le contexte institutionnel ou plus largement sociétal s'infiltré inévitablement dans le déroulement des séances de thérapie. Comme le disent bien Rouchon et al. (2010) :

[élaborer le contre-transfert culturel] sous-entend qu'individuellement nous soyons capables d'élaborer l'altérité et de nous décentrer socio-culturellement. Néanmoins, notre tâche sera facilitée lorsque la nécessité de ce décentrage sera reconnue sur le plan collectif ; (...) De même, puisque notre contre-transfert culturel est dépendant de la manière dont l'altérité culturelle est élaborée dans notre société, nous gagnerons beaucoup si nous élaborions un tant soit peu cette altérité collectivement (p. 88).

Pour plusieurs raisons évoquées ci-dessus, il ne va donc pas de soi de sentir une sécurité culturelle dans l'espace thérapeutique, une sécurité partagée autant par le patient que par le clinicien. Lorsqu'elle est atteinte, l'espace thérapeutique peut être vécu comme un espace de jeu au sens de Winnicott (1971). Pour cet auteur, la psychothérapie est « le lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute » (p. 84). S'il y a sécurité culturelle, il devrait donc être possible de « jouer » autour de la culture, autrement dit de faire preuve de créativité, par exemple en se centrant et se décentrant d'une culture ou en se permettant des mouvements d'appropriation et de désappropriation, comme l'ont d'ailleurs fait, par moments, les psychologues immigrants interrogés dans cette recherche.

6.3 Réflexions sur le processus de recherche, limites de la recherche et pistes de recherches futures

Entre le moment où j'ai soumis mon projet doctoral et celui où j'écris ces lignes, six ans se sont écoulés. Lors de mes internats, j'ai eu l'occasion de rencontrer des psychologues de diverses origines et j'ai moi-même acquis de l'expérience en tant que clinicienne. J'ai donc un certain recul sur les articles qui me permet de poser un regard différent sur leurs apports et leurs limites.

Mentionnons comme première limite le nombre restreint de participants (sept) et leurs caractéristiques. L'article sur les psychologues issus de l'immigration a été écrit à partir de l'expérience de quatre psychologues dont un seul a effectué des études hors du Québec. Depuis mes entrevues avec ce psychologue, j'ai rencontré plusieurs autres personnes dans sa situation et j'ai réalisé que le parcours pour obtenir un droit de pratique est encore plus difficile que ce que je pensais au moment d'écrire l'article. En effet, j'ai recueilli plusieurs témoignages du fardeau et même de la souffrance qu'implique pour plusieurs ce processus. Un collègue m'a par exemple parlé avoir été recruté activement dans son pays d'origine en tant que travailleur « qualifié » et s'être retrouvé « disqualifié » en arrivant au Québec. D'autres m'ont témoigné du sentiment d'isolement vécu tout le long du processus de reconnaissance d'équivalence et de l'absence d'intermédiaire entre eux et l'Ordre des psychologues (OPQ). Ils se sont sentis bien seuls, voire « négligés » sans possibilité de recourir à un tiers (rôle que joue l'Université pour les doctorants, par exemple) et aux prises parfois avec un sentiment d'injustice, car le nombre d'heures d'internat exigé semblent varier beaucoup d'une personne à l'autre sans que les personnes concernées soient en mesure d'en saisir les raisons. Comme piste de recherche future, il serait donc pertinent de mieux comprendre comment est vécu ce processus d'équivalence, recherche qui pourrait d'ailleurs venir appuyer une démarche plus militante visant à faire modifier les exigences de l'OPQ. Il pourrait aussi être intéressant d'explorer comment ce processus est perçu par les personnes qui l'imposent

et comment ils le justifient. Par ailleurs, mon échantillon était constitué uniquement de deux personnes qui, par leur apparence ou leur accent, étaient susceptibles d'être immédiatement identifiées comme minorité culturelle. Il pourrait donc être intéressant d'effectuer une recherche qui explore les différences de vécu des psychologues selon leurs caractéristiques (études au Québec ou pas, les différentes origines, etc.).

J'aimerais aussi mentionner comme limite une vision de ma part trop restreinte de mon sujet de recherche au moment des entrevues qui m'a fait négliger des éléments potentiellement intéressants sur le vécu d'un psychologue avec ses patients autochtones. Ce participant m'a mentionné à quelques reprises avoir une clientèle autochtone. Sans m'en rendre compte sur le moment, j'ai dû estimer que cette population ni immigrante ni québécoise d'ascendance européenne ne faisait pas partie de mes questions de recherche et je n'ai donc pas cherché à en savoir plus. Je l'ai beaucoup regretté par la suite et je considère maintenant que c'est typiquement ce genre de comportement qui fait qu'une communauté peut se sentir invisible, ignorée ou peu considérée. Cet événement a probablement contribué à me faire reconnaître que je me croyais consciente des enjeux autochtones au Québec, mais que dans la réalité, je l'étais peu.

Cette recherche a certaines limites dans ses ambitions de mettre en lumière des éléments inconscients. Je me suis efforcée de le faire en analysant les « façons de dire ». Toutefois, il aurait fallu un plus grand nombre d'entrevues par participants pour pouvoir aller plus en profondeur. Mentionnons aussi que la richesse des propos recueillis dépassait les sujets finalement abordés dans les articles. J'ai été témoin dans les entrevues de moments émouvants, par exemple lorsqu'une participante a eu les larmes aux yeux en parlant de sa mère immigrante. Il y a également eu le désir très prégnant chez tous les psychologues de transmettre, de me partager un peu de leur pratique et de revenir à l'essence de leur travail. Cela m'a personnellement beaucoup apporté et j'estime que d'une certaine façon, cette thèse est « limitée » puisqu'elle ne peut traduire la richesse d'une rencontre qui va bien au-delà du sujet de la recherche.

Par ailleurs, une autre limite de cette recherche tient peut-être au processus d'analyse qui s'est vécu, dans mon cas, de façon plutôt isolée. Bien sûr, j'ai eu de nombreux échanges avec ma directrice qui commentait les textes que je lui envoyais. Toutefois, j'étais la seule personne à aborder un tel sujet de recherche dans son laboratoire et les possibilités d'échanges avec des collègues étaient ainsi restreintes. Les conditions n'étaient donc pas idéales pour que je puisse élaborer mon propre contre-transfert de recherche.

J'aimerais aussi revenir sur l'utilisation des dessins d'enfants. C'est un support de recherche original qui a permis des observations intéressantes. Toutefois, je pense qu'il serait intéressant d'imaginer d'autres manières d'observer le contre-transfert culturel de façon indirecte (sans poser directement la question aux psychologues), car commenter des dessins d'enfants sans les avoir rencontrés a quelque chose d'artificiel et suscite des défenses importantes. Il est éthiquement compliqué d'enregistrer des séances de thérapie avec des patients, mais peut-être serait-il possible de fournir aux participants, plutôt que des dessins, une description d'un patient fictif qui fournirait plus d'informations que des dessins. Par ailleurs, une participante avait suggéré à la suite des entrevues qu'il aurait été pertinent que j'invite tous mes participants à une discussion de groupe où ils auraient pu échanger à propos des dessins d'enfants et de leur expérience de recherche. En effet, ce genre de discussion aurait pu être intéressante puisqu'elle aurait favorisé une plus grande élaboration du contre-transfert culturel. Comme piste de recherche future, il pourrait d'ailleurs être pertinent de mieux comprendre comment l'élaboration du contre-transfert se passe dans un groupe.

Ajoutons aussi que par mon approche psychanalytique et par mes intérêts personnels, l'accent a été mis sur les conflits survenant en contexte de pluralité culturelle. Il pourrait être intéressant d'effectuer une recherche qui éclaire la richesse de ces rencontres et leur potentiel créateur en illustrant par exemple des situations où le contre-transfert culturel a pu être utilisé comme « levier thérapeutique » (Rizzi et Moro, 2017).

Un thème important de cette recherche est celui de la difficulté à nommer les différences culturelles ou les inégalités ethnoraciales. Cette difficulté, je l'ai eue dès le début, au moment par exemple de rédiger mon annonce de recrutement. J'étais mal à l'aise de qualifier mes participants de psychologues immigrants et québécois, car ces deux catégories sont trop limitantes et nient la pluralité et la fluidité des identités en fonction des contextes. Toutefois, il me fallait trouver une façon de dire ce que je souhaitais. Cette question du dire, du comment dire était, elle aussi, présente pour les participants qui hésitaient à nommer la couleur de peau des dessins de la petite Haïtienne, par exemple. Fassin (2006) avance que notre difficulté à nommer les questions « raciales » nous place devant une obligation de penser, autrement dit « que notre maladresse pour désigner ces questions et ces catégories “raciales” n'est pas un handicap qu'il faudrait surmonter, mais une vérité que l'on doit appréhender » (p. 21). Cette question s'est d'ailleurs aussi présentée dans cette discussion dans laquelle j'ai fait le choix de reprendre le concept d'« inconscient raciste ». Dans le deuxième article (*voir Section 5.6*), je mentionnais hésiter à parler de racisme pour nommer les réactions des participants puisqu'elles n'impliquaient pas des croyances racistes conscientes et assumées. Je me demandais s'il ne fallait pas plutôt parler de conséquences potentiellement racistes (erreurs diagnostiques, risque d'un nouvel assujettissement, jugements arbitraires sur un patient) de comportements tels que l'évitement des questions culturelles. Est-ce que parler d'inconscient raciste a le potentiel, comme je l'espère, de permettre une meilleure exploration de nos biais racistes inconscients ou est-ce un terme à ce point brûlant qu'il risque de provoquer des résistances contre-productives ? Est-ce que partir du principe que nous avons tous un inconscient raciste ne risque pas de banaliser ces pensées ? Se peut-il qu'aux États-Unis (du moins dans les articles de recherche sur le sujet), cela soit accepté culturellement de parler d'inconscient raciste tandis qu'ici au Québec, ce ne soit pas le cas ? Je n'ai pas les réponses à ces questions, mais ce sont des pistes de recherche futures intéressantes.

6.4 Conclusion

Cette recherche a mis en évidence la complexité de l'élaboration du contre-transfert culturel et les nombreux défis entourant l'intégration de la culture et des enjeux de pouvoir pour les psychologues, qu'ils soient immigrants ou non. Ce constat m'a conduit à me demander comment rendre les enjeux culturels, en particulier les enjeux de pouvoir, plus « élaborables ». Comme piste de réponses, j'ai mentionné ci-dessus de porter une attention accrue à la sécurité culturelle et à l'humilité culturelle plutôt qu'aux compétences culturelles, car ces notions me semblent, entre autres, plus propices à l'autoréflexion. J'ai aussi pris position en faveur d'une meilleure reconnaissance de l'inconscient raciste, même si c'est un concept controversé qui aurait besoin d'être plus approfondi sur le plan théorique.

Il y a malaise ou insécurité dans la culture, certes. C'est inévitable, car la culture vient nous confronter à des enjeux intimes. Il ne s'agit donc pas de nier ou de dénoncer ce malaise, mais d'essayer de le comprendre pour pouvoir individuellement, institutionnellement, collectivement et plus spécifiquement dans l'espace thérapeutique, se donner une capacité à penser les enjeux culturels et de pouvoir. Il me semble que l'on est en droit d'espérer que nos séances de psychothérapie avec nos patients et nos séances de supervision puissent constituer des lieux privilégiés pour explorer, en sécurité, notre rapport ambivalent à l'autre différent ainsi que la complexité de nos identités. Avec une dose d'optimisme, on peut même souhaiter que ce travail thérapeutique puisse, un patient ou un psychologue à la fois, amener à des changements positifs dans la société.

ANNEXE A

DESSINS D'ENFANTS

Origine haïtienne, fille, 9 ans.



Figure A.1 Dessin libre



Figure A.2 Le plus beau bonhomme possible

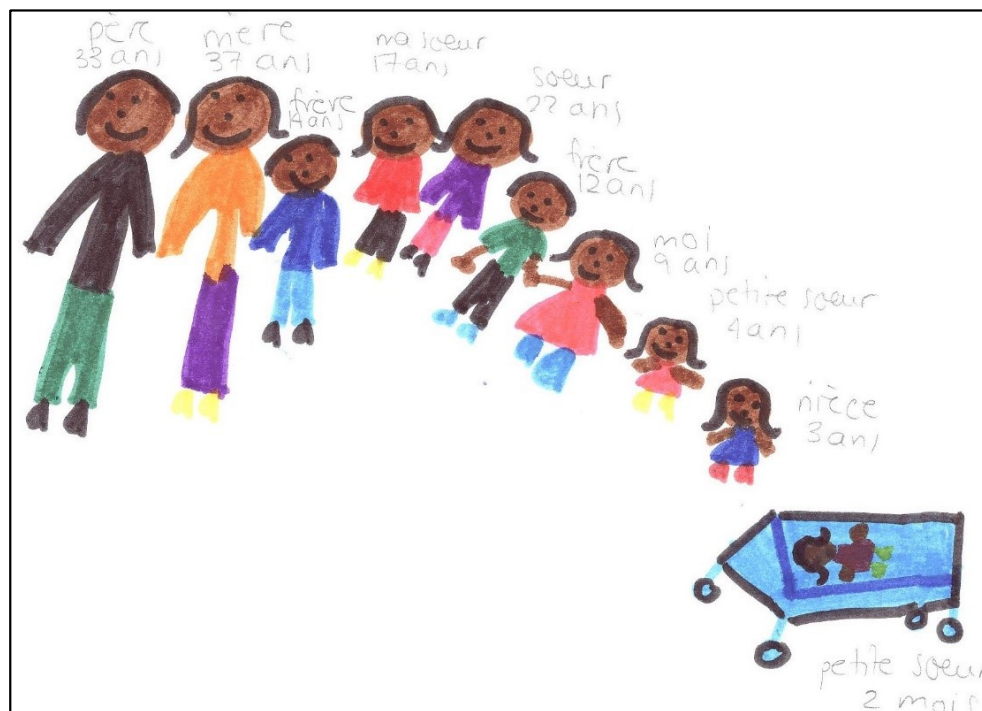


Figure A.3 Dessin de la famille réelle



Figure A.4 Famille rêvée

Origine québécoise, fille, 8 ans



Figure A.5 Dessin libre



Figure A.6 Le plus beau bonhomme possible



Figure A.7 Famille réelle



Figure A.8 Famille rêvée

Origine latino-américaine, garçon, 8 ans



Figure A.9 Dessin libre



Figure A.10 Le plus beau bonhomme possible



Figure A.11 Famille réelle

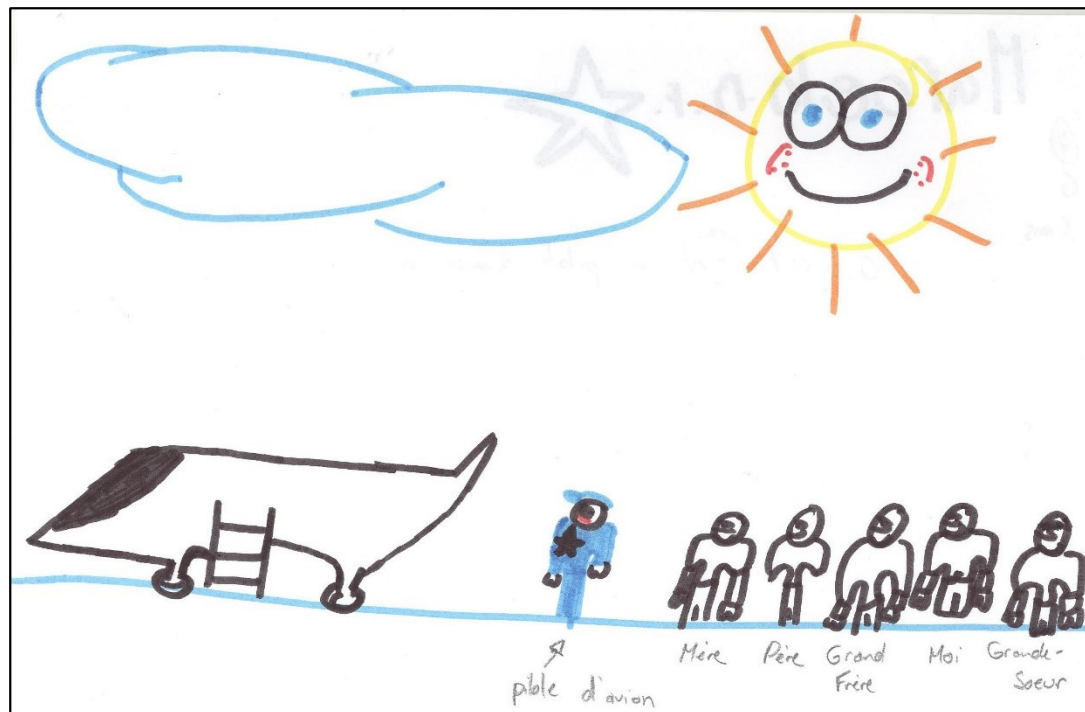


Figure A.12 Famille rêvée

ANNEXE B

COURRIEL DE RECRUTEMENT

Bonjour Madame/Monsieur X

Je suis actuellement à la recherche de participants pour ma thèse de doctorat en psychologie (UQAM). Je vous contacte, car vous semblez correspondre à mes critères de sélection de participants.

Dans ma thèse, je cherche à comprendre comment des psychologues de diverses origines abordent des dessins d'enfants. Au niveau de ses retombées cliniques, mon étude vise à éclairer certains enjeux des thérapies interculturelles.

Je recherche des psychologues d'approche psychodynamique qui pratiquent auprès d'enfants. De plus, je souhaite que les participants soient diversifiés au niveau des origines (des Québécois depuis plusieurs générations ainsi que des Québécois issus de l'immigration).

Si vous acceptez, votre participation consistera en deux entrevues d'environ une heure qui pourront se dérouler dans un lieu fermé de votre choix situé dans le Grand-Montréal (par exemple votre bureau). Lors de la première entrevue, je vous demanderai de commenter des dessins d'enfants. Environ une à deux semaines plus tard, nous nous

rencontrerons à nouveau pour une deuxième entrevue dans laquelle nous aborderons votre parcours professionnel.

Toutes les entrevues seront enregistrées, confidentielles et anonymes. Cette recherche ne comporte aucun risque de désagréments importants. Au contraire, elle pourrait soulever des réflexions utiles pour votre pratique clinique.

N'hésitez pas à m'appeler (514 574 2559) ou à m'écrire si vous avez des questions. Si vous êtes intéressée, je vous enverrai un petit formulaire sociodémographique à remplir (qui me permettra entre autres de vérifier si vous correspondez bel et bien à mes critères de sélection de participants).

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande.

Nathalie Tissières, doctorante en psychologie, sous la direction d'Irène Krymko-Bleton

ANNEXE C

FORMULAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Nom :

Année de naissance :

Statut occupé à votre travail :

- psychologue
- psychanalyste
- autre :

Approche clinique (psychodynamique, TCC, etc.) :

Lieu(x) de pratique (école, bureau privé, hôpital, etc.) :

Institution(s) où vous avez suivi votre formation de psychologue :

Nombre d'années d'expérience en tant que thérapeute pour enfants (stages compris) :

Avez-vous déjà travaillé avec des enfants provenant de minorités culturelles ?

Si oui, quel pourcentage approximatif de votre clientèle forment-ils ?

Avez-vous suivi une formation ou avez-vous fait des lectures personnelles sur la psychothérapie avec des patients de différentes cultures ?

Si oui, précisez :

Utilisez-vous les dessins d'enfants dans votre pratique ?

Si oui, à quelle fréquence ?

Partie à remplir uniquement pour les participant(e)s issu(e)s de l'immigration :

Pays de naissance de vos parents :

Votre pays de naissance :

Date de votre immigration au Québec ou de celle de vos parents :

ANNEXE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche : Psychologues de diverses origines face à un matériel multiculturel (dessins d'enfants) : analyse des processus interprétatifs.

1. Informations sur le projet

Personne responsable du projet

Chercheuse responsable du projet : Nathalie Tissières

Programme d'études : Doctorat en psychologie, UQAM

Adresse courriel : nathalie.tissieres@gmail.com

Téléphone : 514 574 2559

Direction de recherche

Direction de recherche : Irène Krymko-Bleton

Département : psychologie

Faculté : Sciences humaines

Courriel : krymko-bleton.irene@uqam.ca

Téléphone : (514) 987-3000 poste 4806

2. But général du projet

L'objectif principal de ma thèse est de mieux comprendre les processus interprétatifs suscités par des dessins d'enfants chez des psychologues québécois et immigrants (de première ou deuxième génération). Au niveau de ses retombées cliniques, cette recherche vise à apporter un éclairage sur les enjeux des relations thérapeutiques interculturelles.

3. Tâches qui vous seront demandées

Votre participation consiste à donner deux entrevues individuelles d'une durée approximative d'une heure chacune. Durant la première entrevue, il vous sera demandé

de commenter des dessins d'enfants. Environ une à deux semaines plus tard, nous nous rencontrerons à nouveau pour une deuxième entrevue dans laquelle nous aborderons votre parcours professionnel.

Ces entrevues seront enregistrées numériquement avec votre permission. Le lieu et l'heure de l'entrevue sont à convenir avec la personne responsable du projet.

4. Moyens de diffusion

Les résultats de cette recherche seront publiés dans une thèse de doctorat et possiblement dans un article scientifique qui sera soumis à une revue savante.

Si vous le souhaitez, les résultats de la présente recherche vous seront communiqués lorsqu'ils seront disponibles. La responsable de la recherche vous fera parvenir sa thèse en version électronique.

5. Avantages et risques

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances sur les relations thérapeutiques en situation interculturelle. De plus, elle vous donnera l'occasion de réfléchir à votre façon d'aborder un matériel graphique, ce qui peut vous permettre de retirer des apprentissages utiles pour votre pratique.

Il n'y a pas de risques d'inconfort important associé à votre participation. Ce que vous direz ne risque pas d'avoir un impact négatif sur votre vie sociale ou professionnelle, car votre anonymat est garanti. Vous devez toutefois prendre conscience qu'il existe un risque de préjudice psychologique temporaire comme une réaction émotionnelle désagréable en observant les dessins ou en répondant à une question. Mais ce risque est beaucoup plus faible que les avantages potentiels de cette recherche. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier. Il est de la responsabilité de la chercheuse de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue si elle estime que votre bien-être est menacé.

6. Anonymat et confidentialité

Il est entendu que les renseignements recueillis lors des entrevues sont confidentiels et que seule la personne responsable du projet aura accès aux enregistrements de vos entrevues. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription ne contenant aucun renseignement identificatoire) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par la chercheuse responsable pour la durée totale du projet. Les enregistrements, les verbatim ainsi que les formulaires de consentement seront détruits au plus tard 5 ans après les dernières publications des résultats de recherche.

7. Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure et que, par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptiez que la responsable du projet utilise les renseignements recueillis pour sa recherche dans le cadre de la publication d'articles, d'une thèse, de la présentation des résultats lors de conférences ou de communications scientifiques. Aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

8. Compensation financière

Aucune compensation financière ne vous est offerte.

9. Questions sur le projet et sur vos droits

Vous pouvez contacter la personne responsable du projet pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec la direction de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que personne participant à la recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca

10. Remerciements

Votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

11. Signatures

Participante, participant

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la personne responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la personne responsable du projet. J'accepte que ces entrevues soient enregistrées. Je suis conscient(e) que les résultats de cette recherche préserveront mon anonymat.

Je souhaite être informé(e) des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles :

oui non

Nom, courriel et numéro de téléphone

Signature de la participante, du participant

Date

Personne responsable du projet

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la personne responsable

Date

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis à la personne participante.

ANNEXE E

GRILLE DE LA PREMIÈRE ENTREVUE

Présentation, lecture et signature du formulaire de consentement.

Si nécessaire, demander des précisions sur ce qui a été écrit dans le formulaire sociodémographique.

Expliquer le contexte dans lequel les dessins d'enfants ont été récoltés

Montrer ma première série avec la consigne suivante : ***Parlez-moi de ce que ces dessins évoquent pour vous.***

Indiquer **l'âge, le sexe de l'enfant et son origine**. Laisser le participant manipuler les dessins comme il le souhaite.

Relancer, mais ne rien suggérer. Parfois, poser des questions qui visent à soutenir l'élaboration. Provoquer les justifications.

À la fin de chaque série, demander : ***comment vous imaginez-vous la vie de cet enfant ?***

À la fin de l'entrevue, demander :

- **Est-ce qu'il y a une série qui vous a semblé plus familière ?**
 - rappelé un patient vu en clinique ?
 - pensé à un élément de votre vie personnelle ?

- Est-ce que l'origine des enfants a changé quelque chose pour vous ? Si oui, quoi ?

- Comment c'était pour vous de participer à cette recherche ? En général, qu'est-ce qui vous a intéressé ?

- Nous arrivons au terme de ce premier entretien. Avez-vous des commentaires ou des questions ?

- Introduire deuxième entrevue

ANNEXE F

GRILLE DE LA DEUXIÈME ENTREVUE

Précision : il s'agit d'un fil conducteur et non d'une grille suivie à la lettre.

- Avez-vous repensé à notre première entrevue ? Qu'est-ce qui vous est venu à l'esprit ?

- J'aimerais tout d'abord comprendre d'où vous est venue votre aspiration à devenir psychologue.
 - Pourriez-vous me dire ce qui vous a conduit à choisir la profession de psychologue ?

- Parlons maintenant un peu de votre travail de psychologue.
 - Pour vous, c'est quoi les qualités essentielles à développer pour être psychologues ?
 - Qu'est-ce que vous aimez dans votre travail de psychologue ?
 - Qu'est-ce qui est plus difficile ?

- Est-ce qu'il y a un événement significatif dans votre vie qui aurait marqué votre vision de la clinique ? Quelqu'un ou quelque chose ?
- Vous avez déjà une certaine expérience, si vous aviez une recommandation à donner à un jeune psychologue, ce serait quoi ?
- J'ai maintenant des questions plus spécifiquement liées à la clinique interculturelle.
 - Montréal est connue pour sa diversité culturelle. Vous m'avez dit rencontrer des familles issues de cette diversité. En général, avez-vous l'impression que la clinique avec des familles d'autres origines est différente de la clinique avec des Québécois ?
 - Pourriez-vous me parler un peu de comment cette diversité se présente en clinique ?
 - Pour vous, est-ce que c'est plus facile de travailler avec des enfants québécois ou immigrants ?
 - Vous arrive-t-il d'aborder des questions culturelles de façon directe avec les enfants ou leurs parents ? Si oui, vous sentez-vous à l'aise quand vous le faites ?
 - Avez-vous une anecdote à me raconter où la culture ou l'immigration d'un de vos patients a joué un rôle dans vos interventions cliniques ?

- Pour les immigrants : vous avez vous-même immigré (ou vos parents ont émigré). J'ai quelques questions par rapport à cette spécificité.
 - Avant de parler de clinique, pourriez-vous me dire quelques mots sur votre histoire d'immigration ?
 - Comment le fait d'être immigrant ou enfant d'immigrant joue-t-il un rôle dans votre vie en général, dans votre vie quotidienne ? Et le fait d'être d'une autre culture ?
 - Comment le fait d'être immigrant joue un rôle au niveau professionnel ? Comment c'est d'être immigrant et psychologue au Québec ?
 - Vous êtes immigrant de.... et vous rencontrez des enfants qui sont aussi immigrants, mais d'autres pays. Est-ce que c'est également facile de travailler avec tous les immigrants.
 - Avez-vous déjà rencontré des enfants de la même origine que vous ? Si oui, que ressentez-vous quand cela arrive ?

- Pour les Québécois :
 - Avez-vous eu, en dehors de la clinique, des expériences culturelles marquantes ? Par exemple des voyages ou des contacts avec des personnes d'autres cultures.

- Question de clôture : Qu'est-ce qui vous a amené à participer à cette recherche ?
- Si quelque chose d'autre vous vient à l'esprit d'ici quelques jours, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

RÉFÉRENCES

- Abbott, D. M., Pelc, N., & Mercier, C. (2019). Cultural humility and the teaching of psychology. *Scholarship of Teaching and Learning in Psychology*, 5(2), 169–181.
- Ainslie, R. C., Tummala-Narra, P., Harlem, A., Barbanel, L., & Ruth, R. (2013). Contemporary psychoanalytic views on the experience of immigration. *Psychoanalytic Psychology*, 30(4), 663-679.
- Arpin, J.A. (1992). L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans sa relation avec le patient. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 99-112.
- Baubet T. & Moro M.R. (2009). *Psychopathologie transculturelle*. Paris, France : Masson.
- Berger, L. K., Zane, N., & Hwang, W.-C. (2014). Therapist ethnicity and treatment orientation differences in multicultural counseling competencies. *Asian American Journal of Psychology*, 5(1), 53-65.
- Bertrand, S., Krymko-Bleton, I., Lesourd, S., Bessette, P., & Dufour, V. (2011). Le test des quatre dessins comme fenêtre sur la vie psychique infantile : un exemple d'analyse. *Revue québécoise de psychologie* 32(3), 289-310.
- Bonovitz, C. (2005). Locating Culture in the Psychic Field. *Contemporary Psychoanalysis*, 41(1), 55-75.
- Bouchard, G. (2013). *L'interculturalisme québécois*. Acfas. Rubrique : pourquoi j'ai écrit ce livre. Récupéré de <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2013/02/l-interculturalisme-quebecois>
- Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapies psychanalytiques. Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Filigrane*, 18(2), 70-85.
- Bruno, F., Kouassi, K., Moro, M.-R. & Bernard, D. (2016). Réimaginer la rencontre : utilisation du concept de contre-transfert culturel au retour d'une expérience d'expatriation. *Alterstice*, 6(2), 59–69.

- Chamorro, R. (2003). From the Other Side : Countertransference in Spanish-Speaking Dyads. *Journal for the Psychoanalysis of Culture and Society*, 8(1), 84-87.
- Chamorro, R. (2004). Mentoring the parentified child : The professional development of the latina(o) psychologist. *Journal of Hispanic Higher Education*, 3(1), 64-72.
- Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris. France : Presses Universitaires de France.
- Ciclitira, K. & Foster, N. (2012). Attention to Culture and Diversity in Psychoanalytic Trainings. *British Journal of Psychotherapy*, 28(3), 353-373.
- Cohen-Emerique, M. (2011). L'interculturel dans les interactions des professionnels avec les usagers migrants. *Alterstice*, 1(1), 9-18.
- Cohen-Emerique, M. (2015). *Pour une approche interculturelle en travail social : Théories et pratiques*. Rennes, France : Presses de l'EHESP.
- Comas-Díaz, L., & Jacobsen, F. M. (1991). Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 392-402.
- Commission de santé mentale du Canada. (2012). *Changing directions, changing lives : The mental health strategy for Canada*. Calgary. Récupéré de https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, instituts de recherche en santé du Canada (2012) : *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC2)*. Récupéré de http://www.pre.ethics.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf
- Cooper, A. (2010). Institutional Racism : Can Psychotherapy Change? *British Journal of Psychotherapy*, 26(4), 486-501.
- Corin, E. (2010). Aux marges de la psychanalyse, Freud. Un travail de culture. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 2(22), 137-151.
- Corman, L. (1978). *Le test du dessin de famille avec 103 figures* (3e éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Correll, J., Park, B., & Allegra Smith, J. (2008). Colorblind and Multicultural Prejudice Reduction Strategies in High-Conflict Situations. *Group Processes & Intergroup Relations*, 11(4), 471-491.

- Courtois, C.-P. (2010). La nation québécoise et la crise des accommodements raisonnables : bilan et perspectives. *International Journal of Canadian Studies/Revue internationale d'études canadiennes*, 42, 283–306.
- Coyer, G. (2020). L'usage clinique de la notion de culture. *Psychologie clinique et projective*, 1(1), 13-33.
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 174.
- Davids, F. (2003) The internal racist. *Bulletin of the British Psychoanalytical Society* 39(4), 1-15.
- De Plaen, S. (2006). Histoire d'un métissage thérapeutique : l'articulation des concepts psychodynamiques et culturels dans le cadre d'une pratique psychiatrique en consultation obstétricale. *Filigrane*, 15 (1), 26–37.
- Delanoë, D. & Moro, M. R. (2016). Les rapports sociaux dans le transfert culturel : Essai de problématisation. *L'Autre*, 17(2), 203-211.
- Delanoë, D. (2015). Pourquoi il ne faut pas avoir peur du transfert et du contre-transfert culturels. *Le Carnet PSY*, 188(3), 22-26.
- Delapp R.C., Williams M.T. (2015). Professional challenges facing African American psychologists: the presence and impact of racial microaggressions. *The Behavior Therapist* 38(4), 101-105.
- Denis, P. (2010). I. Incontournable contre-transfert. Dans Denis, P. (éd.) *Rives et dérives du contre-transfert* (p. 1-33). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- DiAngelo R., Sensoy Ö. (2014). Getting slammed : White depictions of race discussions as arenas of violence. *Race Ethnicity and Education*, 17(1),103-28.
- DiAngelo, R. (2011). White fragility. *The International Journal of Critical Pedagogy*, 3(3), 54-70.
- Dumont, M.-C., & Legendre, G. (2000). Repenser l'intervention en tenant compte des origines. *Psychologie*, 17(5), 16-18.
- Evans, D. A. (1985). Psychotherapy and Black patients : Problems of training, trainees, and trainers. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2S), 457–460.

- Fassin, D. (2006). 1. Nommer, interpréter. Le sens commun de la question raciale. Dans : Éric Fassin (dir.). *De la question sociale à la question raciale : Représenter la société française* (p. 17-36). Paris, France : Découverte.
- Fermi, P. (1998). *Le contre-transfert culturel ?* Récupéré de <http://geza.roheim.pagesperso-orange.fr/html/contrans.htm>
- Fermi, P. (2002). Ethnopsychanalyse : esquisse d'un roman familial. *L'Autre*, 3(2), 329-343.
- Flahault, F. (1978). *La parole intermédiaire*. Paris, France : Seuil
- Foster, R. P. (1998). The clinician's cultural countertransference: The psychodynamics of culturally competent practice. *Clinical Social Work Journal*, 26(3), 253–270.
- Freud, S. (1915). Observations sur l'amour de transfert. Dans Berman, A. (Trad.), *La technique psychanalytique* (p. 116-130). Paris : Presses Universitaires de France. 1967.
- Freud, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté*. Récupéré de http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/essais_psychanalyse_appliquee/10_inquietante_etrangete/inquietante_etrangete.html
- Froté, P. & Bouchard, M. A. (1994). *Le vase brisé : Réflexions sur la genèse de la réponse contre-transférentielle*. Récupéré de <http://www.mapageweb.umontreal.ca/scarfond/T4/4-Frote.pdf>
- Gilbert, S. (2007). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'exemple de l'itinérance des jeunes adultes. *Recherches qualitatives, Hors série*, 3, 274-286.
- Gilbert, S. (2009, juin). Un, plus un, plus un... ou De la singularité de l'expérience subjective à l'élaboration d'un savoir socialement fertile. *Actes du 2e colloque international francophone sur les méthodes qualitatives*. Université de Lille, France.
- Goedert, M. (2020). Racism in the Countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 89(4), 715-740.
- Guerraoui, Z. (2011). Chapitre 1. Psychologie des contacts de cultures : psychologie de l'interculturalité. Dans Guerraoui, Z. (éd.). *Comprendre et traiter les situations interculturelles : Approches psychodynamiques et psychanalytiques* (p. 15-36). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Guilbert, L. (2005). L'expérience migratoire et le sentiment d'appartenance. *Ethnologies*, 27 (1), 5–32.

- Guillemette, F., Guillemette, M., Luckerhoff, J., & Plouffe, M.-J. (2016.). *La recherche qualitative : Origines et essai de définition*. Récupéré de https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC22/F_259191268_Origines_de_la_RQ.pdf.
- Guimond, S. (2010). *Psychologie sociale : perspective multiculturelle*. Wavre, Belgique : Mardaga.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy : Meta-analytic findings. *Psychotherapy, 55*(4), 496–507.
- Hays, D. G., & Chang, C. Y. (2003). White privilege, oppression, and racial identity development: Implications for supervision. *Counselor Education and Supervision, 43*(2), 134–145.
- Holmes, D. E. (1999). Race and Countertransference: Two “Blind Spots” in Psychoanalytic Perception. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies, 1*(4), 319-332.
- Huqueleux, V. (2016). Du contre-transfert aux contours de l’empathie : nécessité d’une éthique clinique. *L’Autre, 17*(2), 182-191.
- Jacob, A. (2011). La diversité ethnoculturelle : entre la peur et la fascination. *Nouvelles pratiques sociales, 23* (2), 209–231.
- Jahoda G. (2012) Critical reflections on some recent definitions of “culture.” *Culture & Psychology, 18*(3), 289-303.
- Kaës, R. (1998). Introduction. Une différence de troisième type. Dans Kaës, R. *Différence culturelle et souffrance de l’identité* (p. 1-19). Paris, France : Dunod. 2012.
- Kim, S. M. S. (2012). *Affective Cultural Countertransference Reactions to Asian American Clients: A Mixed Methods Exploratory Study* (thèse doctorale). Récupéré de <http://academiccommons.columbia.edu/catalog/ac:147423>
- Kirmayer, L. J. (2013). Embracing Uncertainty as a Path to Competence : Cultural Safety, Empathy, and Alterity in Clinical Training. *Culture, Medicine, and Psychiatry, 37*(2), 365-372.
- Kirmayer, L. J., & Bennegadi, R. (2011). Les politiques de l’altérité dans la rencontre clinique. *L’Autre, 12*(1), 16-29.
- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., Jarvis, G. E., & Guzder, J. (2008). The Cultural Context of Clinical Assessment. In A. Tasman, J. Kay, J. A. Lieberman, M. B. First, & M. Maj (dir.), *Psychiatry*, (p. 54-66). Chichester, Royaume-Uni : John Wiley & Sons, Ltd.

- Kleinman A., & Desjarlais, R. (1994). Ni patients ni victimes. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 104, 56-63.
- Kristeva, J. (1988). *Étrangers à nous-mêmes*. Paris, France : Fayard.
- Krymko-Bleton, I. (2014a). Recherche psychanalytique à l'université. *Recherches qualitatives-Hors série*, 16, 52–60.
- Krymko-Bleton, I. (2014b). Rencontre et discours de la méthode. *Filigrane : Écoutes psychothérapeutiques*, 23(2), 109-124.
- Krymko-Bleton, I. (2016). Entre la psychanalyse et la linguistique : une démarche de recherche au sein d'un département de psychologie. Récupéré de http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/HS-20/rq-hs-20-krymko-bleton.pdf
- Kumagai, A. K., & Lypson, M. L. (2009). Beyond Cultural Competence : Critical Consciousness, Social Justice, and Multicultural Education: *Academic Medicine*, 84(6), 782-787.
- Lamarche, C. (2008). *Les minorités ethno-culturelles : une analyse fondée sur la théorie sociale critique et le concept de reconnaissance*. (Mémoire de maîtrise). Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/1502/1/M10561.pdf>
- Leary, K. (2000). Abstract. Racial enactments in dynamic treatment. [Abstract] *Psychoanalytic Dialogues*, 10, 639–653.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.S., Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lecomte, Y., Jama, S., & Legault, G. (2006). L'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 7-27.
- Letendre R. (2007). Contribution de la psychanalyse aux méthodologies qualitatives : quelques mots sur la rigueur en lien avec le dispositif d'hospitalité et la fonction tierce. *Dans Recherche Qualitative. Actes du colloque Bilan et perspectives de la recherche qualitative*. Hors Série, 3, 384-396.
- Lorillard, M. (2009). Expression d'une souffrance sociale en milieu rural sénoufo et ethnoéthique. *Anthropologie et Sociétés*, 33(3), 139–157.
- Menès, M. (2004). L'inquiétante étrangeté. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 56(2), 21-24.

- Mestre, C., & Moro, M. R. (2012). L'intime et le politique : Projet pour une ethnopsychanalyse critique. *L'Autre*, 13(3), 263-272.
- Molinari, C. (2008). Anglais et français au Québec : d'une relation conflictuelle à une interaction pacifique ? *Éla. Études de linguistique appliquée*, 1(1), 93-106.
- Montréal en Statistiques (2017). *Population et démographie*. Récupéré de http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/MTL_STATS_FR/MEDIA/DOCUMENTS/18_POPULATION%20ET%20D%C9MOGRAPHIE_25OCTOBRE2017_MINORIT%C9SVISIBLES_AGGLO_RMR.PDF
- Moro, M.R. (1992). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 71-98.
- Moro, M.R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris, France : Dunaud.
- Moro, M.R. (2002). Le racisme : une question clinique transgressive. *L'Autre*, 3(2), 345-349.
- Moro, M.R. (2009). Don Quichotte ou Ulysse ? Pour une clinique transculturelle avec les migrants et leurs enfants en Europe et dans le monde. *L'Autre*, 10(2), 211-224. Récupéré de <https://doi.org/10.3917/lautr.029.0211>
- Msebele, N., & Brown, H. (2011). Racism in the consulting room: myth or reality? *The Psychoanalytic Review*, 98(4), 451-492.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris, France : Dunod.
- Nathan, T. (2000). Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie. *Genèses*, 38(1), 136-159.
- Neville, H. A., Awad, G. H., Brooks, J. E., Flores, M. P. & Bluemel, J. (2013). Color-blind racial ideology : Theory, training, and measurement implications in psychology. *American Psychologist*, 68(6), 455-466.
- Niwemugeni, M.-A. (2018). *Reconstruction identitaire en contexte d'exil*. (Mémoire de maîtrise). Récupéré de http://semaphore.uqar.ca/id/eprint/1550/1/Marie-Ange_Niwemugeni_aout2018.pdf
- Ordre des psychologues du Québec. (2018, septembre). Accueil. Dans *trouver de l'aide*. Récupéré de <https://www.ordrepsy.qc.ca/trouver-de-aide>

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Paris, France : Armand Colin. 2008.
- Papps, E., & Ramsden, I. (1996). Cultural Safety in Nursing : The New Zealand Experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497.
- Pierre, A., Minn, P., Sterlin, C., Annoual, P. C., Jaimes, A., Raphaël, F.,... Kirmayer, L. J. (2010). Culture et santé mentale en Haïti : une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 13-47.
- Pocreau, J.-B., & Martins Borges, L. (2006). Reconnaître la différence : le défi de l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 43-56.
- Poisson, Y. (1983). L'approche qualitative et l'approche quantitative dans les recherches en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 9(3), 369-378.
- Potvin, M. (2004). Racisme et discrimination au Québec : Réflexion critique et prospective sur la recherche. Dans Renaud, J., Germain, A. et Leloup, X. (dir.). *Racisme et discriminations : permanence et résurgence d'un phénomène inavouable* (p. 172-196). Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Rizzi, A. & Moro, M. (2017). La psychanalyse au risque de l'altérité. Processus de co-construction dans un groupe thérapeutique transculturel. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 7(2), 271-300.
- Rocher F., Labelle M., Field A.-M., Icart J.-C. (2007). *Le concept d'interculturalisme en contexte québécois : généalogie d'un néologisme*. Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles. Récupéré de http://classiques.uqac.ca/contemporains/labelle_micheline/concept_interculturalisme/concept_interculturalisme.html
- Rouchon, J.-F. (2007). *La notion de contre-transfert culturel : enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*. (Thèse de doctorat). Récupéré de www.clinique-transculturelle.org/pdf/these_jfr.pdf
- Rouchon, J.-F., Reyre, A., Taïeb, O. et Moro, M.-R. (2010). L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique. *L'Autre*, 10(1), 80-89.
- Rousseau C. (2008). Entrevue accordée à Radio-Canada. Récupéré de <http://beta.radio-canada.ca/nouvelle/402016/accommodements-responsables>
- Rousseau, C., Nadeau, L., & Measham, T. (2008). Les mains sales : racisme et responsabilité morale en clinique. *L'Autre*, 9(3), 349-359.
- Russell, C. (2017). Le colonialisme canadien, d'hier à aujourd'hui. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, 18, 98-105.

- Sanchez-Hucles, J. & Jones, N. (2005). Breaking the Silence Around Race in Training, Practice, and Research. *The Counseling Psychologist* 33,(4), 547-558.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives, Hors série, 5*, 99-111.
- Skovholt, T.M., Starkey, M.T. (2010). The three legs of the practitioner's learning stool: practice, research/theory, and personal life. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(3), 125-130.
- Stampley, C., & Slaght, E. (2004). Cultural countertransference as a clinical obstacle. *Smith College Studies in Social Work*, 74(2), 333-347.
- Statistiques Canada (2010). *Définition d'« Immigrant »*. Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/81-004-x/2010004/def/immigrant-fra.htm>
- Statistiques Canada (2016). *150 ans d'immigration au Canada*. Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-630-x/11-630-x2016006-fra.htm>
- Statistiques Canada (2020). *Minorité visible de la personne*. Récupéré de https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=45152
- Stitou, R. (2007). L'inconscient à la croisée du singulier et de la culture. *Cahiers de psychologie clinique*, 29(2), 145-160.
- Sturm, G. (2000). Le rôle de l'ethnicité en psychothérapie : une étude sur le vécu subjectif des appartenances. *L'Autre*, 1(2), 339-347.
- Sturm, G. (2011). Chapitre 2. Culture, société, subjectivité : les innovations de l'ethnopsychanalyse française. Dans Guerraoui, Z. (éd). *Comprendre et traiter les situations interculturelles : Approches psychodynamiques et psychanalytiques* (p. 37-54). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Thompson, C. E., Worthington, R. et Atkinson, D. R. (1994). Counselor content orientation, counselor race, and Black women's cultural mistrust and self-disclosures. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 155-161.
- Tissières, N. & Krymko-Bleton, I. (2018b). Les conflits suscités par la rencontre clinique avec l'altérité culturelle et leurs effets sur le contre-transfert. *Filigrane*, 27 (1), 81-97.
- Tissières, N. et Krymko-Bleton, I. (2018a). Être psychologue et immigrant : les enjeux de la clinique. *L'Autre*, 19(1), 11-20.

- Tremblay Lamarche, A. (2015). Vers une nouvelle histoire des relations entre anglophones et francophones : mot de présentation. *Cap-aux-Diamants*, 121, 3-3.
- Tummala-Narra, P. (2007). Skin color and the therapeutic relationship. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 255-270.
- Vinay, A. (2007). *Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, France : Dunod.
- Vinsonneau, G. (2002). Le développement des notions de culture et d'identité : un itinéraire ambigu. *Carrefours de l'éducation*, 14(2), 2-20.
- Watkins, C. E., Jr., & Hook, J. N. (2016). On a culturally humble psychoanalytic supervision perspective: Creating the cultural third. *Psychoanalytic Psychology*, 33(3), 487-517.
- Winnicott, D.W. (1947). La haine dans le contre-transfert. Dans Winnicott, D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 72-82). Millau, France : Payot. 2012.
- Winnicott, D.W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans Winnicott, D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 169-186). Millau, France : Payot. 2012.
- Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans Winnicott, D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 285-291). Millau, France : Payot. 2012.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Malesherbes, France : Gallimard. 2017.