

**Reconnaître la différence : le défi de l'ethnopsychiatrie**  
**Recognizing difference: the challenge of ethnopsychiatry**  
**Reconocer la diferencia: el reto de la etnopsiquiatría**  
**Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria**

Jean-Bernard Pocreau et Lucienne Martins Borges

Volume 31, numéro 2, automne 2006

Ethnopsychiatrie

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014802ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014802ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pocreau, J.-B. & Martins Borges, L. (2006). Reconnaître la différence : le défi de l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 43-56.  
<https://doi.org/10.7202/014802ar>

Résumé de l'article

La reconnaissance de la différence de l'Autre est le fondement de la légitimité de l'ethnopsychiatrie qui est donc nécessairement multiple, changeante, et elle-même porteuse de nuances et de différences. C'est à partir de leur pratique clinique au Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR), que les auteurs proposent un autre regard sur cette discipline prenant en compte, bien sûr, la dimension culturelle et psychique de la personne ; ils s'appuient aussi sur des universaux existentiels et humanistes tels le besoin de sens, de continuité de soi et de cohérence ainsi que sur les diverses dimensions de l'identité. Le dispositif clinique proposé, respectueux des principes de l'ethnopsychiatrie, s'articule autour de trois axes : travail sur les liens, travail sur les différentes dimensions identitaires, travail sur la cohérence et le sens des situations vécues. Cette démarche permet d'accompagner et de faciliter les élaborations essentielles impliquées dans le travail psychique des réfugiés et des personnes ayant été exposés à des situations extrêmes telle la torture.



## Reconnaître la différence : le défi de l'ethnopsychiatrie

---

Jean-Bernard Pocreau\*

Lucienne Martins Borges\*\*

La reconnaissance de la différence de l'Autre est le fondement de la légitimité de l'ethnopsychiatrie qui est donc nécessairement multiple, changeante, et elle-même porteuse de nuances et de différences. C'est à partir de leur pratique clinique au Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR), que les auteurs proposent un autre regard sur cette discipline prenant en compte, bien sûr, la dimension culturelle et psychique de la personne ; ils s'appuient aussi sur des universaux existentiels et humanistes tels le besoin de sens, de continuité de soi et de cohérence ainsi que sur les diverses dimensions de l'identité. Le dispositif clinique proposé, respectueux des principes de l'ethnopsychiatrie, s'articule autour de trois axes : travail sur les liens, travail sur les différentes dimensions identitaires, travail sur la cohérence et le sens des situations vécues. Cette démarche permet d'accompagner et de faciliter les élaborations essentielles impliquées dans le travail psychique des réfugiés et des personnes ayant été exposés à des situations extrêmes telle la torture.

En tant qu'approche clinique de l'humain dans toute sa complexité, l'ethnopsychiatrie trouve sa pleine légitimité dans la reconnaissance de la différence de l'Autre. Elle en fait sa question centrale, sa pierre angulaire. Ce constat fondamental ne doit toutefois pas se limiter à cette seule différence, mais aussi s'étendre aux divers types de pratique de l'ethnopsychiatrie elle-même. Nous vous présenterons quelques pistes de compréhension, d'intervention et de réflexions issues de notre propre pratique au Service d'Aide Psychologique Spécialisée aux Immigrants et Réfugiés (SAPSIR). Ce Service, créé en août 2000, dans la région de Québec est situé dans les locaux de l'École de psychologie de l'Université Laval et constitue un des volets de l'Unité d'ethnopsychiatrie et de stress post-traumatique. Depuis 2004, le SAPSIR est reconnu par le Haut Commissariat aux Droits de l'Homme (ONU) comme un des programmes canadiens offrant des services psychologiques et psychosociaux pour les victimes de torture. À ce titre, il

\* Professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval.

\*\* Psychologue, Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR), École de psychologie, Université Laval.

bénéficie d'une subvention qui complète celle de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région. Il s'agit effectivement d'un autre regard sur l'ethnopsychiatrie prenant en compte, bien sûr, la dimension culturelle et psychique de la personne mais s'appuyant aussi sur des *universaux existentiels et humanistes* tels les besoins de sens et de cohérence et sur les impacts psychologiques des dimensions identitaires.

Les questions que pose le parcours des réfugiés — pour la plupart exposés à des situations extrêmes dans leur pays d'origine — n'ont pas nécessairement de réponses, mais elles suggèrent des directions et nous forcent à penser la détresse en des termes renouvelés, moins techniques et théoriques, et de manière plus humaniste. Elles se posent dans tout contexte culturel selon des modalités et des signifiants spécifiques. La souffrance est universelle, elle fait partie de la condition humaine mais sa mise en forme, son expression, est fondamentalement culturelle tout comme la manière d'y réagir ou de composer avec elle. Nous savons que certaines des grandes fonctions psychologiques de la Culture sont de rendre le Réel supportable, de protéger l'individu et le groupe en mettant à leur disposition des modalités de défense, des significations, des solutions possibles de réparation. Elle est indispensable à la survie de la Personne, mais elle peut aussi contribuer à son élimination si l'équilibre du groupe se trouve compromis.

La tentative de fuir sa propre histoire conduit le réfugié loin de sa terre natale avec l'espoir que cette rupture radicale d'avec les siens sera salutaire et facilitera sa renaissance. Le fantasme de « refaire sa vie ailleurs », de « repartir à zéro » n'est ni réaliste ni compatible avec ce que l'on comprend du fonctionnement humain. L'ethnopsychiatrie, et en particulier les travaux de Devereux, Nathan, et Moro — pour n'en citer que quelques-uns — ont bien mis en évidence la vulnérabilité psychique de ceux ou celles qui sont contraints à l'exil, qui ont laissé leur double, leur clone et parfois leur âme, au pays. Perte ou éloignement des références fondatrices, des contenants culturels, de « l'enveloppe », et rupture des liens significatifs hypothèquent le devenir et fragilisent l'identité. La solution espérée se transforme en complication ; non seulement aux traumatismes vécus au pays s'ajoute souvent (mais pas toujours) celui de l'exil mais la migration rend plus complexe la restauration de l'équilibre psychique, la réparation des désordres et la cicatrisation des blessures. L'exil est rarement guérisseur même si, parfois, il peut représenter une solution salutaire et nécessaire.

Quelle psychothérapie peut-on alors envisager ? Quel cadre théorique peut nous permettre de penser la souffrance de ces personnes ?

Quel dispositif faut-il concevoir pour que les conditions d'un changement soient réunies ? Affirmons d'emblée que notre pratique s'inspire de l'ethnopsychiatrie, du moins de ses principes fondamentaux. Le malaise que cette discipline suscite parfois est sans doute le reflet des tensions idéologiques qui traversent notre monde. Outre le fait que la pratique ethnopsychiatrique est éminemment politique (Andoche, 2001), parler de cette discipline suppose aussi, d'emblée, une prise de position : celle de dénoncer l'illusion qu'il n'y aurait qu'une seule ethnopsychiatrie, celle qui a animé la presse (française, notamment) de débats passionnés. L'ethnopsychiatrie, en tant que psychothérapie, est nécessairement multiple, changeante, porteuse de nuances et de différences car son exercice s'appuie sur la dynamique du métissage : métissage des univers logiques, du cadre, des manières de penser le sens (plus que la cause) et le traitement des désordres, (notamment, pour ce qui est des objectifs de l'intervention). Elle est ni une théorie fermée, ethnocentrique — c'est-à-dire à l'occidental — ni la mise en pratique d'une approche toute codifiée.

Diversité donc de l'ethnopsychiatrie dite « clinique », condition nécessaire et résultat d'une pratique ouverte au métissage des êtres et des savoir-faire mais aussi unité car le point commun est, estime Devereux, la mise en œuvre d'une méthodologie complémentariste. Il s'agit selon lui, d'une « généralisation méthodologique » qui « coordonne » différentes théories et méthodes pertinentes pour son objet. Les « sciences anthropologiques » et les « sciences psychologiques » (plus précisément une psychanalyse qui s'intéresse aux liens entre le sujet et ses appartenances, filiation et affiliation) sont les références complémentaires, mais non simultanées, sans être pour autant exclusives. L'ethnopsychiatrie d'aujourd'hui a bénéficié d'une intense réflexion ; les controverses n'ont pas été inutiles ni stériles. Cette discipline s'est enrichie de nouvelles pratiques et a élargi sa compréhension du fonctionnement humain, que ce soit dans le cadre du normal ou du pathologique. La dimension du sacré, de l'altérité, de la rencontre de l'Autre dans l'équilibre et le devenir humain est reconsidérée à sa juste valeur et occupe désormais une place dans la pratique ethnopsychiatrique.

L'ethnopsychiatrie est plus qu'une psychothérapie métaculturelle ou qu'une psychothérapie, plus qu'une technique de soin appliquée à l'individu et à sa famille, et ne se limite pas à la suppression des symptômes tant physiques que psychiques. Elle vise la restauration de la vitalité de la Personne, dans toutes ses dimensions et ses divers canaux d'expression. Dans son ouvrage *Anthropologie de la maladie*, Laplantine (1986) pose la question des relations du médical et du

religieux, c'est-à-dire «de la santé et du salut». Cette question fondamentale du religieux et plus largement encore, de la relation au Sacré exerce nous semble-t-il, une sorte de contrainte logique sur la réflexion et la pratique ethnopsychiatrique. Si le malade ou son groupe d'appartenance, victime de désordres se relie inévitablement au monde invisible, à l'*Au-delà*, pour donner un sens à son épreuve douloureuse et y chercher secours, le thérapeute n'échappe pas à cette expérience quasi mystique. Confronté aux limites du dicible, du pensable et de l'imaginable et en contact étroit avec la souffrance du patient, comment ne pas percevoir et ressentir celle-ci comme étant de l'ordre du *Sacré*? Ces questions théoriques sont au cœur de la pratique ethnopsychiatrique actuelle et nous présenterons maintenant une de ses modalités à partir de notre propre expérience.

Auparavant, précisons un peu plus de quelle place et de quelle fonction nous exposons ces observations, de quel lieu elles sont issues, et auprès de quelle population. Ceci permettra de montrer comment le lieu thérapeutique auquel nous participons, constitue une petite communauté fondée sur l'expression des productions humaines, telle l'énonciation des faits, du récit, l'évocation des souvenirs parfois heureux mais plus souvent douloureux, la compréhension mutuelle, les émotions, les affects, et bien sûr, la mise en circulation du sens et des significations. Une variété de liens et de relations est donc ainsi aménagée au sein du dispositif afin que soit rendu possible le projet thérapeutique.

Nous appartenons en quelque sorte au monde de la psychologie, celle dite «clinique et pathologique», et nous tentons d'exercer une forme d'ethnopsychiatrie auprès des immigrants, mais surtout auprès de ceux qui sont réfugiés — ceux dont on dit qu'ils sont des migrants non volontaires, des exilés, et qui n'ont pas fait le choix de rupture et de distance par rapport à leur référence originelle, ni même celui du lieu de vie. Comme nous l'avons déjà mentionné, cette expérience clinique a été acquise par une pratique régulière, presque quotidienne dans le cadre du Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR).

## **Le SAPSIR**

Qu'en est-il de ce Service? Brièvement, disons qu'il s'agit d'une clinique de l'exil et de la migration, une clinique du lien et de la médiation, d'un espace transitionnel — de parole, mais aussi d'action — où s'exerce une activité de soin dispensée par une équipe de psychologues et d'étudiants doctorants en psychologie, généralement d'origine culturelle différente et parlant leur langue et le français.

### *Le dispositif*

Ces praticiens exercent en groupe (groupe de thérapeutes) au sein d'un dispositif spécifique où l'on accorde une attention particulière à la dimension culturelle du désordre et de son expression symptomatique sans négliger pour autant l'analyse des fonctionnements psychiques. En effet, comme le définit si bien Mestre (2004, 190-191), « la pratique de l'ethnopsychiatrie s'appuie sur une anthropologie qui reconstruit un contexte social de souffrance, décode des représentations spécifiques de la maladie et du désordre, analyse des systèmes d'alliance des rapports humains et conçoit la culture comme un ensemble riche, cohérent et dynamique de représentations, de récits, de métaphores et de symboles qui aident les patients à penser l'expérience qu'ils vivent puis leur donnent les moyens de la modifier ». Effectivement, le SAPSIR a été créé suite aux observations concernant la pertinence de cette anthropologie mais aussi en raison du codage culturel dans la mise en forme et l'expression de la souffrance psychologique d'un grand nombre d'immigrants et de réfugiés arrivant à Québec. À titre indicatif, notons que le Québec accueille entre 25 000 et 30 000 immigrants par année, toutes catégories confondues pour une population totale d'environ 7 400 000 habitants. Si nous ne considérons que la ville de Québec, 1 500 à 2 000 immigrants s'y installent, dont 700 à 800 comme réfugiés, soit près de 50 %, venant principalement des pays de la Colombie, de l'Afghanistan, du Rwanda, du Congo et des pays limitrophes. Pour compléter cette présentation, ajoutons que lorsque cela est nécessaire et possible, nous comptons sur la collaboration d'un médiateur linguistique et culturel (communément appelé « interprète »), qui assure la traduction de la langue, mais également de la culture. Il nous paraît en effet important, mais non impératif, de favoriser l'expression du vécu et des affects dans la langue maternelle et de faire une large place aux données culturelles et aux représentations sociales. Les personnes sont référées, en général, par les intervenants du milieu de la santé et des services sociaux (CLSC, hôpitaux, cliniques externes, ONGs, etc.). Lorsque la personne qui réfère le patient immigrant au SAPSIR est disponible, sa présence lors de la première consultation est non seulement souhaitée, mais surtout d'une grande utilité. Cet accompagnement a souvent pour effet de rassurer le patient et de valider sa confiance dans une situation où, une fois de plus, il aura à exposer son histoire. Ces aspects techniques illustrent de façon concrète comment l'ethnopsychiatrie est une pratique du lien, de la rencontre, de la médiation et du métissage. C'est justement pour qu'une rencontre soit possible entre des univers de pensées et des logiques culturelles différentes, pour que soit réalisable la mise en place d'une relation opérante, qu'elle s'appuie

sur un tel dispositif. Celui-ci offre l'occasion de liens multiples et de nature diverse entre les intervenants, entre le patient et chacun d'entre eux ainsi qu'avec le médiateur culturel (l'interprète), et l'accompagnant. Il constitue également une aire de médiation à de multiples niveaux : médiation entre deux langues, deux univers culturels, médiation temporelle entre « un avant et un après », « un ailleurs et un autrement ». Travail de médiation également sur le plan psychothérapeutique entre le dedans et le dehors de l'appareil psychique, entre l'Inconscient et le Conscient, entre le dit et le non-dit dans le cadre duquel le thérapeute assume une fonction de « passeur » entre ces mondes. On ne peut manquer d'évoquer le mouvement intense de transfert et de contre-transfert, de transfert culturel et de transfert co-latéral, c'est-à-dire entre les co-thérapeutes eux-mêmes. Cette rencontre des psychismes conscients et inconscients constitue, à certains égards, un travail de métissage. On ne quitte jamais une consultation d'ethnopsychiatrie sans être porteur de la trace de l'Autre dans notre existence et sans être un tant soit peu transformé par cette rencontre.

### ***La population concernée***

Les personnes qui consultent sont des réfugiés, victimes des guerres et des bouleversements violents qui marquent leur histoire nationale, familiale et individuelle. Ceux-ci correspondent à « la destruction de l'univers de référence, affectant le sens, la temporalité, le lien à l'Autre, l'initiative [...] et ébranlent tout ce qui assure la consistance et la logique interne de l'homme en situation parmi les siens » (Monroy, 2003, 32). Ces réfugiés, déracinés par les événements et les circonstances tragiques de leur vie, transplantés contre leur gré dans une terre d'accueil plutôt neutre à leur égard, portent en eux l'expérience de la rupture, de l'effraction traumatique et de l'arrachement. Et ceci n'est pas sans impact sur leur santé mentale et leur fonctionnement psychique, et ce, d'autant plus que la perte du cadre culturel familial, provoque en eux une « vulnérabilité psychique ». Aux traumatismes antérieurs qui les ont fragilisés s'ajoute alors un véritable traumatisme de l'exil aux conséquences psychologiques majeures, notamment *la perte de la cohésion et de la continuité de soi*. L'ethnopsychiatrie, dans certaines de ses modalités pratiques, notamment comme clinique du lien et de la rencontre, du sens et de la médiation, et en particulier comme *expérience de cohérence*, nous paraît pouvoir proposer quelques solutions aux défis posés par ces désastres existentiels. En s'appuyant sur les diverses dimensions dynamiques de l'identité et de l'altérité, sur les impacts mobilisateurs des relations à l'autre et au groupe social, cette approche permet aussi de mieux com-

prendre comment les traumatismes peuvent être métabolisés et transformés lorsque la personne peut se réapproprier son histoire, la sienne et celle de sa famille, de ses enfants et de son groupe d'appartenance.

### **Modèle d'intervention**

Notre modèle d'intervention, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique, est métissé, pragmatique et éclectique si l'on se réfère à celui de Devereux, de Nathan ou à ceux de la clinique interculturelle. De la théorie de Devereux ne découle pas un dispositif spécifique pour l'intervention. On retiendra cependant cette manière originale et forte de considérer le matériel culturel comme un puissant *levier thérapeutique* susceptible de déclencher des associations ou de nouveaux liens de pensée et de remettre en « route » des processus mentaux bloqués par la perte du cadre culturel et les traumatismes pré et post-migratoires. Nous partageons avec lui ce postulat de l'universalité psychique, c'est-à-dire des fonctionnements psychiques, et ce constat que « tout homme tend vers l'universel mais qu'il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance ». De Nathan, nous avons retenu le dispositif groupal, notamment pour sa fonction de contenant et de multiplicateur de l'altérité. La référence aux représentations culturelles, aux logiques et aux hypothèses étiologiques traditionnelles, aux rites d'initiation, de filiation et d'affiliation, aux règles de dénomination et d'inscription dans la lignée familiale ainsi que certaines prescriptions d'action ou des gestes dont la signification est porteuse de sens pour le sujet, sont également utilisées de façon transitoire et complémentaire à d'autres modalités d'intervention. Enfin, un certain style d'interaction où toutes les interventions des co-thérapeutes passent par la médiation du thérapeute principal qui juge de leur pertinence. La formulation de celles-ci varie, allant du questionnement, de l'observation à une proposition de « compréhension ». Ce détour par la culture, sa *culture*, c'est-à-dire à la façon dont il s'y réfère et se l'approprie, s'avère particulièrement efficace car il permet au patient de reprendre contact avec ce qui le porte intérieurement et de se relier à ses origines. Ces techniques, propres à renforcer l'alliance thérapeutique, doivent être manipulées avec prudence et rigueur, pour ne pas enfermer le sujet ou le réduire à sa seule appartenance culturelle et encore moins à son origine. De la clinique interculturelle, nous avons retenu son réalisme pragmatique et son souci d'articuler le social et le culturel en supportant des solutions facilitant l'intégration à la société d'accueil, tout en étant conscients que l'interculturel ne conduit pas au métissage et qu'il se limite à des ajustements des « savoir-faire » et des comportements.



Notre modèle ethnopsychiatrique s'appuie aussi sur ce qui caractérise une dimension importante du fonctionnement psychique et de la culture à savoir la dynamique de *cohérence*. Si la culture rend cohérent l'espace social, le besoin de faire du sens, de donner une signification à une expérience vécue rend cohérent l'espace intérieur. Cette cohérence s'étend également à l'espace existentiel et identitaire. L'intervention psychothérapique vise à restaurer la capacité de rendre cohérent ce qui est devenu chaotique ou morcelé. Il va de soi que cette intégration ne s'est pas faite comme une arlequine bricolée et arbitraire. Il s'agit d'une synthèse propre à notre modèle ethnopsychiatrique caractérisé par sa *dimension existentielle-dynamique*. Elle découle de la réalité des patients avec qui nous travaillons et de l'expérience clinique qu'ils nous ont permis d'acquérir et d'approfondir.

Cette présentation théorique nous conduit à introduire les questions fondamentales qui se posent à chaque personne réfugiée et qui constitue le travail psychique constant qu'il doit accomplir :

- Comment *préserver cet équilibre* dynamique quand vivre dans une autre culture signifie perdre le cadre externe, du moins temporairement, avant que le nouveau ne soit intériorisé ?
- Comment *réapprendre à exister* ou plus exactement comment poursuivre son existence, tout en restant soi-même, dans une continuité psychique cohérente, ailleurs et après ?
- Comment *restaurer le narcissisme fondamental* endommagé par ces expériences négatives antérieures et par les multiples pertes ?
- Comment *préserver son identité* lorsqu'on est exposé à une acculturation brutale, sorte de « mort culturelle », avec tous les deuils nécessaires que cette réalité implique ?
- Comment *garder ouverte* cette identité pour que les expériences nouvelles et actuelles puissent être intégrées ?

Notons bien que la vie de la personne transplantée ne se limite pas au passé et ne doit pas rester fixée dans la mesure du possible et du réalisable, aux pertes douloureuses subies. Pour qu'elle se poursuive, pour que la catastrophe et les souffrances qu'elle a engendrées soient, *sinon dépassées du moins supportables*, il est nécessaire que cette personne puisse s'ouvrir au nouveau lieu de vie, à la société d'accueil et construire des liens significatifs avec l'environnement social, par le travail, le réseau des relations amicales (vie associative laïque ou religieuse), le maintien des contacts avec des compatriotes).

L'expérience psychothérapique, et en particulier la pratique inspirée de l'ethnopsychiatrie et appliquée à ces situations, nous conduit aussi à souligner l'importance de dispositions psychologiques et d'attitudes humaines fondamentales chez les intervenants, plus précisément celles concernant l'*accueil* et la disponibilité à la *rencontre* de l'Autre, et à privilégier trois grandes modalités techniques d'intervention, sans pour autant négliger les « savoir-faire » généraux à toute psychothérapie. Il s'agit en fait d'accompagner et de faciliter les élaborations essentielles impliquées dans le travail psychique de l'immigration, soit :

- celles qui concernent les pertes et les séparations : travail sur les *liens* d'origine, liens d'appartenance et liens actuels ;
- celles qui concernent l'identité : travail sur les différentes *dimensions identitaires* en lien avec l'*altérité* ;
- celles qui concernent la projection de Soi dans le temps et dans l'espace : travail sur *la cohérence* et *le sens* des situations vécues, passées et actuelles.

### **Le travail sur les liens d'appartenance et les liens actuels**

Travailler sur les liens, c'est accompagner le sujet dans l'évocation de son histoire personnelle, celle de sa famille, de ses ancêtres. Le récit permet aussi de réintroduire le temps. C'est l'aider à se réinscrire dans cette histoire après la fracture qu'elle a subie. Témoin de celle-ci, il doit se la réapproprier, la faire sienne, assumer les zones sombres, tumultueuses et conflictuelles qu'elle peut comporter. À ce prix, il pourra accéder au statut de sujet actif et contribuer à l'écrire et à la vivre. Nous avons obtenu d'excellents résultats en utilisant de façon libre et spontanée, le génogramme, arbre généalogique subjectif, (Moro parle « d'arbre de vie ») tel que pensé par le sujet de manière à la fois réelle et fantasmée. Il s'agit d'un puissant activateur de liens, potentialisant les capacités psychiques de liaison et d'évocation. Il permet également au patient de s'affilier à ses origines et de retrouver une certaine continuité existentielle. L'utilisation de photos personnelles (photos de famille, du pays, etc.) marquant les moments significatifs de sa vie constitue aussi un excellent moyen pour remplir ces fonctions. Restaurer la capacité relationnelle c'est aussi, au présent (et dans le cadre de la consultation au SAPSIR, dans « l'ici et maintenant ») renforcer et soutenir les liens nouveaux que le sujet est appelé à nouer dans la société d'accueil.

### **Le travail sur l'identité et l'altérité**

Parler d'identité nécessite, au préalable, quelques mises au point, tant cette notion est sujette à polémique. Tout d'abord, affirmons qu'elle

ne peut être saisie sans être mise en étroite relation avec celle d'altérité. «L'identité présuppose l'altérité», écrit Moro, «l'autre est posé et saisi comme un autre moi-même. L'identité n'est pas appréhendée comme une substance ou comme un état mais comme un processus, comme une construction dynamique à renouveler constamment dans la relation à l'Autre» (Moro et al., 2004, 12). Travailler sur l'identité comme dimension opératoire nous paraît fondamental dans ce contexte psychothérapeutique. Le mouvement identificatoire est mis à rude épreuve dans le parcours migratoire où tout est à reconstruire sur ce plan. L'exil dénude, le regard de l'Autre n'est plus ce qu'il était. Les voisins, le patron, les collègues de travail, ne le reconnaissent plus. Il doit se réinventer, se recréer pour les autres. Le narcissisme déjà blessé par les multiples pertes subies, se complique d'une humiliation sociale; il est désormais minoritaire et se vit comme inférieur au sein de la communauté d'accueil. La culture d'origine, fondatrice donc, est à ce titre, la base de l'humanité de la personne, par la langue dans laquelle se construisent sa pensée et ses premiers attachements. Toutefois, il ne s'agit pas de l'enfermer dans sa culture d'origine, dans une conception du temps centrée sur le passé. Ce qui importe, c'est de partir de ces données, de ce noyau identitaire, cœur de la vitalité et de la sécurité.

Soulignons que la référence à l'identité est avant tout une référence à la *Personne*, préoccupée de son unité, de sa continuité et de sa similitude à elle-même, de sa singularité. Continuité, stabilité de l'image de soi, cohérence d'ensemble des représentations de soi et de l'univers, telles sont selon Erickson (1968), les différentes dimensions impliquées dans l'identité.

### **Le travail sur la cohérence et le sens**

Donner un sens à notre environnement, puis à nos expériences et enfin à notre vie est tout aussi fondamental et spontané que le principe de plaisir tel qu'énoncé par Freud. Frankl (1970) l'a parfaitement saisi et y a consacré tout un champ de ses activités cliniques et de recherche. L'Être humain est producteur de sens et il ne peut se soustraire à cette contrainte de l'appareil psychique. Il est animé par ce que Frankl appelle «la volonté de sens» que l'on peut comprendre comme une pression interne pour donner une signification à son expérience. Selon Frankl, l'homme peut donner un sens à sa souffrance, en retirer quelque chose de positif, même dans les situations les plus dramatiques. *Faire du sens est essentiellement une expérience de cohérence avec soi-même et avec le monde extérieur.* C'est mettre en lien, en relation, les diverses dimensions de son Être. L'accomplissement de cette nécessité de sens

s'exprime par une réduction de la distance entre l'expérience interne et les stimuli externes ou les données de la situation vécue. Cette réduction de l'écart se manifeste sur les plans émotionnel, cognitif et existentiel et donne au sujet un sentiment d'harmonie intérieure et de cohérence. Festinger (1957), dans sa « théorie de la dissonance cognitive » considère ce besoin de cohérence comme un besoin qui motive les personnes à réduire les contradictions (internes et externes). Detraux (2003) mettra aussi en évidence les liens étroits entre ce concept et celui de résilience.

La personne réfugiée, tout comme celle qui a été exposée à des situations extrêmes (abus sexuels, violences...) n'échappe pas à cette pression de faire du sens, mais cette fonction sémiotique se trouve souvent lourdement hypothéquée par la sévérité des événements vécus. Il est alors possible, dans bien des cas, de parler de *traumatisme du non-sens et de l'incohérence*. Ces traumatismes spécifiques sont particulièrement dévastateurs et les symptômes qui y sont associés traduisent les ruptures de l'organisation interne, la perte de l'harmonie psychique (clivage, désorganisation, pertes de repères, perturbation du monde des valeurs, etc.). Comment restituer alors au patient une possibilité de sens à des situations aussi incompréhensibles que celles que nous avons décrites ? Cette activité restitutive de sens pour le sujet est un travail patient, progressif qui ne peut avoir lieu qu'en fin de démarche thérapeutique. Elle en est l'aboutissant. Il est par contre plus aisé, car plus accessible, de co-construire avec le patient un sens à des situations actuelles. Soulignons enfin, l'importance de la solution que la personne peut être amenée à élaborer. Celui-ci doit respecter ce qu'est la Personne actuelle, ce qu'elle est devenue, mais aussi ce qu'elle a été et ce qu'elle pourrait être. C'est au prix de cette cohérence interne et existentielle, de cette unité, que la continuité psychique de soi pourra être rétablie.

Soulignons enfin, l'importance de la réparation, pour que la recouvrance soit complète et durable. La réparation nécessite bien sûr la reconnaissance par l'Autre ou par le groupe social des blessures infligées (psychiques et autres), de l'injure faite à un des leurs. La dynamique personnelle de la victime se modifie et l'impact pathogène de l'injustice peut alors évoluer. Le ressentiment et l'attitude revendicatrice si souvent observés comme expression de la souffrance tendent, dans ces conditions, à s'apaiser. La réparation ainsi comprise ouvrira — éventuellement — la porte à une autre disposition psychologique : celle du pardon.

## Références

- ANDOCHE, J., 2001, Culture et santé mentale: les avatars français de l'ethnopsychiatrie, in Dozon, J.-P. et Fassin, D., éd., *Critique de la santé publique*, Balland, Paris, 281-308.
- DÉTRAUX, J.-J., 2003, Annonce de la déficience de l'enfant aux parents : facteurs favorisant un processus de résilience et l'émergence d'un sentiment de cohérence, in Le Cardinal, G., éd., *Du désastre au désir. Les modalités de l'accompagnement post-traumatique*, L'Harmattan, Paris, 37-53.
- DEVEREUX, G., 1967, Le renoncement à l'identité comme défense contre l'anéantissement, *Revue française de psychanalyse*, XXXI, 1, 101-142.
- DEVEREUX, G., 1972, *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion, Paris.
- ERIKSON, E., 1968, *Identity, Youth and Crisis*, Faber and Faber, London.
- FESTINGER, L., 1957, *A Theory of Cognitive Dissonance*, Peterson, Evanston.
- FRANKL, V., 1970, *La psychothérapie et son image de l'homme*, Éditions Resma, Paris.
- LAPLANTINE, F., 1986, *Anthropologie de la maladie*, Payot, Paris.
- MESTRE, C., 2004, La psychiatrie transculturelle: un champ nécessaire et complexe, in Moro, M.-R, De La Noe, Q., Mouchenik, Y., éd., *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, La Pensée Sauvage, Grenoble, 179-195.
- MONROY, M., 2003, La fragile consistance de «l'être-là», in Le Cardinal, G., éd., *Du désastre au désir. Les modalités de l'accompagnement post-traumatique*, L'Harmattan, Paris, 31-36.
- MORO, M.-R, DE LA NOË, Q., MOUCHENIK, Y., 2004, *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, La Pensée Sauvage, Grenoble.
- NATHAN, T., 1994, *L'influence qui guérit*, Éditions Odile Jacob, Paris.
- POCREAU, J.-B., MARTINS BORGES, L., 2003, Immunité psychologique face aux situations de violence extrême : apport de la clinique ethnopsychiatrique, in Casoni, D., Brunet, L., eds., *Comprendre l'acte terroriste*, Presses de l'Université du Québec, 133-145.

## **ABSTRACT**

### **Recognizing difference: the challenge of ethnopsychiatry**

Recognizing difference of the Other is the basis of legitimacy of ethnopsychiatry that is necessarily multiple, changing, and itself bearing subtleties and variations. It is from their practice at the Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR), that the authors propose another perspective of this discipline taking into account of course, the cultural and psychological dimension of the individual; they also consider existential and humanistic universals such as the need of giving meaning, of continuity of the self and coherence as well as the various dimensions of identity. Their clinical approach, respectful of the principles of ethnopsychiatry, is structured around three axis : work on links, work on different dimensions of identity, work on coherence and meaning of situations experienced. This approach allows to accompany and facilitate essential elaborations involved in the psychological work of refugees as well as individuals exposed to extreme situations such as torture.

## **RESUMEN**

### **Reconocer la diferencia: el reto de la etnopsiquiatría**

El reconocimiento de la diferencia del Otro es la base de la legitimidad de la etnopsiquiatría, la cual es necesariamente múltiple, cambiante y en sí portadora de sutilezas y diferencias. Es a partir de su práctica clínica en el Servicio de ayuda psicológica especializada para los inmigrantes y refugiados (SAPSIR) que los autores proponen otra visión acerca de esta disciplina, tomando en cuenta, por supuesto, la dimensión cultural y psíquica de la persona; se apoyan también en los universales esenciales y humanistas, tales como la necesidad de sentido, de continuidad de sí mismo y de coherencia, así como en el sentido de las situaciones vividas. El dispositivo clínico propuesto, el cual respeta los principios de la etnopsiquiatría, se articula alrededor de tres ejes: el trabajo en los enlaces, el trabajo en las diferentes dimensiones de la identidad y el trabajo en la coherencia y el sentido de las situaciones vividas. Este paso permite acompañar y facilitar las elaboraciones esenciales implicadas en el trabajo psíquico de los refugiados y de las personas que han sido expuestas a situaciones extremas, tales como la tortura.

**RESUMO****Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria**

Reconhecer a diferença do Outro é o fundamento da legitimidade da etnopsiquiatria, que é necessariamente múltipla, variante, e portadora de nuances e de diferenças. É a partir de sua prática clínica no Serviço de Auxílio Psicológico Especializado aos Imigrantes e Refugiados (SAPSIR) que os autores propõem um outro olhar sobre esta disciplina, levando em consideração, obviamente, a dimensão cultural e psíquica da pessoa; eles se apóiam também sobre os universos existenciais e humanistas como a necessidade de sentido, de continuidade de si mesmo e de coerência, assim como sobre as diversas dimensões da identidade. O dispositivo clínico proposto, de acordo com os princípios da etnopsiquiatria, articula-se em três eixos: trabalho sobre as relações, trabalho sobre as diferentes dimensões identitárias, trabalho sobre a coerência e o sentido das situações vivenciadas. Esta abordagem permite acompanhar e facilitar as elaborações essenciais implicadas no trabalho psíquico dos refugiados e das pessoas que foram expostas a situações extremas, como a tortura.