

L'ethnopsychiatrie au Québec : bilan et perspectives d'un témoin acteur clé

Ethno-psychiatry in Québec: assessment and perspective of a key actor and witness

La etnopsiquiatría en Quebec: balance y perspectivas de un actor clave testigo

Etnopsiquiatra no Quebec: balanço e perspectivas de um importante testemunho ator

Carlo Sterlin

Volume 31, Number 2, Fall 2006

Ethnopsychiatrie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014811ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014811ar>

[See table of contents](#)

Article abstract

In this "interview," C. Sterlin, founder of the Transcultural Clinic of Jean-Talon Hospital (Montreal) describes the historical background of the intercultural movement in the clinical field, and proposes a clinico-political classification of the intercultural approaches in psychiatry. He describes the development of the Jean-Talon Project, and the circumstances of its failure. He argues that, in spite of this failure, Quebec is in a privileged position to develop and implement new approaches in the field of "ethno-psychiatry."

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Sterlin, C. (2006). L'ethnopsychiatrie au Québec : bilan et perspectives d'un témoin acteur clé. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 179–192.

<https://doi.org/10.7202/014811ar>



Témoignage

L'ethnopsychiatrie au Québec : bilan et perspectives d'un témoin acteur clé

Carlo Sterlin*

Cette « entrevue » avec C. Sterlin, fondateur de la clinique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon (Montréal) replace, dans une perspective historique, le développement de la démarche interculturelle en clinique au Québec, propose une classification clinico-politique des approches interculturelles en psychiatrie et décrit le contexte dans lequel s'est développé le « projet Jean-Talon ». Par delà l'échec de ce projet, elle indique comment — à partir de sa position privilégiée — le Québec pourrait contribuer au développement futur de l'ethnopsychiatrie.

Un vieux rabbin déambulait dans les rues de Jérusalem et interpellait les passants en criant: « J'ai une réponse »... qui a une question?...¹ »

Genèse de la démarche transculturelle au Québec

Q : Carlo Sterlin, à quel titre vous sentez-vous autorisé à faire un bilan de l'ethnopsychiatrie au Québec ?

R : Si j'étais fidèle à moi-même et à mes racines, je vous répondrais : « au nom du *lwa Legba*² ». Mais vous ne comprendriez pas, même si vous êtes intelligent et cultivé... Je vous dirai donc banalement que c'est à titre de celui qui est à la phase de sa vie où — en Occident — il est bon de penser à son « testament professionnel »...

Comprenez bien que ce « droit de bilan » appartient à tous les témoins/acteurs de la scène de la clinique interculturelle. Mais j'ai peut-être un certain « droit d'ânesse », en ce sens que je suis aujourd'hui l'un des rares survivants du groupe qui a vu naître le mouvement de « psychiatrie transculturelle » à Montréal, à la fin des années 50... En 1959, j'avais le privilège de participer au collectif de réflexion autour des Wittkower, Murphy, Prince, Dubreuil, Ellenberger, etc.

* Psychiatre et anthropologue, Hôpital Jean-Talon et C.L.S.C Côte-des Neiges.

Il faut reconnaître à cette équipe de pionniers — composée majoritairement de médecins — le mérite d'avoir intuitivement saisi les limites de la bio-médecine et les problèmes liés à son application aux cultures autres. Car, c'était l'époque du triomphe du « cercle de Papez³ », de la victoire de la chlorpromazine, des premières hypothèses sur les neurotransmetteurs... Et j'ai moi-même passionnément plongé dans cette euphorie biochimique : savez-vous qu'en 1960, dans le but de comprendre de l'intérieur le vécu de l'expérience psychotique, j'ai été le premier au Canada à faire personnellement l'expérience de la « psychose artificielle », en absorbant 75 mcg de L.S.D. pur, sous contrôle médical ? Les mauvaises langues disent parfois que je ne m'en suis jamais sorti, même si, en fin d'expérience, j'ai reçu une injection de 50 mg de chlorpromazine...

Q : Y a-t-il incompatibilité entre bio-médecine et démarche transculturelle ?

R : Certainement pas..., mais bien des gens, par ailleurs brillants, sont incapables de sortir de la prison dualiste, et c'est en partie la faute de Descartes... La bio-médecine, qui est aujourd'hui en position de pouvoir dans les sociétés dites « modernes » regarde de haut la démarche « ethnopsychiatrique ». Et, plus elle s'enlise dans son « délire biochimique », plus elle est persuadée qu'elle est « universelle », donc autorisée à imposer à la planète entière sa vision de la santé et de la maladie...

Q : Mais aujourd'hui ?

R : Depuis les premières brèches ouvertes par ces pionniers, la problématique interculturelle en clinique, a donné naissance au Québec à un large éventail de pratiques que l'on peut regrouper en deux courants :

1) Le courant de « *transcultural psychiatry* », identifié au réseau de l'Université McGill, notamment autour des équipes du Jewish General Hospital et du Montreal Children's Hospital.

Ces équipes, largement inspirées par la démarche d'Arthur Kleinman (Harvard University), ont réalisé des recherches épidémiologiques dont l'intérêt peut aujourd'hui paraître caduc ; mais elles ont aussi exploré des pistes originales d'intérêt clinique indiscutable (concept de somatisation, rapports entre suicide et culture, rapport entre trauma et culture, etc). Toutefois, leur pratique clinique demeure — à mon avis — essentiellement occidental-centrique, en dépit de l'importance grandissante qu'elles accordent à la « médiation culturelle ».

Le Québec à l'heure de l'ethnopsychiatrie

2) ... Mais, depuis environ 15 ans, on a vu naître à Montréal, mais aussi à Québec, Sherbrooke, Trois-Rivières, entre autres, des projets plus ou moins structurés de « cliniques ethnopsychiatriques » généralement inspirés par l'œuvre de Tobie Nathan (1993, 1994) ou — pour être plus précis — par la compréhension plus ou moins fidèle que chacun des groupes a élaboré de cette œuvre. Pour un tour d'horizon des principaux services de la région de Montréal, je vous réfère au reportage de Michel Dongois, paru dans *L'Actualité médicale* du 17 mars 2004.

On saisit bien, à travers ce reportage, que si chacune de ces jeunes cliniques est marquée par le style personnel de son initiateur-trice, leurs références théoriques demeurent généralement vagues, et aucune d'entre elles n'a, à mon avis, exploré des voies originales.

Devant ce foisonnement d'entreprises cliniques autour de la question des rapports entre culture, santé mentale et services, j'ai ressenti le besoin de systématiser les choses et j'ai proposé (Sterlin, 1999) une classification clinico-politique des approches interculturelles en psychiatrie⁴ dans laquelle je distingue :

- a) Les approches coloniales ;
- b) Les approches néo-coloniales ;
- c) Les approches dialogales, lesquelles se subdivisent en :
 - 1) Dialogales parallèles (Collomb, 1965) ;
 - 2) Dialogales bipolaires partielles (Nathan, 1993) ;
 - 3) Dialogales bipolaires totales.

Si l'on prend cette classification au sérieux, les cliniques transculturelles et ethnopsychiatriques du Québec se situent invariablement entre la position néo-coloniale et la position dialogale bipolaire partielle...

Q : En termes simples... ?

R : En termes simples, cela signifie que la plupart de ces cliniques fonctionnent selon un mode essentiellement occidental-centrique : elles sont profondément convaincues que la psychiatrie universitaire occidentale a valeur universelle... Quand — par delà leurs discours — on observe leur pratique, on a tôt fait de réaliser que pour elles, les cultures autres sont des vides à remplir, plutôt que des plénitudes à découvrir.

C'est dans de telles cliniques que la transe et la possession sont « gérées » comme des psychoses, que l'hypothèse d'ensorcellement évoquée au sujet d'un cas d'inceste, dans une famille bété, est décodée

comme « mécanisme de projection », sanctionné par une culture malade, etc.

Q : Ce qui ne se passe pas à la Clinique transculturelle de Jean-Talon ?

**La clinique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon :
d'abord une ambiance**

R : Replaçons les choses dans leur contexte historique : au début des années 80, dans le cadre des activités du GIRAME⁴, je découvre, grâce à Mme Ursula Streit, la démarche de Georges Devereux et la pratique de T. Nathan : c'est pour moi une révélation !

Quelques années plus tard, après trois séjours en Chine populaire, j'étais participé — autour de Gilles Bibeau — aux travaux du groupe d'« experts », désignés par le Comité de santé mentale du Québec, pour élaborer une politique de santé mentale adaptée à la réalité des « communautés ethniques » (Bibeau et al., 1992).

J'avais horreur du processus par lequel les rapports et leurs recommandations finissaient par accumuler la poussière sur les tablettes. J'étais prêt à l'action, d'autant plus que c'était dans cette conjoncture que le Dr F. Raphaël m'invitait à participer au questionnement du département de psychiatrie de l'Hôpital Jean-Talon, sur ce qu'on appelait le « problème des Haïtiens »...

Q : Quelle était alors votre conception d'une clinique transculturelle ?

R : Je parlais du postulat que le type de production interculturelle créé par une société — en l'occurrence, l'ethnopsychiatrie — était largement tributaire du profil historique, politique et social de cette société... dans le même sens où un vin particulier est le produit typique de son terroir...

La France des années 70 avait produit Devereux et Nathan. J'ai pensé que le Québec contemporain était en position privilégiée pour amalgamer des cépages très divers, avec l'espoir de créer une « ethnopsychiatrie québécoise ».

Q : Mais en quoi la position du Québec était-elle privilégiée ?

R : Le Québec avait — à mon avis — bien des cartes dans ses manches :

- société jeune sans vrai passé esclavagiste ou colonial ;
- position carrefour entre latinité et influences germano-britanniques ;
- malaise — potentiellement fécond — dans ses rapports avec les Premières Nations ;

- interactions quotidiennes avec plus de 150 ethnies dans ses agglomérations urbaines ;
- accès facile à l'expérience pionnière de l'école de Paris (Nathan, Moro, Ondongh-Essalt, Salmi, etc.) ;
- accès facile, surtout, — via l'Institut Interculturel de Montréal — à la démarche du philosophe Raimon Panikkar⁵.

Q : Raimon qui ?...

R : Ne vous en faites pas : vous n'êtes pas le seul au Québec à ignorer que Raimon Panikkar est aujourd'hui le penseur le plus profond de l'interculturel...

J'ai eu accès à sa démarche «révolutionnaire», grâce à Robert Vachon et à Kalpana Das. Et, même si je n'ai pas encore assimilé toute la richesse de son œuvre, j'ai perçu, d'entrée de jeu, à quel point elle pouvait contribuer à un renouvellement de la clinique interculturelle. Et ce n'est pas un hasard si j'avais désigné Robert Vachon comme parrain de la clinique de Jean-Talon.

Ne me demandez pas de résumer la pensée de Panikkar : je n'en ai pas la compétence..., mais là encore, Panikkar, ce n'est pas tellement l'accumulation de nouveaux concepts intellectuels, c'est d'abord un « style » : en termes reichiens, je dirais une configuration bioénergétique⁷ non prédatrice de l'autre ; un questionnement radical du « contre-transfert culturel »...

En termes plus « intellectuels », Panikkar, c'est une vision de toute culture en tant que mythe ; c'est une conception des rapports interculturels en tant qu'appropriation « inter-mythes » ; c'est le démasquage de l'idolâtrie de la modernité occidentale face à la science ; c'est la valorisation de la « sagesse » et des modes autres de connaissance ; c'est l'invitation au mouvement de décentrement qui permet de sentir profondément la tension anthropocentrisme/kosmocentrisme ; bref, c'est une ouverture au « dialogue dialogal »... (Vachon 1992). J'estimais qu'en nous familiarisant avec ce « style Panikkar », nous aurions pu mettre de notre côté toutes les chances d'éviter de nous percevoir comme des « essences universelles », et créer un espace d'incertitude ouvert au métissage, à la créativité et à la fraternité...

Quand j'ai fondé la clinique transculturelle de Jean-Talon, ma préoccupation fondamentale était de profiter de la richesse de ce terroir pour créer les conditions susceptibles de déboucher sur un mouvement de création collective. Il m'a fallu près de dix ans pour créer, avec l'équipe de l'époque, ce climat de divergence créatrice et jouissive qui était notre capital le plus prometteur...

J'étais particulièrement soucieux d'établir des rapports sains avec la France et la culture française : bénéficiaire de son esprit critique et de son exceptionnelle capacité d'analyse, sans pour autant devenir le « petit cousin » complexé, ni surtout adopter ce style hiérarchique qui verse si facilement dans la perversion du dogmatisme, et de la pensée unique.

Q : Et comment était perçue cette expérience ?

R : À l'intérieur de l'équipe, les perceptions étaient très partagées... Certains que je qualifierais de « conventionnels » vivaient un malaise certain, percevaient le climat comme anarchique et m'accusaient parfois de « manque de leadership » ; accusation que personnellement, je décodais invariablement à partir de la pensée de W. Reich (1972)... J'ai réalisé trop tard à quel point ils paniquaient face au paradoxe devant lequel je les plaçais : « J'exige que vous soyez libres⁶ !... »

D'autres, par contre, étaient sensibles à la dimension « liberté » de l'expérience et s'impliquaient avec un enthousiasme, une « passion » d'autant plus impressionnante qu'ils n'étaient pratiquement pas rémunérés.

Je peux penser à certaines interventions cliniques, autour de problématiques graves, qui se déroulaient dans un climat de plaisir collectif, loin de toute pseudo-neutralité constipée, et surtout loin du dolorisme et de cette aura de culpabilité qui imprègne généralement les interventions d'inspiration monothéiste. Nous avons vécu — vers 1998 — une période d'euphorie qui a débouché sur la constitution de noyaux de réflexion, par affinité, autour de certaines questions.

Quand j'ai quitté la direction en 2002, plusieurs sous-groupes de réflexion étaient déjà en fonctionnement, à partir de problématiques cliniques :

- clinique et questionnement politique ;
- clinique de la transe et de la possession ;
- inconscient collectif et intervention, etc.

D'autres étaient en voie de formation (féminisme et ethno-psychiatrie, marginalité sociale et clinique, clinique de la gémelleité, etc.).

Un petit noyau de recherche s'était même structuré avec l'appui de la Division of Social and Transcultural Psychiatry de l'Université McGill (Rojas-Viger, 1999). Et c'est dans ce climat de créativité joyeuse que nous avons publié, dans la revue « L'autre », un texte original qui posait la question de la contextualisation historique et politique de l'intervention clinique (Valenzuela et al., 2003).

Et, en 1999, en intégrant les apports qui émergeaient de l'énergie de certains membres « vivants » de l'équipe, je pouvais déjà proposer une première ébauche de ce que j'appelais le « projet Jean-Talon ».

Perspectives nouvelles en ethnopsychiatrie : le Projet Jean-Talon

Q : Comment peut-on définir ce que vous appelez le « Projet Jean-Talon » ?

R : C'était d'abord un « climat » impliquant une véritable révolution des patterns habituels de dynamique des équipes de travail : il ne suffisait plus d'être homme, d'être médecin, d'être de l'ethnie dominante, de détenir un doctorat ou de parler avec un « accent pointu » pour bénéficier automatiquement d'autorité et de prestige. Ce qui comptait, c'était la vraie ouverture interculturelle, la capacité de se décentrer, le flair clinique, ce type de maturité qui permet d'accueillir les divergences, la capacité de vivre dans l'incertitude, mais surtout l'audace de sentir et de penser hors des sentiers battus, d'assumer le risque de créer...

Le projet ayant avorté en pleine gestation, il est difficile de définir ce qu'il serait devenu à maturité, mais l'autopsie du fœtus a permis d'identifier qu'il était en train de se développer autour de deux axes principaux : l'exploration d'une nouvelle conceptualisation du complémentarisme de Devereux, et le projet d'intégrer la contextualisation historique et politique dans l'intervention clinique.

Le complémentarisme en question

... Je m'explique : pour Devereux, le complémentarisme consiste essentiellement à mettre en tension l'anthropologie et la psychanalyse. C'était pas si mal pour la France des années 70... Mais, son « contre-transfert culturel » l'a peut-être empêché de voir qu'anthropologie et psychanalyse sont des sœurs quasi-jumelles, rejetons l'une et l'autre de l'occident universitaire...

Nous nous sommes dit qu'il serait pertinent d'explorer un complémentarisme « radical » qui consisterait à intégrer dans le même espace clinique toute la contribution occidentale et toute celle de la culture du client.

Le cadre de cette entrevue ne nous permet pas de poursuivre cette piste, mais on peut comprendre que — dans une telle perspective — l'« ethnopsychiatrie » n'est plus simplement une « psychiatrie pour les immigrants », mais une démarche de fécondation interculturelle globale dans le champ de la clinique... Un processus par lequel on finit par comprendre qu'une « ethnie » ne cesse pas d'être une ethnie du simple

fait qu'elle est politiquement dominante... ce que les anthropologues ont parfois de la difficulté à comprendre.

Q : Et quelle aurait été l'implication de cette perspective pour la pratique clinique ?

R : Elle aurait impliqué que dans l'espace transitionnel de l'intervention :

- a) Il y aurait place pour tout l'éventail des outils occidentaux (psychanalyse, approches dynamiques autres, Gestalt, bioénergie, ethno-psychopharmacologie, etc.) ;
- b) Mais, également place pour tout le savoir et le savoir-faire de la culture autre... Ce qui, dans ma classification, correspond à l'approche dialogale bipolaire totale...

Vous comprenez que, sous un baobab, on ne fait pas que « palabrer » comme sur un divan... On bouge, on gesticule, on grimace, on mime, on chante, on danse, on entre en « trance'n dance » (Hogarth), et parfois même, on a le privilège d'entrer en « possession ».

Q : Nous retrouvons encore ici, chez vous, cette sorte de méfiance viscérale envers la psychanalyse...

R : Entendons-nous : les affrontements que j'ai eus à Jean-Talon avec ceux qui s'identifiaient comme « psychanalystes » étaient liés au fait que, pour ces derniers, la psychanalyse était comme un magasin général de réponses... À mon sens, l'intérêt de la psychanalyse, c'est d'abord son potentiel de questionnement radical, notamment à partir des concepts d'inconscient et de transfert/contre-transfert. Les réponses, les « construits » qu'elle a inspirés sont presque invariablement des produits anthropocentriques, potentiellement « violents » et destructeurs pour les cultures cosmocentriques. Soyons concrets : avez-vous déjà vu une intervention auprès d'une famille haïtienne vodouisante à qui on n'aurait pas implicitement imposé la conception cartésienne de la personne (corps/esprit), au lieu de tenir compte des distinctions subtiles de sa tradition : *Kò-cadav*, *lombraj*, gros bon-ange, ti bon-ange ?....

Mais tout cela n'est possible que dans un contexte où les rapports idéologiques et politiques de pouvoir sont démasqués et neutralisés...

La contextualisation historique et politique

Q : Là, je ne vous suis plus...

R : Je vais essayer d'être clair — sans être cartésien. J'estime que la contribution essentielle de l'ethnopsychiatrie est sa préoccupation de « contextualiser ». Devereux et Nathan ont ouvert de nouvelles voies de

contextualisation culturelle, mais ils ont plutôt négligé la contextualisation historique et politique.

Pour ma part, en cinquante ans de pratique clinique, je n'ai jamais compris pourquoi le terme « politique » était tabou dans toutes les écoles de thérapie, alors que le politique (dans le sens de rapports collectifs de pouvoir) est partout... surtout là où on ne veut pas le voir... W. Reich l'avait bien saisi et il en a payé le prix.

Q : En quoi l'ouverture au politique aurait-elle fécondé la démarche ethnopsychiatrique ?

R : Deux questions nous paraissaient intéressantes :

- a) En quoi l'analyse des rapports de pouvoir à l'intérieur même de l'équipe d'intervention pouvait-elle enrichir la dynamique de cette équipe et réduire son contre-transfert culturel dans le processus d'intervention ?
- b) En quoi — devant certaines impasses cliniques — l'ouverture au questionnement historique et politique de la situation clinique pourrait-elle permettre de dynamiser un processus d'intervention bloqué ?

En 2001-2002, l'un de nos sous-groupes d'intervention a mené une réflexion vertigineuse à ce sujet, à partir du cas de « Nicanor », client ladino dont la symptomatologie éclatée n'a jamais pu être enfermée dans aucune case du DSM IV...

Après avoir épuisé tous les outils de l'ethnopsychiatrie, nous n'avons entrevu une lueur d'espoir qu'en prenant le risque de l'ouverture à l'historique et au politique. Nous avons rendu compte de cette expérience dans ce texte publié en 2003, dans la revue « L'autre ». C'était un moment d'euphorie créative qui reste l'un des meilleurs souvenirs de mon « passé Jean-Talon ».

Q : Et que s'est-il passé par la suite ?

L'autopsie d'un rêve

R : En 2002, c'est l'avortement de l'expérience, la fin de l'exploration créatrice, l'expulsion/départ du noyau avant-gardiste, le flux inflationniste des « stagiaires » et le retour à la dynamique hiérarchique habituelle, donc au climat de l'« école primaire » où le psitaccisme est la règle...

Q : Mais comment expliquez-vous cet avortement ?

R : Je dois avouer que j'ai des hypothèses très précises sur les causes de cet avortement. Par contre, les formuler aujourd'hui aurait probablement

un effet « contre-productif » et déclencherait peut-être des excommunications et des chasses aux sorcières... qu'il faut éviter, car la priorité aujourd'hui au Québec est vraiment de rassembler toutes les forces constructives autour du projet « ethnopsychiatrique ». Qu'il me suffise d'indiquer que cette régression vers le modèle néo-colonial qu'a connu depuis lors la clinique de Jean-Talon coïncidait avec 2 conjonctures :

- a) Un mouvement global de balancier du Québec vers la droite et le conservatisme ;
- b) Une accentuation du pouvoir « français » — dans le sens de français de métropole — à l'intérieur de nos réseaux...

À l'époque, je ne parvenais pas à comprendre pourquoi cette équipe — que nous avons laborieusement construite en dix ans — restait insensible aux cris d'alarme que je lançais (verbalement et par écrit) pour tenter de freiner ce mouvement de régression... En rétrospective, je réalise aujourd'hui que cette régression était « due », quasiment normale, car syntone avec « l'esprit du temps » ! C'était comme demander à des poissons d'aquarium de jeter un regard critique sur l'eau dans laquelle ils baignent, alors qu'ils ne la voient même pas !...

Q : Carlo Sterlin, qu'est-ce qui vous fait courir ?

R : Je pourrais encore évoquer *Legba*, mais je vais vous donner une réponse anthropocentrique : une propension à l'ennui hors du commun... peut-être liée à ma génétique de métis. Comme les métis n'appartiennent à aucune rive, ils sont peut-être condamnés à nager éternellement vers de nouveaux rêves... en étant prêts à en payer le prix : un certain degré de solitude... dans la solidarité.

Vous savez, dans les régimes dictatoriaux ou anarchiques, quand on commet un « délit d'opinion » en allant à l'encontre de la pensée officielle, on court le risque de se faire kidnapper, rançonner, dépecer ou volatiliser. Dans les régimes d'inspiration monothéiste — même d'apparence démocratique — le risque est l'excommunication et l'exclusion.

Q : Le mot de la fin ?

R : Vous avez peut-être perçu dans mes propos la déception — et peut-être la colère ? — de celui qui, au seuil de la « terre promise », voit s'effondrer son rêve. Mais cette colère est peut-être surtout celle du descendant d'esclave qui voit quotidiennement se reproduire le cycle de la violence à l'intérieur même de la clinique psychiatrique.

Nous avons parlé surtout « psy »... Mais, je voudrais en terminant, déborder de ce cadre pour proposer aux générations montantes du

Québec — toutes ethnies confondues — un projet de société : je pense que le Québec est dans une conjoncture privilégiée pour inventer et expérimenter en Amérique du Nord un vrai multiculturalisme de convivance par opposition au multiculturalisme de dominance. Mais il faudra, au préalable, qu'il s'interroge sur ses rapports avec la France dans la perspective où le fait Christian Dufour dans son récent essai : *Le défi français* (Dufour, 2006)... Et, dans leurs rapports avec les Premières Nations, ceux des Québécois d'aujourd'hui qui se définissent — à tort ou à raison — comme « pure laine » auraient peut-être intérêt à prendre conscience de leur ex-statut d'immigrants, à se ressourcer à l'esprit de la Guswenta⁸ (Vachon, 1995) et à méditer ce vieux proverbe marocain : « Lorsque votre hôte vous déroule son tapis, ayez la bienséance de vous déchausser. »...

Notes

1. Un mot sur la genèse du texte : C. Sterlin a préparé une première version de ce texte en développant ses idées sous forme de dialogue avec un interlocuteur imaginaire. Cette version a été soumise à un groupe de réflexion dont les commentaires ont servi à l'élaboration de la présente version.
2. Dans la tradition vodun, *Legba* est le *spiritus* qui ouvre les barrières. Spiritus est utilisé ici dans son sens originare de «souffle», de courant énergétique...
3. En 1937, J.W. Papez proposait l'hypothèse séduisante du «cerveau viscéral», en postulant l'existence d'un circuit neurophysiologique de circulation des pulsions émotives, impliquant le gyrus cingulaire du cortex, l'hippocampe, le fornix, l'hypothalamus et le noyau thalamique antérieur.
4. En partant du postulat que les démarches cliniques s'élaborent généralement dans le déni des rapports de pouvoir, j'ai tenté de lever ce déni en proposant une classification tenant compte des rapports de pouvoirs entre cultures.
 - a) Dans l'approche coloniale, la culture dominante (par exemple, occidentale) se perçoit d'emblée comme universelle et aborde la culture autre comme un vide à combler. C'est dans cet esprit que la France et l'Angleterre ont établi des hôpitaux psychiatriques au Sénégal et en Inde au début du xx^e siècle.
 - b) Dans l'approche néo-coloniale, la culture dominante perçoit bien que la culture autre a son propre système de référence, mais comme elle reste convaincue de son caractère universel, elle aborde l'autre avec une tolérance plus ou moins teintée de condescendance.

c) Les approches interculturelles parallèles juxtaposent — en principe sur un pied d'égalité — la contribution de la clinique occidentale et celle de la culture autre (par exemple, l'expérience de H. Collomb à Dakar).

d) Les approches dialogales font place, dans le même espace clinique, à la contribution de chacune des cultures en présence en favorisant leur interaction/intégration.

Type I Dialogale partielle : la contribution des cultures en présence est véhiculée essentiellement par la parole (psychanalyse et palabre).

Ex : la clinique de Tobie Nathan.

Type II Dialogale totale : se propose de mobiliser tous les outils occidentaux (psychanalyse, psychopharmacologie, bioénergie, etc.) et tous les outils de la culture autre (palabre, objets, mime, chant, danse, transe, etc.). C'était l'ambition du projet Jean-Talon.

5. Girame : Groupe Inter-universitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et en Ethnopsychiatrie.
6. Au lecteur novice qui désire apprivoiser la démarche de Panikkar, je recommande la lecture du cahier n° 135 de la revue *Interculture*, octobre 1998.
7. Wilhelm Reich — que je considère comme le plus kosmocentrique des « psy » anthropocentriques — est l'initiateur de la thérapie bioénergétique. Il constatait, avec une certaine amertume, vers la fin de sa vie que les humains qui n'étaient pas bioénergétiquement libérés « exigeaient » de leurs dirigeants un leadership autoritaire.
8. *Gusventa* est le terme mohawk qui nomme toutes les alliances de paix établies conjointement depuis le premier contact entre la nation mohawk et les nations occidentales.

Références

- BIBEAU, G., CHAN-YIP, A. M., LOCK, M., ROUSSEAU, C., STERLIN, C., 1992, *La santé mentale et ses visages*, Gaëtan Morin.
- COLLOMB, H., 1965, *Psychopathologie africaine*, 1, 2.
- DONGOIS, M., 2004, Une médecine pour un Québec métissé, *L'Actualité Médicale*.
- DUFOUR, C., 2006, *Le défi français*, Septentrion.
- HOGARTH, H., *The Garden and the Gods : Life from the Haitian Perspective*, (source non identifiée).
- NATHAN, T., 1993, *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était... principe d'ethnopsychanalyse*, Grenoble, La Pensée sauvage.

- NATHAN, T., 1994, *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.
- PANIKKAR, R., 1996, A self-critical dialogue, in Prabhu éd., *The Intercultural Challenge of R., Panikkar*, 227-293.
- PANIKKAR, R., 1995, *The Cosmotheandric Experience*, Orbis, New York.
- REICH, W., 1972, *Reich parle de Freud*, Payot.
- ROJAS-VIGER, C., CORBEIL, L., STERLIN, C., 1999, *Processus de l'évaluation clinique du module transculturel. Rapport sur l'élaboration et le pré-test de l'instrument de mesure*, Clinique Transculturelle, Hôpital Jean-Talon.
- STERLIN, C., 1999, *Panorama of the Intercultural Approaches in Psychiatry*, McGill University, summer seminars: *Working with Cultures*, manuscrit.
- STERLIN, C., LEGENDRE, G., KADA, A., 2000, Psychiatric and interprofessional intercultural practice: The case of an Algerian adolescent with antisocial behavior, in Geva, E. and al., eds., *Interprofessional Practice with Diverse Populations*, Auburn House, Westport, Connecticut.
- STREIT, U., 1997, Nathan's ethnopsyoanalytic therapy: Characteristics, discoveries, and challenges to Western psychotherapy, *Transcultural Psychiatry*, 134, 3, 321-34.
- VACHON, R., 1992, La nation Mohawk et ses communautés, *Interculture*, XXV, 1.
- Vachon, R., 1995, Guswenta ou l'impératif interculturel, *Interculture*, XXVIII, 2.
- VALENZUELA-PEREZ, A., ROJAS-VIGER, C., STERLIN, C., 2003, Le Pacte avec le diable: étiologie et métaphore de la violence, *L'Autre*, IV, 3, 395-409.

ABSTRACT

Ethno-psychiatry in Québec: assessment and perspective of a key actor and witness

In this "interview," C. Sterlin, founder of the Transcultural Clinic of Jean-Talon Hospital (Montreal) describes the historical background of the intercultural movement in the clinical field, and proposes a clinico-political classification of the intercultural approaches in psychiatry. He describes the development of the Jean-Talon Project, and the circumstances of its failure. He argues that, in spite of this failure, Quebec is in a privileged position to develop and implement new approaches in the field of "ethno-psychiatry."

RESUMEN**La etnopsiquiatría en Quebec: balance y perspectivas de un actor clave testigo**

Esta “entrevista” con C. Sterlin, fundador de la clínica transcultural del Hospital Jean-Talon (Montreal) sitúa, dentro de una perspectiva histórica, el desarrollo del proceso intercultural en clínica en Quebec, propone una clasificación clínico-política de los enfoques interculturales en psiquiatría y describe el contexto en el que se desarrolló el “proyecto Jean-Talon”. Más allá del fracaso de este proyecto, éste indica cómo — a partir de su posición privilegiada — el Quebec podría contribuir al desarrollo futuro de la etnopsiquiatría.

RESUMO**Etnopsiquiatra no Quebec: balanço e perspectivas de um importante testemunho ator**

Esta “entrevista” com C. Sterlin, fundador da clínica transcultural do Hospital Jean-Talon (em Montreal) determina, em uma perspectiva histórica, o desenvolvimento da abordagem intercultural em clínica no Quebec, propõe uma classificação clínico-política das abordagens interculturais em psiquiatria e descreve o contexto no qual se desenvolveu o “Projeto Jean-Talon”. Esta entrevista indica, além do fracasso deste projeto, como o Quebec — devido à sua posição privilegiada — poderia contribuir para o desenvolvimento futuro da etnopsiquiatria.