

UNIVERSITE DE LAUSANNE
FACULTE DES SCIENCES SOCIALES
ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

SESSION DE JUIN 2015

Le rôle de la culture dans l'entretien thérapeutique
Point de vue du psychologue en tant qu'ancré dans une approche :
Ethnopsychiatrie, TCC et approche Systémique

Mémoire de Master en psychologie clinique et psychopathologie

Présenté par Kelly Rodrigues

Sous la direction de Nathalie Muller Mirza

Expert : Jean-Claude Métraux

REMERCIEMENTS

Je tiens, tout d'abord, à remercier les six thérapeutes qui ont accepté de participer à cette recherche. Le dévouement dont elles font preuve envers leur profession ainsi que leur volonté d'apporter leur contribution à la recherche en psychologie m'ont particulièrement touchée et m'ont permis de récolter des données d'une grande richesse.

Je remercie aussi ma directrice de mémoire, Madame Nathalie Muller Mirza, qui m'a soutenue tout au long de ma démarche et qui m'a permis de me dépasser dans chaque étape de ce travail.

Je tiens aussi à remercier mes parents qui m'ont été d'un grand soutien moral et m'ont motivée tout au long de cette recherche.

Je remercie aussi mon ami pour son soutien incroyable, sa patience, ainsi que son aide dans la révision de mon mémoire.

Je remercie, enfin, toutes les autres personnes, famille, amis, qui ont été très présents tout au long de ce travail.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	3
1. CADRE THEORIQUE : PERSPECTIVE PSYCHOSOCIALE.....	7
1.1 L'entretien thérapeutique	8
1.2 Quelle place accorder à la culture dans l'entretien thérapeutique ?.....	11
1.3 Définition de la culture.....	13
2. APPROCHES EN JEU : QUELLE PLACE POUR LA CULTURE ?.....	16
2.1 Ethnopsychiatrie.....	16
2.2 Thérapies familiales systémiques.....	19
2.3 Thérapies cognitivo-comportementales	22
2.4 Conclusion.....	25
3. METHODOLOGIE.....	26
3.1 Population interviewée.....	26
3.2 Méthode qualitative : entretien semi-structuré de recherche.....	27
3.3 Recueil de données.....	28
4. METHODE D'ANALYSE.....	32
4.1 Retranscriptions.....	33
4.2 Analyse thématique de contenu.....	33
4.3 Thèmes et catégories relevés.....	34
5. RESULTATS	42
5.1 Le psychologue et la vignette.....	43
5.2 Thérapies cognitivo-comportementales	46
5.2.1 Tania*	47
5.2.2 Tatiana*	50
5.2.3 Conclusion.....	54
5.3 Thérapies familiales systémiques.....	55
5.3.1 Stéphanie*	55
5.3.2 Sylvie*	59

5.3.3 Conclusion.....	63
5.4 Ethnopsychiatrie.....	64
5.4.1 Eliana*.....	64
5.4.2 Elisabeth*.....	67
5.4.3 Conclusion.....	70
5.4 Conclusion.....	71
6. DISCUSSION	72
6.1 Comparaison avec la littérature et retour aux questions de recherche	72
6.2 Limites de la recherche.....	77
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	83
ANNEXES	87
A. Formulaire d'information pour les participantes.....	87
B. Formulaire de consentement pour les participantes.....	88
C. Canevas pour ethnopsychiatres.....	89
D. Canevas pour systémiciens et thérapeutes TCC.....	93
E. Normes de transcription.....	98
F. Tableaux croisés dynamiques	99
F.1 Tableau croisé dynamique : Tania* (tcc1).....	99
F.2 Tableau croisé dynamique : Tatiana* (tcc2).....	101
F.3 Tableau croisé dynamique : Stéphanie* (syst1).....	103
F.4 Tableau croisé dynamique : Sylvie* (syst2).....	105
F.5 Tableau croisé dynamique : Eliana* (eth1).....	107
F.6 Tableau croisé dynamique Elisabeth* (eth2).....	109

INTRODUCTION

Le métier de psychologue est complexe. Il implique la mise en place d'un entretien thérapeutique basé sur l'élaboration d'une relation thérapeutique. De la qualité de cette relation découlera une bonne alliance thérapeutique ou pas, considérée comme essentielle pour le bon déroulement du processus thérapeutique. En ce qui concerne les processus en jeu dans l'entretien, plusieurs chercheurs, dont Apothéloz et Grossen (1995) mais aussi Grossen et Salazar Orvig (2006), mettent en évidence les processus de négociation, par exemple de la demande, mais aussi d'interprétation ou encore de co-construction du sens apporté à la demande et au problème. Tous ces constituants de l'entretien sont considérés comme étant au cœur des processus thérapeutiques, mais apparaissent aussi comme difficiles à cerner. Mais alors qu'en est-il lorsque le thérapeute et le patient font référence à des systèmes symboliques autres et des représentations différentes ? Lorsqu'ils ont grandi dans des univers culturels différents (langue, représentations sociales de la santé et de la maladie, etc.) ? Comment peut se mettre en place cette relation thérapeutique ? Les chercheurs, dont par exemple Goguikian Ratcliff et Strasser (2009) pour ne citer qu'eux, font l'hypothèse que la dimension culturelle joue un rôle important dans la relation thérapeutique. Ils mettent, notamment, en évidence le fait que la dimension culturelle va venir influencer le professionnel de la santé dans sa compréhension du problème, des étiologies différentes de la maladie pouvant alors venir s'entrechoquer dans la rencontre. Les risques d'incompréhension, de préjugés et de blocages, entre autres, sont alors très élevés. Pour pallier à ces difficultés, les chercheurs proposent de faire évoluer la formation des futurs professionnels de soin en y intégrant davantage d'anthropologie et de notions sur la migration, par exemple. L'idée étant de faire une anamnèse plus complète du patient en y intégrant la dimension culturelle, afin de mieux comprendre ce dernier et son fonctionnement. Plusieurs chercheurs postulent donc l'importance de prendre en compte cette dimension dans l'entretien thérapeutique, mais est-ce vraiment le cas ? D'autres, en effet, semblent critiquer un pôle extrême à savoir, le culturalisme.

Concernant la culture à proprement parler, le deuxième grand concept de cette recherche, nous verrons qu'il s'agit d'un terme complexe. En effet, il semble être utilisé à tout va sans pour autant que la définition n'accompagne son utilisation. Certains chercheurs, dont Cucho (2010), mettent d'ailleurs en évidence le fait que la définition change au fil des siècles et en fonction des approches. De plus, il est communément fait une différence entre culture, se rapportant davantage à « *un ensemble symbolique largement partagé par un groupe, transmis*

par apprentissage d'une génération à l'autre, donc relativement stable dans le temps et plus ou moins extérieur à l'individu » (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009, p. 25) et l'identité culturelle qui est plutôt un sentiment individuel d'identité partagé par un groupe de par leur héritage culturel commun (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009). Cependant, même si les chercheurs ne considèrent pas tous la culture de la même manière, il semble que certains aspects soient partagés tels que son influence sur le comportement et sa transmission de génération en génération. Toutefois, de par sa complexité, certains hésitent à utiliser ce terme qu'ils considèrent davantage comme un problème que comme une solution. D'ailleurs, beaucoup préfèrent parler des « cultures » au pluriel, plutôt que de la « culture ».

Mais alors qu'en est-il concrètement de la place de la culture dans l'entretien thérapeutique ? Comment le psychologue thérapeute agit-il face à un patient ancré dans un univers culturel différent du sien, avec des systèmes symboliques autres ? Lorsqu'il est question de psychothérapie, chacun de nous, psychologue ou autre professionnel, sommes confrontés à trois grandes approches : la psychanalyse, les thérapies systémiques et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Afin d'étudier la place de la culture dans l'entretien thérapeutique, j'ai opéré un choix et ai décidé d'étudier deux de ces approches à savoir, la thérapie familiale systémique et la TCC, car elles relèvent d'un intérêt personnel, mais aussi l'ethnopsychiatrie, approche peu connue encore, car elle me paraît être la plus représentative d'un travail thérapeutique prenant en compte la dimension culturelle. Plus précisément, cette recherche a pu être menée grâce à la participation de six thérapeutes, respectivement deux thérapeutes par approche. L'idée étant, au travers du discours de chacune d'elles, de relever la place qui est accordée à la culture, si elle est prise en compte ou pas en entretien, et si oui comment, avec tout ce que cela peut comporter comme difficultés. Il est important de mentionner, ici, que dans un grand nombre d'ouvrages de base, ainsi que dans les cours suivis à l'Université de Lausanne, plus particulièrement dans les approches systémiques et cognitivo-comportementales (TCC), très peu faisaient mention de la culture et de sa place en entretien. Nous verrons donc ce qu'il en est dans la pratique grâce au discours de chacune de ces participantes.

Ainsi, les questions que je me suis posées et qui ont guidé cette recherche sont les suivantes : Qu'en est-il de la place de la culture dans ces différentes approches de la psychologie ? Et comment prennent-elles en compte la culture dans le processus thérapeutique et pourquoi ? Ensuite, quelle est leur vision de celle-ci et quel sens lui donnent-elles ? Et enfin, dans quelle mesure les thérapeutes développent-ils une approche « réflexive » sur leurs propres

représentations provenant de leur culture lors de la rencontre avec l'autre ? Et quels sont les moyens mis en œuvre ou à disposition du thérapeute pour en prendre conscience ?

A partir des éléments qui précèdent et la littérature dans le domaine, je fais les hypothèses suivantes pour mon travail. Tout d'abord, je postule que les approches systémiques et TCC prennent peu en compte la dimension culturelle dans les entretiens thérapeutiques, spécifiquement car celle-ci n'a été mentionnée que de manière mineure dans la littérature recensée concernant chacune de ces approches. Plus particulièrement, aucune littérature ne faisait état de la place de la culture dans la démarche d'investigation de la vie du patient (anamnèse). Ensuite, je fais l'hypothèse que, si cette dimension est considérée dans la rencontre avec le patient, elle ne sera que secondaire dans l'intervention thérapeutique et non pas primordiale, ceci dû, à nouveau, à la formation du thérapeute dans les différentes approches. En effet, ces dernières semblent mettre davantage l'accent sur les théories qui les sous-tendent, par exemple la théorie des systèmes pour les approches systémiques (accent sur la famille en tant que système) et les théories cognitives et comportementales pour les TCC (accent mis davantage sur l'individu et son fonctionnement), chacune semblant écarter les dimensions plus « macro » qui englobent l'individu telles que la culture. Finalement, je postule que les thérapeutes, notamment dans les approches TCC et systémiques, prennent peu en compte leur propre culture dans la relation thérapeutique car, s'ils doivent opérer un travail approfondi sur soi, l'appartenance culturelle semble peu explicitée, du moins dans la littérature.

Pour tenter de répondre à ces questions, dans une perspective psychosociale, j'ai souhaité interroger, comme mentionné précédemment, un certain nombre de thérapeutes, chacune ancrée dans une approche théorique particulière. Afin d'accéder à la pratique de chacune d'elles, j'ai réalisé des entretiens inspirés du domaine de la psychologie du travail. Plus précisément, j'ai utilisé la méthode du sosie ainsi que celle de l'autoconfrontation croisée privilégiées par Clot et al. (2000, 2005, 2011) et Kloetzer et al. (2010, 2011) dans leurs recherches. Cette démarche permet d'avoir accès à l'activité réalisée par « un collectif de travail » et à une part de l'activité réelle de ces protagonistes. L'idée était alors de travailler à partir d'une vignette clinique et de voir ce qui était fait ou pas en relation avec la thématique de la culture. La méthode permettant aussi aux participantes de porter un regard nouveau sur leur pratique.

Concernant finalement le plan de ce travail, je débiterai par un premier chapitre qui est une revue de littérature autour du concept d'entretien thérapeutique mais aussi de la place qui est accordée à la culture dans ce dernier, avec ses avantages et ses difficultés. Puis un sous-chapitre sera dédié au terme de culture et à son utilisation au fil des siècles, tout ceci dans une perspective psychosociale que je décrirai. Le chapitre 2, également une revue de littérature, portera, quant à lui, sur la place de la culture dans les trois approches choisies pour ce travail à savoir, pour rappel, l'ethnopsychiatrie, les thérapies familiales systémiques et la TCC. Dans le chapitre 3, je présenterai plus en détail la méthodologie utilisée pour cette recherche. J'y indiquerai, notamment, la manière dont j'ai approché chacune des participantes mais aussi la méthode utilisée pour cette recherche à savoir, un entretien semi-structuré dont la démarche (méthode du sosie et de l'autoconfrontation croisée) m'a été inspirée par Clot et al. (2000, 2005, 2011) et Kloetzer et al. (2010, 2011). Le chapitre suivant sera dédié à l'analyse. J'y décrirai la méthode d'analyse utilisée, l'analyse thématique de contenu, ainsi que les thèmes et catégories qui ont pu être relevés à partir des différents discours mais aussi de mes questions de recherche. Je présenterai ensuite les résultats obtenus pour chacune des participantes et conclurai ce chapitre par une comparaison de ces derniers. Enfin, suivra une discussion dans laquelle je mettrai en commun les résultats et la littérature recensée, mais aussi dans laquelle je répondrai à mes questions de recherche, pouvant ainsi infirmer ou confirmer mes hypothèses. Je finirai par présenter quelques limites à ce travail avant de le conclure.

1. CADRE THEORIQUE : PERSPECTIVE PSYCHOSOCIALE

Dans ce travail, je vais adopter une perspective psychosociale. Nous verrons que de nombreux chercheurs se sont intéressés à l'entretien thérapeutique en adoptant cette même perspective.

Cependant, il me paraît, tout d'abord, important d'explicitier en quelques mots en quoi consiste cette approche. Pendant longtemps, la psychologie et la sociologie se sont retrouvées confrontées l'une à l'autre. Très vite pourtant, ces mêmes domaines se sont montrés incapables de « *rendre compte de l'intégralité des conduites humaines concrètes* » (Maisonneuve, 1982, p. 8). C'est ainsi que Maisonneuve (1982) en vient à considérer l'approche psychosociale comme science charnière car elle suppose une interaction constante entre la personnalité, d'une part, et les facteurs institutionnels d'une autre. Ainsi, l'émergence de cette approche permet de mieux appréhender une conduite en situation car elle puise ses apports dans la psychologie et la sociologie : « *la psychosociologie est psychologie en ce sens que, malgré le poids des facteurs socio-culturels, le psychisme vient toujours s'intercaler comme variable intermédiaire entre les conditionnements objectifs et la conduite du ou des sujets [...] et la psychosociologie est sociologie dans la mesure où toute attitude mentale dépend des conditions sociales au moins autant que des motivations subjectives* ». (Maisonneuve, 1982, p. 21).

De nombreux chercheurs, dont Grossen (1992), ont adopté cette perspective, notamment, pour comprendre le problème de la demande dans l'entretien. Cette chercheuse a montré que non seulement la demande exprimée par le patient est liée à des caractéristiques individuelles mais aussi au contexte socio-institutionnel dans lequel psychologue et patient interagissent, l'interprétation du psychologue étant alors rattachée au contexte institutionnel.

C'est donc dans cette perspective que je vais tenter d'appréhender l'entretien et la relation thérapeutique. Ceci me servira, alors, à mieux comprendre mes résultats en adoptant l'idée que les facteurs individuels jouent un rôle dans l'entretien mais qu'on ne saurait faire l'impasse sur le contexte dans lequel il s'inscrit, qu'il soit culturel ou social.

Après avoir défini ce qu'est un entretien thérapeutique dans une perspective psychosociale, je m'intéresserai, plus précisément, à ce qu'il en est lorsque thérapeute et patient ont grandi dans des univers culturels différents, avec des représentations et des systèmes symboliques autres.

1.1 L'entretien thérapeutique

Comme mentionné ci-dessus, intéressons-nous d'abord à la définition de **l'entretien clinique**. Celui-ci a été la source de beaucoup de réflexions. Plus précisément, Grossen et Salazar Orvig (2006) ont repris la définition de Bénony et Chahraoui (1999) qui fait référence à l'entretien comme un « *outils d'intervention privilégié des psychologues cliniciens, il est « clinique » en ceci qu'il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation* » (Bénony & Chahraoui, 1999, cité par Grossen & Salazar Orvig, 2006, p. 12). Ces mêmes auteurs rajoutent aussi l'idée que l'entretien clinique renvoie à un dialogue de type professionnel, entre deux ou plusieurs personnes, et dont les rôles sont définis par l'institution. On peut donc déjà constater l'importance du contexte et non pas seulement de l'aspect psychologique. De plus, cette définition implique aussi la notion de **relation**. Dans cette perspective, Moro et Lachal (2012), considèrent toutes thérapies comme étant inscrites dans une relation entre un individu et un autre ou un groupe d'individus.

Dans l'entretien clinique, le professionnel fait usage de différentes **techniques d'entretien** qui sont sensées faire partie d'un ensemble de pratiques acquises. Ces dernières seraient ainsi des pratiques prescrites qui « *participent de l'identité professionnelle et lient l'interviewer à un collectif de travail* » (Clot, 1999, cité par Grossen & Salazar Orvig, 2006, p. 17). J'expliquerai plus en détail cette idée avec Clot et al. (2000, 2005, 2011) et Kloetzer et al. (2010, 2011) dans la partie méthodologie. Car, comme mentionné en introduction, je vais utiliser, pour ce travail, la méthode du sosie et de l'autoconfrontation croisée afin d'appréhender les pratiques réelles des professionnels, mais aussi pour identifier, ce qui, dans le discours de mes interviewées, démontre leur appartenance à un courant théorique, d'une part, et à un collectif de travail de l'autre.

Si l'on revient à **l'entretien clinique**, celui-ci peut être à visée **thérapeutique** (ce qui m'intéresse plus spécifiquement dans mon travail). Comme le relèvent Grossen et Salazar Orvig (2006), dans ce cas de figure, le discours du professionnel et celui du patient sont interdépendants, ils prennent sens l'un par rapport à l'autre. Ainsi, dans cette perspective : « *le patient et le thérapeute contribuent tout deux à donner un certain sens aux difficultés à l'origine de la consultation, mais aussi les effets thérapeutiques découlent de l'effort conjoint du thérapeute et du patient* » (Grossen & Salazar Orvig, 2006, p. 110). Ces propos mettent

clairement en évidence la notion de co-construction du problème entre patient et thérapeute, chacun y apportant du sens.

De plus, un certain nombre d'auteurs se sont, plus spécifiquement, intéressés au **premier entretien**. Je souligne cet aspect car ma vignette clinique implique, elle aussi, une première rencontre entre un thérapeute et un patient. Ainsi, selon Grossen et Salazar Orvig (2006), le premier entretien clinique est particulier. Non seulement c'est là que se noue l'alliance thérapeutique (nous y reviendrons) mais c'est aussi là que le patient expose son problème pour la première fois. Ainsi, « *le 1^{er} entretien sera considéré comme une situation de dialogue dans laquelle patient(s) et thérapeute(s) sont engagés dans un travail de négociation du sens à donner à leur discours* » (Grossen & Salazar Orvig, 2006, p. 131). Comme le rappelle cette citation, un travail de négociation et d'intercompréhension se joue durant l'entretien. Apothéloz et Grossen (1995) insistent, d'ailleurs, sur le fait que cette co-construction du problème s'inscrit dans des contextes institutionnels et socio-culturels. Enfin, il s'agit pour le thérapeute de prendre appui sur la parole du patient, puis de la transformer, et la restituer à ce dernier. Toutefois, comme le soulignent Grossen et Salazar Orvig (2006), des malentendus existent aussi entre patient et thérapeute, mais ils semblent faire entièrement partie du processus de dialogue. Ces malentendus sont décrits comme le fait que : « *chacun donne à un mot, à un énoncé, à une situation un sens qui lui est propre ; mais qui diverge de celui de l'autre* » (De Heredia-Depraz, 1990, cité par Grossen & Salazar Orvig, 2006, p. 164). Ils sont considérés comme inhérents à l'existence du dialogue (Grossen & Salazar Orvig, 2006).

Grossen (1992) met elle aussi en évidence, dans son ouvrage, la présence de tous ces processus en jeu lors d'un premier entretien, toutefois, elle y apporte des éléments nouveaux. Selon cette auteure, le patient va amener de l'information au thérapeute (sur ce qui l'amène, sur qui il est, etc.) et au travers de celle-ci le thérapeute aura accès « *au monde représentationnel du patient [...] et de se forger des représentations de son vécu et de son problème* » (Grossen, 1992, p. 166). Ainsi, revient l'idée que le discours du thérapeute va prendre appui sur celui du patient et inversement. Il s'agira alors de mener un travail d'interprétation de la demande car celle-ci ne se situerait pas uniquement à un niveau explicite. De plus, ce qu'elle soulève de nouveau est le fait que tout un travail de définition du problème, par exemple, s'enclenche bien avant la première rencontre physique. Toutefois, il ne se définit clairement qu'au travers de ce processus de co-construction (Apothéloz & Grossen, 1995). Ce point est tout particulièrement intéressant car nous retrouverons quelques similarités parmi le discours de mes participantes.

Enfin, comme mentionné ci-dessus, outre le dialogue qui se met en place entre patient et thérapeute et ce que cela implique comme processus, une autre notion qui est relevée comme étant extrêmement importante en entretien, qu'il soit clinique ou thérapeutique, est celle d'**alliance thérapeutique**. Pour Bordin (1979, cité par Grossen & Salazar Orvig, 2006) une bonne alliance thérapeutique implique « *que le thérapeute et le client définissent ensemble la problématique, s'entendent sur les objectifs poursuivis au cours de la démarche, développent conjointement un plan d'intervention et partagent la responsabilité de la mise en œuvre et de l'évaluation des résultats obtenus par leur plan de traitement* » (Bordin, 1979, cité par Grossen & Salazar Orvig, 2006, p. 114). Ainsi, cette notion s'appuie essentiellement sur la négociation mais aussi sur la réciprocité. Il est alors important que thérapeute et patient se mettent d'accord sur les éléments mentionnés ci-dessus, et qu'ils s'engagent l'un envers l'autre pour que puisse s'instaurer une bonne alliance thérapeutique. Celle-ci ne pourra que contribuer au bon déroulement du travail thérapeutique.

Ainsi, de par ces différents processus se jouant en entretien, Apothéloz et Grossen (1995) considèrent l'interaction entre thérapeute et patient comme étant dynamique.

Finalement, un dernier aspect qu'il me paraît primordial d'aborder, en lien avec l'entretien thérapeutique et tout ce qui en a été dit, est la question des **représentations** du patient mais aussi du thérapeute. Celles-ci ont déjà été soulignées plus haut et apparaissent comme incontournables car elles découlent du contexte culturel et social dans lequel chacun a grandi et s'inscrit aujourd'hui. Comme le met en évidence Jodelet (1992), ces représentations peuvent s'attacher soit à la construction de la maladie soit à la mise en place des procédures de soin et d'aide. Ainsi, dans l'entretien thérapeutique à proprement parler, ces représentations peuvent « *entraîner des postures psychologiques face à la maladie et à la souffrance qui orientent les choix thérapeutiques, ou peuvent interférer avec les interventions des professionnels, en gauchir le sens ou limiter l'efficacité* » (Jodelet, 1992, p. 44). De ce fait, le thérapeute ne peut faire abstraction des représentations du patient autour de sa maladie, provenant de sa culture, mais il ne peut non plus faire abstraction de ses propres représentations qui pourraient, dans le cas contraire, venir fausser son travail d'interprétation. Le contexte socio-culturel apparaît donc comme étant important à prendre en compte dans la rencontre avec le patient. Le sous-chapitre suivant mettra davantage l'accent sur cet aspect.

1.2 Quelle place accorder à la culture dans l'entretien thérapeutique ?

Nous pouvons alors nous demander dans ce sous-chapitre : faut-il prendre en compte la dimension culturelle en entretien thérapeutique ? Nous verrons que de nombreux auteurs considèrent cette dimension comme incontournable. Il ne s'agit pas seulement de la culture du patient mais aussi de celle du thérapeute, comme nous le verrons.

Dans cet ordre d'idée, Goguikian Ratcliff et Strasser (2009), qui s'inscrivent dans une approche interculturelle¹, considèrent, en effet, la culture comme une donnée importante à prendre en compte. Ils mettent en avant le fait que, de nos jours, avec l'augmentation du nombre de migrants, il serait erroné de négliger cette dimension. Pour ces auteurs, le contexte « *culturel façonne notre personnalité, nos perceptions, l'expression de nos émotions, nos attentes vis-à-vis de la société, bref notre rapport au monde. Nos représentations culturelles déterminent notre rapport à la maladie, aussi bien dans notre ressenti, dans l'expression de la souffrance, que dans les comportements mis en place pour y faire face* » (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009, p. 15). De ce fait, cette dimension, qui nous crée, apparaît comme incontournable car elle peut venir influencer tout le processus de rencontre mentionné ci-dessus et, entre autre, la compréhension du problème. Ce que ces auteurs mettent aussi en évidence de manière remarquable est le fait que nous ne rencontrons pas une culture mais un individu qui interprète cette culture et se l'approprie. De plus, pour Licata et Heine (2012), le fait de connaître les systèmes de référence du patient mais aussi du thérapeute, leurs représentations de la maladie, de la mort, etc., permettrait d'éviter les erreurs de jugements et les malentendus. Goguikian Ratcliff et Strasser (2009) rajoutent d'autres difficultés telles que : « *des difficultés dans l'établissement de l'alliance thérapeutique [...] malentendus, jugements négatifs, incompréhension, blocages provoquant de part et d'autre, des sentiments de frustration, de rejet, de disqualification et d'impuissance* » (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009, p. 44). Difficultés qui apparaissent comme pouvant réellement mettre à mal la rencontre thérapeutique.

Gounongbé (2008), dans son article, relève encore la notion de contre-transfert culturel comme pouvant venir perturber le cours d'un entretien. Moro (2009), qui est selon moi l'auteure qui en donne une définition la plus claire, considère le contre-transfert culturel comme les « *réactions implicites et explicites, conscientes et inconscientes du clinicien [...] par rapport à tout ce qui fait l'être culturel du patient* » (Moro, 2009, p. 217). Selon

¹ Etude des interactions entre deux individus porteurs de culture (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009).

Gounongbé (2008), ce contre-transfert n'est pas un préjugé. Toutefois, ce dernier peut venir l'alimenter si le thérapeute n'y fait pas attention. De ce fait, selon ce même auteur, les thérapeutes auraient grand avantage à tirer des leçons de l'ethnopsychiatrie (dont nous discuterons plus tard). Entre autre, le thérapeute pourrait s'appuyer sur la culture du patient, non pas pour la soigner elle, mais pour mieux « *comprendre les mécanismes psychologiques sous-jacents à son fonctionnement* » (Gounongbé, 2008, p. 83). Ainsi, il apparaît comme nécessaire d'explorer cette dimension en entretien. Pas seulement en référence à la culture du patient, mais aussi à celle du thérapeute. Il est important, pour ce dernier, de mener une réflexion sur ses propres appartenances et explorer les préjugés qu'il peut avoir à l'encontre de l'autre. Sans cette réflexion, le thérapeute pourrait fausser tout le travail de co-construction mentionné précédemment. De plus, comme souligné par Goguikian Ratcliff et Strasser (2009), cela ne viendrait que renforcer l'alliance thérapeutique.

Toutefois, Licata et Heine (2012) soulèvent une difficulté importante liée au fait de prendre en compte la culture ou pas en situation d'entretien. Il s'agit du risque de tomber dans l'une ou l'autre des extrémités suivantes à savoir, sous-estimer l'influence de la culture et ainsi tomber dans l'universalisme² ou alors surestimer l'influence de la culture et risquer de tomber dans le culturalisme³. Toute la difficulté réside là et, d'après ces auteurs, les professionnels du soin y sont de plus en plus confrontés. Selon ces derniers, il s'agit avant tout de trouver un juste milieu, c'est-à-dire qu'il faut garder sa propre singularité, avec ses valeurs, ses croyances, et ses systèmes symboliques, tout en respectant l'autre et la différence culturelle, mais tout en évitant le culturalisme. De ce fait, il est primordial, pour ces mêmes auteurs, que les professionnels du soin, aujourd'hui, soient formés à la communication interculturelle⁴ car, pour eux, la qualité de la communication peut influencer la qualité du travail.

Le problème étant alors, pour Arpin (1992), tout comme l'affirment aussi Goguikian Ratcliff et Strasser (2009), que les professionnels du soin, dont les psychologues, sont encore peu préparés à faire face à cette dimension en entretien. Ils auraient encore trop tendance à prendre pour acquis le fait que la définition de la maladie renvoie aux codes occidentaux d'interprétation, d'où que vienne le patient. Le processus de co-construction du problème

² « *Penser qu'il existe une manière universelle d'être, de penser et d'agir* » (Licata & Heine, 2012, p. 18).

³ « *Consiste à croire que l'on peut tout expliquer grâce à la culture* » (Licata & Heine, 2012, p. 20).

⁴ « *L'étude de la communication interculturelle s'inspire de plusieurs disciplines (les sciences de la communication, la psychologie sociale, la psychologie interculturelle, la linguistique, etc.) afin de comprendre ce qu'il se passe lorsque deux personnes s'identifiant à des groupes culturels différents communiquent* » (Licata & Heine, 2012, p. 266).

serait, par conséquent, on ne peut plus affecté par cet ethnocentrisme⁵.

Cependant, Jodelet (2006), mais aussi Leanza et Klein (2002), mettent en évidence, dans leurs articles, l'évolution visible de la psychologie à l'égard de la culture. Cette évolution est marquée, notamment, par le développement de nouveaux courants afin de répondre à une demande croissante de prise en compte de cette dimension. Leanza et Klein (2002) vont plus loin et proposent une formation plurielle pour les futurs professionnels du soin comprenant, par exemple, des connaissances en anthropologie, en matière de migration ou encore un travail de développement personnel relatif à cette dimension. De ce fait, outre les difficultés et les recommandations faites sur un plan théorique, il semble manifeste que la psychologie évolue et prend davantage en compte cette dimension en pratique.

Ainsi, au travers de ces différents auteurs, nous avons pu observer leur position vis-à-vis de cette problématique. Cet exposé de la littérature, concernant la place de la culture en entretien thérapeutique, n'est certainement pas exhaustif. Toutefois, je pense avoir souligné les principaux arguments venant confirmer l'importance de prendre en compte cette dimension, mais aussi les difficultés que cela pouvait engendrer si ce n'était pas le cas. Certains auteurs ont, notamment, précisé l'intérêt de prendre en compte les leçons tirées de l'ethnopsychiatrie.

Avant de passer aux trois approches qui m'ont intéressée dans ce travail, et de constater ce qu'il en est quant à la place qui y est donnée à la culture, je pense qu'il est nécessaire de s'arrêter sur ce terme. Comme nous le verrons, celui-ci est complexe, mais il apparaît tout de même nécessaire de s'y concentrer un moment afin d'avoir une idée plus claire de ce dont nous parlons.

1.3 Définition de la culture

Comme nous avons pu le constater ci-dessus, beaucoup d'auteurs utilisent le terme de culture mais très peu en donnent une définition claire. Mon but, ici, n'est pas non plus de trouver un consensus, qui n'existe certainement pas, mais il s'agit plutôt de démontrer à quel point ce terme est complexe. D'ailleurs, certains parlent de « culture » alors que d'autres préfèrent parler de « cultures » au pluriel. Il ne s'agira donc pas de déterminer qui a tort ou raison, mais de démontrer que ce terme évolue et peut être utilisé différemment selon les courants théoriques.

⁵ « *Tendance à valoriser la manière de penser de son groupe social, de son pays, et à l'étendre à la compréhension des autres sociétés* » (Le petit Larousse illustré, 2007, p. 435).

Ainsi, Cuche (2010), dont le titre de l'ouvrage est plus qu'exhaustif, mais aussi Licata et Heine (2012), retracent tous trois l'histoire du terme « culture », dans leurs ouvrages, et en démontrent son évolution. Si jusqu'au 18^e siècle, ce terme était utilisé au sens propre (renvoyant à l'action de cultiver), il a ensuite pris une autre direction avec le siècle des Lumières qui l'utilisait plutôt pour évoquer la formation de l'esprit. C'est ensuite, à partir du 19^e siècle, que ce terme a pris un sens plus scientifique grâce à l'anthropologie anglaise dont Tylor (1878, cité par Licata & Heine, 2012), son grand représentant, en donnait la définition suivante : « *ce tout complexe qui inclut savoir, croyance, art, morale, lois, coutumes et toutes autres capacités et habitudes acquises par l'Homme en tant que membre d'une société* » (Tylor, 1878, cité par Licata & Heine, 2012, p. 50). Au travers de cette définition, l'auteur mettait, notamment, l'accent sur la culture en tant qu'elle est acquise (opposé à l'inné) mais aussi sur la conception de l'homme en tant qu'il fait partie d'une communauté (opposé à l'être isolé). Très vite, d'ailleurs, elle apparaît comme une définition de base. Toutefois, comme nous pouvons le constater, sa parution est ancienne et une multitude de définitions se sont ensuite succédées dans différents courants qu'ils soient sociaux, anthropologiques ou psychologiques. En effet, Tylor (1878, cité par Licata & Heine, 2012), dont la définition était solidement ancrée dans les théories évolutionnistes, postulait qu'il n'existait qu'une seule culture, mais que celle-ci était arrivée à des degrés d'évolution divers selon les groupes d'humains. Très vite, d'autres courants et d'autres définitions ont émergé, enrichissant ou contredisant celle de Tylor (1878, cité par Licata & Heine, 2012). Pour n'en donner qu'un exemple, l'approche fonctionnaliste, avec Malinowski (1968, cité par Licata & Heine, 2012), considère la culture comme « *un vaste appareil, pour une part matériel, pour une part humain, et pour une autre encore spirituel, qui permet à l'homme d'affronter les problèmes concrets et précis qui se posent à lui* » (Malinowski, 1968, cité par Licata & Heine, 2012, p. 51). Cette approche mettant davantage l'accent sur la fonction adaptative de la culture. Nous pouvons donc constater que cette définition s'appuie sur d'autres dimensions en fonction de l'approche dans laquelle elle est employée.

Outre ces différentes définitions, pour Licata et Heine (2012), la culture aurait trois fonctions. Tout d'abord, elle permettrait à un individu, ou à un groupe, de s'adapter à son environnement, c'est ce qu'ils appellent la fonction d'adaptation. Ensuite, la culture permettrait à ces individus de donner du sens à leurs actions et de comprendre le monde, il s'agit de la fonction de symbolisation. Enfin, la culture aurait une fonction d'humanisation, c'est-à-dire qu'elle

permet de différencier l'Homme des autres espèces vivantes. Ainsi, au-delà d'une définition scientifique, cette dimension apparaît comme étant au cœur du comportement humain.

Il me paraît important, aussi, de mentionner une distinction faite par plusieurs auteurs entre la culture et l'identité culturelle. Selon Goguikian Ratcliff et Strasser (2009) le terme de culture se réfère « à un ensemble de significations symboliques largement partagées dans un groupe social, transmises par apprentissage d'une génération à l'autre, donc relativement stables dans le temps et plus ou moins extérieures à l'individu » (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009, p. 25). Cette définition renvoyant à quelque chose de plus grand, qui dépasse l'individu singulier. Nous pouvons déjà observer, ici, que les définitions de la culture se ressemblent mais ne sont pas les mêmes. En revanche, l'identité culturelle est « le sentiment d'identité partagé par un groupe d'individus, sous-tendu par leur héritage culturel commun, des ancêtres communs, une langue, une nation, une histoire, une religion et une ethnie commune » (Goguikian Ratcliff & Strasser, 2009, p. 25). Cette définition renvoyant plutôt à une part individuelle. Selon ces mêmes auteurs, c'est plutôt au niveau de l'identité culturelle individuelle que doit se faire le travail du clinicien.

De plus, Cuche (2010) met aussi en évidence le fait qu'il n'existe pas de culture à l'état pure. Les cultures entrent en contact les unes avec les autres : « toute culture est un processus permanent de construction, déconstruction et reconstruction » (Cuche, 2010, p. 70). Ainsi, il apparaît comme difficile de considérer une culture en tant que telle, pareille au fil des siècles. Néanmoins, comme le relève ce même auteur, à nouveau, les chercheurs ne sont pas tous en accord quant à la conception dynamique de la culture, d'autres la considérant plutôt comme statique.

Enfin, ce qu'il ressort majoritairement de la littérature, et des différentes définitions vues plus haut, est le fait que la culture influence le comportement d'un individu. Pour Licata et Heine (2012), cela reviendrait à dire que : « le comportement est influencé par le produit des comportements d'autres personnes, même si ces comportements ont eu lieu des siècles auparavant » (Licata & Heine, 2012, p. 33). Ils soulignent ainsi, comme l'ont énoncés d'autres chercheurs, la part acquise de la culture, qui serait transmise de génération en génération. Ces quelques lignes me paraissent être les plus importantes à retenir, et c'est dans cette perspective que je considère moi-même la culture. En effet, elles ne font que rappeler à quel point nous sommes des êtres imprégnés d'une culture (ou de plusieurs). Par conséquent, il semblerait absurde d'en faire l'impasse en entretien thérapeutique.

Enfin, tout cela démontre bien à quel point le concept de culture est mouvant au fil des siècles. Chacun pouvant y apporter des éléments nouveaux, selon le courant dans lequel il est inscrit, et ainsi lui donner un sens différent. D'ailleurs, mon but, ici, je le rappelle, n'était pas de donner une définition de la culture ou de trouver un consensus, qui d'ailleurs n'existe pas, mais bien de démontrer à quel point ce terme est complexe et est utilisé différemment selon les courants théoriques et les siècles. D'ailleurs, cette complexité amène certains chercheurs, comme le rappelle Cuche (2010), à postuler l'abandon de ce terme qu'ils considèrent davantage comme un problème que comme une solution.

Observons, à présent, la place qui est accordée à la dimension culturelle dans les trois approches choisies pour mon travail, et la définition qui lui est donnée étant donné ce que nous venons d'explicitier.

2. APPROCHES EN JEU : QUELLE PLACE POUR LA CULTURE ?

Dans ce chapitre, je vais tout d'abord situer chacune des approches choisies afin de mieux appréhender les théories générales qui les sous-tendent. Je vais ensuite tenter de détecter la place qui est accordée à la culture dans chacune d'elles, ainsi que sa définition s'il y en a une. Pour ce faire, je me référerai, en priorité, à des ouvrages ou des textes de base, considérés ainsi dans chacune des approches.

2.1 Ethnopsychiatrie

Commençons par l'ethnopsychiatrie. Si j'ai choisi cette approche, peu connue encore, c'est parce qu'elle me paraît être celle dont les grandes théories sous-jacentes se rapportent spécifiquement à la culture. Par conséquent, tout son travail est orienté par cette dimension.

Comme nous avons pu le constater plus haut, beaucoup considèrent que la culture fait intégralement partie de la relation thérapeutique. Néanmoins, comme le rapportent Moro et Lachal (2012), dans ce cas de figure, deux perspectives peuvent être adoptées. Certains adoptent une perspective comparatiste, c'est-à-dire qu'ils se demandent plutôt : « *quels sont les invariants que l'on retrouve dans telle culture de nos patients et dans la nôtre ?* » (Moro & Lachal, 2012, p. 130). D'autres, en revanche, vont adopter, à la suite de Devereux, grand fondateur de l'ethnopsychanalyse (ou ethnopsychiatrie), une perspective complémentariste. Celle-ci présuppose : « *la coexistence de plusieurs explications dont chacune est presque*

exhaustive dans son propre cadre de référence... » (Devereux, 1977, p. xxii). C'est cette perspective-là qui va réellement poser les fondements de l'ethnopsychiatrie.

Selon Devereux (1977), l'ethnopsychiatrie repose sur deux grands principes. Tout d'abord, l'universalité psychique, qui renvoie au fonctionnement psychique comme étant le même pour tous. En revanche, si tout homme tend vers l'universalisme, « *il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance. Ce codage est inscrit dans notre langue et les catégories à notre disposition, lesquelles nous permettent de lire le monde d'une certaine manière [...] La maladie n'échappe pas à ce codage culturel* » (Moro & Lachal, 2012, p. 133). Nous comprenons, ainsi, la place précieuse accordée à la culture, celle-ci venant donner sens au monde, influençant notre façon de percevoir ce qui nous entoure, dont la maladie par exemple. Nathan (2001), à la suite de Devereux, va plus loin et ajoutera certains concepts à l'ethnopsychiatrie. Il fera, notamment, mention du « double ». Ainsi, l'homme posséderait, au sein de son psychisme, deux organisations qui fonctionnent « en double » : appareil psychique et culture (Nathan, 2001). Il est alors nécessaire, pour l'ethnopsychiatre, de maîtriser un discours ethnologique, d'une part, mais aussi un discours psychologique afin de ne pas réduire le patient à l'un ou l'autre.

La particularité de l'ethnopsychiatrie va résider dans son dispositif, dont la technique a été principalement instaurée par Nathan (en prenant appui sur la théorie de Devereux). En effet, il s'agit d'un « *dispositif métissé et cosmopolite* » (Moro, 2009, p. 215). Ce dispositif consiste en un groupe de thérapeutes de divers horizons, qui vont travailler ensemble autour du patient ou de la famille demandeuse. L'idée étant que le traitement collectif de la maladie permet un compromis entre, d'une part, une étiologie collective et familiale et, d'autre part, une étiologie individuelle (Moro & Lachal, 2012). C'est, en effet, un point intéressant soulevé par Nathan (2001) lui-même. Selon lui, la mission de l'ethnopsychiatrie « *n'est pas seulement de comprendre le patient mais aussi d'établir des passerelles, des lieux de négociations entre univers* » (Nathan, 2001, p. xxiv). Cette co-construction du cadre apparaît comme indispensable pour l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique. Sans vouloir en dire trop, c'est un élément que nous retrouverons chez mes participantes ethnopsychiatres. De plus, selon Moro et Lachal (2012), le groupe va aussi permettre la matérialisation de l'altérité⁶ (chacun ayant des origines diverses) et la transformation de celle-ci en levier thérapeutique. Dans ce dispositif, sera aussi présent un référent culturel qui a, alors, le rôle de traducteur. De

⁶ « *Caractère de ce qui est autre* » (Le petit Larousse illustré, 2007, p. 76).

ce fait, l'interaction peut se faire, non seulement dans la langue du patient, mais aussi dans le sens qui lui est donné implicitement. Enfin, le groupe va aussi permettre de contenir un élément important en ethnopsychiatrie, le contre-transfert culturel. Le thérapeute étant, lui aussi, considéré comme un être de culture. Le contre-transfert culturel, sans vouloir répéter ce qui a déjà été mentionné précédemment, renvoie à ses « *réactions en tant que personne habitée par une culture donnée qui rencontre une personne d'une autre culture et qui entre en relation avec elle. Ces réactions empruntent à l'histoire, à la sociologie, à la politique, à l'éthique, aux mythes, à l'histoire familiale du thérapeute, à son histoire personnelle, parfois aussi à des stéréotypes et des idéologies implicites* » (Moro & Lachal, 2012, p. 140). Il est important de l'identifier car celui-ci peut venir jouer un rôle dans l'échange (levier thérapeutique) mais peut aussi, dans le cas contraire, devenir un blocage. Le groupe apparaît, alors, comme se portant garant du bon fonctionnement de l'entretien.

Cependant, pour être ethnopsychiatre, il est nécessaire d'entreprendre un long travail de décentrage, ce qui apparaît peut-être comme étant le plus difficile à faire. En effet, les thérapeutes ont encore trop tendance à poser un diagnostic en référence aux catégories occidentales (Moro, 2012). Il est alors nécessaire d'entreprendre un travail sur soi et de se détacher des prérequis occidentaux.

Enfin, pour Nathan (2001), il est important de bien utiliser le matériel culturel. En effet, il ne s'agit en aucun cas d'interpréter psychanalytiquement les données culturelles car, dans le cas contraire, il y aurait un risque de prendre les manifestations de possession pour des symptômes hystériques, par exemple. Il s'agit, en revanche, de construire des liens entre les différentes hypothèses proposées, et laisser la possibilité au patient de construire son propre récit, en s'appuyant sur ces diverses représentations.

Au travers de ces différents auteurs, nous pouvons ainsi mieux appréhender la place de la culture en ethnopsychiatrie. Il est nécessaire d'offrir un espace au patient où il puisse exprimer sa conception de la maladie et, l'échange entre les thérapeutes et leurs propres représentations de celle-ci, ne viendra que l'aider dans cette démarche. Cependant, il est nécessaire, pour le thérapeute, d'adopter un « double discours » afin de ne pas risquer d'enfermer le patient sur le plan psychique (hypothèse d'une décompensation psychotique, par exemple) ou sur le plan culturel (il lui faut plutôt l'aide d'un sorcier, par exemple).

Toutefois, l'ethnopsychiatrie n'est pas une consultation de premier recourt, et les patients y sont adressés lorsque les professionnels de la santé perçoivent une problématique teintée

culturellement, et qu'ils n'ont pas suffisamment d'outils pour leur venir en aide. Par conséquent, il est nécessaire de garder à l'esprit que tout n'est pas toujours culturel mais que, dans le cas d'un blocage, l'ethnopsychiatrie peut être une grande ressource. Néanmoins, beaucoup de critiques sont adressées à l'ethnopsychiatrie. Celle relevée avec le plus de vigueur renvoie au fait que tout n'est pas toujours culturel et que la culture ne peut pas tout non plus. Bien souvent, elle ne soigne pas la maladie. Cette critique est très présente chez Alarcon (cité par Ostojic, 2015), psychiatre français contemporain, qui rappelle que pour certaines maladies, dont la schizophrénie, le seul appel à des pratiques culturelles ne sera pas suffisant. Cependant, cette critique est davantage adressée à la prise en charge et au soin, et moins à la compréhension étiologique de la maladie. D'autres encore, dont Beneduce (2006), se demandent si : « *l'utilisation des références des systèmes thérapeutiques traditionnels est-elle seulement un exotisme de la part de quelques psychothérapeutes ou est-ce réellement une voie efficace pour traiter quelques désordres ?* » (Beneduce, 2006, p. 99). Malgré ces critiques, Moro et Lachal (2012) l'affirment : l'ethnopsychiatrie semble montrer ses preuves au fil des années.

Observons à présent ce qu'il en est pour la deuxième approche de ce travail à savoir, l'approche systémique.

2.2 Thérapies familiales systémiques

Si j'ai choisi l'approche systémique, c'est parce qu'il s'agit d'une des trois grandes approches en psychologie, et qu'il m'intéressait de voir quelle y était la place accordée à la culture. Je ne vais pas expliciter dans les détails ce qu'est la thérapie systémique car ceci n'est pas le but de mon travail. En revanche, je vais tenter de déceler comment la culture est utilisée (si elle l'est) dans la thérapie.

Ainsi, si je prends un manuel général de psychothérapie (Moro & Lachal, 2012), la thérapie familiale est définie comme : « *à la différence des thérapies individuelles centrées sur l'individu, ce modèle de thérapie s'intéresse aux interactions des individus dans les différents contextes de leur vie, contexte familial mais aussi social, historique, culturel, économique, politique, religieux* » (Moro & Lachal, 2012, p. 109). Nous pouvons déjà constater que, dans cette approche, le contexte apparaît comme important à prendre en compte, dont le contexte culturel. Toutefois, il s'agit d'une définition très générale et je m'intéresserai, ici, plus particulièrement, à la thérapie familiale systémique.

Très brièvement, les concepts de base de la thérapie familiale systémique découlent, d'une part, de la théorie de la communication et, d'autre part, de la théorie des systèmes. La première porte sur l'étude des modèles de communications mais aussi sur les structures d'interactions entre individus (Moro & Lachal, 2012). Dans la deuxième, la famille est considérée « *comme un système ouvert, c'est-à-dire une structure qui a des échanges avec l'extérieur* » (Moro & Lachal 2012, p. 114). Ces échanges peuvent être, à la fois, verticaux (générations antérieures) et horizontaux (avec d'autres personnes et systèmes). A nouveau, il apparaît que la famille n'est pas enfermée dans une bulle, coupée du reste du monde, mais communique avec d'autres personnes et systèmes, dont les générations précédentes. Or, nous avons pu soulever, dans le point 1.3, que les générations antérieures jouaient un rôle important dans la transmission de la culture (toutefois, il ne s'agit que d'une interprétation de ma part car cela n'est pas explicité dans le texte).

Avec la cybernétique de second ordre, les thérapies familiales systémiques vont connaître un grand changement dans l'appréhension du système. Ainsi, le thérapeute n'est plus seulement observateur mais va faire partie du système observé. C'est à partir de là qu'Elkaim (2004) va élaborer le terme de résonance⁷. Celle-ci est considérée comme levier thérapeutique, notamment, dans la co-construction du réel. Il n'existe donc pas une totale neutralité de la part du thérapeute. Celui-ci, avec sa propre personne, va contribuer à co-construire le problème. Nous pouvons constater, ici, quelques conceptions déjà citées dans le chapitre 1.

Mais outre ces éléments de base en systémique, et les quelques apparitions du terme « culture », que peut-on encore trouver ? Il m'a paru intéressant de reprendre mon cours de « Pensée et pratique systémique », cours d'introduction donné à l'Université de Lausanne, pour tenter de repérer une mention à la culture. Or, de manière générale, je n'ai rien trouvé. Même dans l'analyse de la demande, il n'y avait aucune référence au contexte culturel (il y avait néanmoins un rappel intéressant concernant le fait que le premier rendez-vous commençait déjà lors du contact téléphonique, comme nous l'avons déjà mentionné précédemment).

De ce fait, outre les textes de base en thérapie familiale systémique, qui révèlent prendre en compte les différents contextes dans lesquels s'inscrit la famille, dont le contexte culturel, mais sans plus de détails, j'ai décidé d'investiguer plus en avant la dimension culturelle dans

⁷ « *Les sentiments qui naissent chez tel ou tel membre du système thérapeutique [...] ont un sens et une fonction par rapport au système même où ils émergent* » (Elkaim, 2004, p. 146).

cette approche. C'est alors que j'ai trouvé le texte de Goldbeter-Merinfeld et Vander Borgh (2002) portant, plus spécifiquement, sur la question de la culture dans la thérapie familiale. Ces auteures y font référence de la manière suivante : « *le champ de la thérapie familiale croise le contexte culturel sur bien des points : le système de parenté, les manières de se parler, le partage des rôles au sein des familles, et les rituels, les modèles d'éducation et des soins, etc.* » (Goldbeter-Merinfeld & Vander Borgh, 2002, p. 5). Cette référence est très centrée sur la famille. D'ailleurs, ces auteures le disent elles-mêmes, la définition de la culture est très variée et chacun met l'accent sur ce qui est déterminant dans son approche, ce qu'elles semblent faire elles aussi, mais elles vont plus loin. En effet, elles mentionnent le fait que chaque famille est inscrite dans une culture et qu'elle « *affronte les défis de la vie en métabolisant à sa façon les règles culturelles en vigueur dans son propre contexte* » (Goldbeter-Merinfeld & Vander Borgh, 2002, p. 5). Ces auteures se sont particulièrement intéressées à la prise en charge des familles migrées.

De plus, elles relèvent que la culture du thérapeute peut, elle aussi, poser problème. Elles questionnent, notamment, la formation des thérapeutes familiaux dans le contexte d'une rencontre avec une autre culture que la leur. Elles soulèvent ainsi que « *l'outil puisé dans le registre socioculturel est indéniablement intéressant et prometteur pour le thérapeute, car il apporte non seulement l'information indispensable pour la compréhension du symptôme dans sa fonction au sein de son contexte d'apparition, mais il permet aussi de rassurer le système (famille nucléaire et famille élargie) car elle s'appuie sur des « représentations familiales et donc inoffensives »* » (Goldbeter-Merinfeld & Vander Borgh, 2002, p. 9). La dimension culturelle apparaît ainsi, au détour de cette citation, comme étant indispensable dans le cadre d'une thérapie familiale. Il s'agit de comprendre au mieux la famille et son symptôme, et de montrer à la famille qu'on ne tente pas de la déposséder de ses références culturelles. Platteau et Scandariato (2002) y font aussi référence mais soulèvent que, ne pas connaître la culture de l'autre, pour autant qu'on y prenne conscience, peut tourner à l'avantage du thérapeute et de l'alliance thérapeutique. En effet, dans ce cas de figure, le thérapeute sera amené à s'informer auprès de la famille, ce qui confèrera à cette dernière une position de force (le travail en co-thérapie amenant aussi un plus à cette démarche, car elle permet de prendre davantage conscience de cet aspect). Ainsi, au travers de ces quelques auteurs, nous pouvons constater que la question de la dimension culturelle commence à émerger et à prendre de plus en plus de place parmi les recherches en thérapies familiales.

Cependant, il s'agit, ici, d'articles portant spécifiquement sur cette question. Or, comme mentionné précédemment, les textes ou ouvrages de base en thérapie familiale y font référence de manière très générale sans trop rentrer dans les détails. C'est d'ailleurs ce qui m'a beaucoup surpris dans l'ouvrage de Albernhe et Albernhe (2008).

Toutefois, on ne peut rester longtemps à un niveau général dans cette approche car il n'existe pas un seul modèle unifié. Au contraire, il existe une multitude de modèles élaborés par différents auteurs, chacun se centrant sur un aspect particulier de la famille, dont certains touchent de près ou de loin à la dimension culturelle. Ainsi, pour en donner de brefs exemples, Minuchin, dans une approche structurale (cité par Albernhe & Albernhe, 2008), s'est intéressé de près aux familles défavorisées et à leur contexte socioculturel. Le modèle contextuel (cité par Albernhe & Albernhe, 2008), aussi, reprend la dimension intergénérationnelle dans la compréhension du symptôme, dimension qui apparaît comme importante dans les transmissions culturelles, comme relevé au point 1.3. Le modèle constructiviste (cité par Albernhe & Albernhe, 2008), encore, fait référence au contexte, notamment culturel et social, en postulant que : *« une réalité n'étant donc jamais perçue en tant que telle, mais toujours de par notre filtre personnel – lui-même conditionné par le contexte social -, il en résulte que chacun de nous a une vision du monde qui lui est propre »* (Albernhe & Albernhe, 2008, p. 99). Mais aucun, finalement, ne mentionne réellement la culture et son impact sur la famille.

Ainsi, il existe peu de références à la culture dans les ouvrages de base ou les cours destinés à la thérapie familiale systémique. En revanche, nous pouvons constater que cette question semble se poser de plus en plus en fil des années et certains chercheurs soulèvent même la question de la place du thérapeute (d'une autre culture) dans la rencontre avec l'altérité. De plus, concernant les quelques références à la culture, celle-ci semble être davantage définie en fonction de l'approche, et se rapporte spécifiquement à la famille.

Regardons, à présent, ce qu'il en est pour la dernière approche choisie pour ce travail à savoir, la TCC.

2.3 Thérapies cognitivo-comportementales

Si j'ai choisi cette approche, à nouveau, c'est parce qu'elle me paraissait être un incontournable dans le domaine de la psychologie. L'idée, comme pour l'approche précédente, est de voir si la culture occupe une quelconque place dans la théorie et si oui, laquelle.

Mais avant, je pense qu'il est utile de rappeler, très sommairement, en quoi consiste la TCC. Apparues dans les années 60, les thérapies cognitivo-comportementales ont pour fondement théorique, comme l'indique son nom, d'une part, les thérapies comportementales, issues du behaviorisme, qui postule que : « *les comportements humains sont des comportements appris* » (Moro & Lachal, 2012, p. 148). On parle alors de conditionnement ou d'apprentissage social. D'autre part, il y a les thérapies cognitives, issues du cognitivisme, qui postule que : « *l'affect, l'émotionnel, est pour une large part déterminé par les images – cognitives ou affectives – et les discours intérieurs* » (Moro & Lachal, 2012, p. 151). Dans ce cas de figure, le fonctionnement normal renvoie à un traitement de l'information normal. En revanche, le fonctionnement pathologique est plutôt considéré comme une erreur ou un bug survenu dans le traitement de l'information (Moro & Lachal, 2012). Aujourd'hui, on en vient à parler de troisième vague de la TCC qui implique des éléments d'autres traditions tels que la philosophie dialectique, la spiritualité ou la mindfulness par exemple (Bondolfi & Bizzini, 2006).

Après ce petit rappel, nous pouvons, à présent, nous intéresser à la place de la culture dans cette approche. Pour ce faire, j'ai trouvé intéressant, tout d'abord, de parcourir le cours suivi en master à l'Université de Lausanne, « Intervention cognitivo-comportementale ». Très vite, je me suis rendue compte qu'il n'y avait aucune référence à la culture, en tout cas pas explicitement. J'ai donc décidé d'explorer un ouvrage très recommandé pour ce cours, et considéré comme un manuel de base dans cette approche, celui de Chaloult (2008). Dans cet ouvrage, il est mis en évidence la nécessité d'effectuer une évaluation complète de la situation, en début de thérapie, afin d'appréhender au mieux la problématique du patient. Toutefois, outre les caractéristiques propres au comportement problématique, ce qui semble se rapprocher le plus d'une évaluation portant sur la dimension culturelle consiste en une investigation sur l'identification du patient (âge, statut social, etc.) ainsi que sur l'histoire personnelle de celui-ci. L'investigation porte alors sur « *les parents, fratrie, enfance, contexte familial, scolarisation, adolescence, vie sentimentale et conjugale, relations familiales, amitiés, travail, etc.* » (Chaloult, 2008, p. 162). Toutefois, aucun élément n'est explicitement associé à la culture. Parmi les 346 pages de cet ouvrage, la seule référence explicite à la culture apparaît lorsqu'il est fait mention des représentations des individus, représentation qui « *résulte à la fois des valeurs, des pensées ou des croyances propres à un individu, et des valeurs, des pensées, ou des croyances relevant de son appartenance à une culture, à une religion ou à une société* » (Chaloult, 2008, p. 71). Il apparaît, ainsi, que la culture aurait une

influence sur nos pensées, valeurs, et croyances, qui elles-mêmes auraient une influence sur nos représentations. Cela semble intéressant étant donné la place importante de la cognition, avec tout ce que cela implique, dans la TCC. Cependant, il ne s'agit que d'une petite référence à la culture, celle-ci n'étant pas explicitement présente dans l'évaluation du patient.

Moro et Lachal (2012) n'ont pas non plus fait mention de la culture dans leur présentation de l'approche cognitivo-comportementale. Cependant, ils y ont fait référence, très brièvement, lorsqu'ils discutent de la place des étiologies traditionnelles dans les thérapies. Ils ont, notamment, mis en évidence qu'un thérapeute TCC aurait tendance à traiter ces étiologies comme « *des jugements erronés, des récurrences qui faussent l'axe normal de la psyché* » (Moro & Lachal, 2012, p. 26). Toutefois, il n'y a aucune indication quant à leur utilité, ni à quoi se réfère exactement cet axe « normal ». Car comme nous l'avons vu plus haut, les représentations des uns et des autres peuvent être ou sont différentes chez les uns et chez les autres, par conséquent, ce qui peut sembler normal pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre, selon sa culture. De ce fait, nous ne savons pas très bien à qui ou quoi se réfère ce « normal » : est-ce par rapport au thérapeute ou par rapport au contexte du patient ?

Malheureusement, je n'ai pas obtenu beaucoup de réponses à ce stade. D'ailleurs, je n'ai pas non plus réussi à trouver beaucoup plus d'informations quant à la place de la culture dans cette approche. Bien entendu, comme déjà mentionné, il ne s'agissait pas pour moi de faire un recensement complet de la littérature concernant l'approche cognitivo-comportementale, mais il s'agissait d'examiner, dans ce qui est considéré comme des textes de base dans cette approche, la place faite à la culture. Ainsi, il apparaît que la culture n'a pas une grande place en TCC. En effet, il est peu recommandé, par ces ouvrages, d'entamer une investigation quant à l'appartenance culturelle du patient, celle-ci semblant d'ailleurs ne jouer qu'un rôle mineur dans la conception de l'individu. D'ailleurs, Laurent (2007) est très critique à l'égard de cette approche. Il la considère comme tentant à tout prix de tendre vers la normalisation au détriment du patient et de ce qu'il est. Ainsi, le sens du symptôme n'est pas véritablement pris en compte : « *il s'agit donc de couper ce qui dépasse du sujet et le gêne, d'enlever les peurs, les phobies, les angoisses, la tristesse, les comportements dits « dysfonctionnels », les rituels obsessionnels, les ruminations, les idées délirantes psychotiques, les comportements sortant des normes sociales* » (Laurent, 2007, p. 118). Nous verrons, avec mes participantes, que de nombreuses critiques sont, en effet, adressées à la TCC, tout comme aux autres approches d'ailleurs.

2.4 Conclusion

Dans cette rapide revue de littérature, il s'agissait pour moi, à partir des références de base pour chacune de ces approches, d'examiner la place qui était accordée à la culture dans des manuels accessibles à tous et qui soulèvent les théories centrales de chacune d'elles.

Ainsi, en ce qui concerne l'ethnopsychiatrie, la culture y trouve une place toute particulière. En effet, celle-ci est non seulement utile pour comprendre le patient, mais est aussi très utilisée dans le dispositif. Plus précisément, à la suite de Devereux (1977), la culture est considérée comme venant influencer notre fonctionnement psychique, elle donne sens au monde et influence notre manière de percevoir ce qui nous entoure, telle que la maladie par exemple. Mais aussi, à la suite de Nathan (2001), la culture va être utilisée dans le dispositif thérapeutique, chacune (la culture du patient et celle des thérapeutes) permettant de créer un pont entre les diverses étiologies de la maladie évitant ainsi une explication de celle-ci trop ethnocentrée (critique adressée aux autres approches). La culture apparaît donc comme indissociable de l'individu et est, par conséquent, considérée comme indissociable du dispositif thérapeutique lui-même. Toutefois, rappelons quand même l'une des grandes critiques adressées à l'ethnopsychiatrie à savoir, que tout n'est pas toujours culturel et que la culture ne peut pas tout faire non plus.

Concernant les thérapies familiales systémiques, si je n'ai relevé que quelques références mineures à la culture dans les ouvrages de base et les cours donnés à l'Université de Lausanne, les recherches récentes, quant à elles, mettent en évidence la nécessité de prendre en compte cette dimension dans la thérapie. Plus précisément, la famille apparaît comme ancrée dans une culture, cette dernière influençant les modes d'éducation et de soins, mais aussi les rôles au sein de la famille, ainsi que les manières de se parler (Goldbeter-Merinfeld & Vander Borcht, 2002). Par conséquent, selon Goldbeter-Merinfeld et Vander Borcht (2002), la culture devient un outil indispensable dans la thérapie car elle permet de davantage comprendre le symptôme dans son contexte d'apparition. De plus, son utilisation permettrait aussi de rassurer la famille et de conserver ses propres références culturelles (Platteau & Scandariato, 2002). Ceci apparaît comme venant renforcer l'alliance thérapeutique. De ce fait, à nouveau, la culture semble être considérée comme venant influencer le comportement, non seulement de l'individu, mais aussi de toute la famille (nucléaire ou élargie).

Finalement, en ce qui concerne la TCC, comme nous avons pu le constater, la culture n'y trouve pas une grande place. D'après la littérature, celle-ci ne semble pas jouer de rôle dans la

problématique du patient, et il n'est recommandé nulle part de s'y attarder. Cependant, les quelques références mineures à la culture mentionnent son impact sur nos pensées et nos représentations, mais rien n'est indiqué quant à son utilisation en entretien thérapeutique. Certains auteurs allant même jusqu'à comparer les étiologies traditionnelles à des jugements erronés. La culture aurait donc une influence sur la cognition mais son utilisation en thérapie n'est nullement explicitée dans les divers ouvrages consultés.

Nous pouvons donc observer des conceptions de la culture très diverses aux travers de ces différents courants, même si certains points semblent converger tels que l'influence de la culture sur le comportement. Il sera intéressant d'identifier, dans ma recherche et au travers du discours de mes participantes, la définition que chacune lui donne en fonction de leur approche.

Ainsi, après avoir tenté de définir au mieux ce qu'est un entretien thérapeutique et démontré la place de la culture dans celui-ci, de manière générale, mais aussi dans les trois approches choisies pour ce travail, ainsi que la « définition » de la culture, nous pouvons, à présent, passer au travail de recherche à proprement parler. Dans les chapitres suivants seront présentés la méthodologie utilisée et l'accès aux participantes, la méthode d'analyse employée, ainsi que les résultats obtenus pour chacune des approches. Nous pourrons, ensuite, comparer ces résultats avec ce qui a été relevé dans les deux chapitres précédents.

3. METHODOLOGIE

Dans ce chapitre, je vais tout d'abord expliciter les moyens mis en œuvre pour accéder aux participantes, ainsi que quelques aspects pratiques et éthiques de ma recherche. Je dirai, ensuite, quelques mots de la méthode de recherche utilisée, puis je présenterai, plus en détail, la méthode du sosie et de l'autoconfrontation utilisée pour le recueil des données.

3.1 Population interviewée

Concernant, tout d'abord, les critères d'inclusion-exclusion, je souhaitais interviewer, pour mon travail, des professionnels ayant obtenu leur titre de psychothérapeute dans l'approche voulue ou étant en fin de formation. Ni des critères d'âge, ni de sexe n'ont été retenus. Je cherchais donc deux participants par approche, afin de pouvoir comparer au moins deux points de vue dans la même approche.

J'ai pu prendre contact avec différents professionnels, toutes des thérapeutes femmes, au travers de connaissances communes, et le premier contact a été fait, principalement, par email.

Dans cet email, je n'ai pas fait mention immédiate du sujet de mon travail, celui-ci n'a été discuté qu'à la fin de nos entretiens. Je leur ai dit que je m'intéressais à leur approche et à la manière dont les professionnels s'appropriaient celle-ci. En effet, compte tenu de la méthode utilisée pour le recueil de données, mentionnée précédemment, je ne voulais pas risquer d'induire leurs propos.

Une fois les entretiens fixés, je me suis déplacée à leur convenance. Les entretiens se sont, principalement, déroulés sur leur lieu de travail, et ont duré environ une heure chacun. Pour des raisons d'anonymat, et sur demande d'une participante, je ne dévoilerai pas les lieux précis d'enregistrement. De plus, avant le début de chaque entretien, un feuillet d'information⁸ leur a été transmis, rappelant le but de la recherche, puis chacune des participantes a signé une feuille de consentement⁹ et a, ainsi, accepté les modalités qu'impose un entretien de recherche, dont l'enregistrement de celui-ci.

3.2 Méthode qualitative : entretien semi-structuré de recherche

Concernant la méthode de recherche à proprement parler, j'ai utilisé une méthode de recherche qualitative. Ce type de méthode a pour but, en psychologie, de comprendre le comportement des individus du point de vue des personnes interrogées. En effet, il s'agit de tenter de comprendre les processus globaux qui jouent un rôle dans le comportement des individus de manière approfondie, en les considérant comme situés dans des contextes spécifiques. Le but de ces méthodes est d'élaborer une interprétation du vécu du sujet à partir d'une expérience subjective, tout en mettant en valeur le langage comme point d'accès. Le but étant, avant tout, de maintenir l'individu inscrit dans son monde, et de tenter de comprendre ce qu'il vit au travers de son discours et du sens qu'il donne à ce dernier (Fasseur, 2014).

Les outils qualitatifs peuvent être variés. Celui que j'ai utilisé pour mon travail est l'entretien semi-structuré, qui est un outil d'investigation privilégié dans le monde de la recherche (Blanchet & Gotman, 2014). Celui-ci consiste en une rencontre entre un chercheur et un interviewé, et a pour but d'amener ce dernier à produire un discours auquel il va donner un sens, en fonction de ses représentations et de ses systèmes de valeurs, afin de répondre à une

⁸ Annexe A

⁹ Annexe B

ou plusieurs questions de recherche en lien avec une thématique choisie par le chercheur. Il est, pour cela, nécessaire de créer un canevas (ou guide d'entretien) dont les questions, traduisant les thèmes à aborder, sont semi-structurées ou ouvertes. Le but étant non seulement « *d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé* » mais aussi « *un discours répondant aux questions de la recherche* » (Blanchet & Gotman, 2014, p. 62). Cependant, l'interaction n'est pas unidirectionnelle. En effet, ensemble, l'interviewé et le chercheur, dans l' hic et le nunc de la rencontre, vont co-construire des données. Ce processus interactionnel, important pour la recherche, va permettre à chacun des protagonistes, mais surtout à l'interviewé, d'entamer une nouvelle réflexion quant au thème abordé pour l'étude en question. C'est précisément l'approche employée par Clot et al. (2000, 2005, 2011) dans le domaine de la psychologie du travail et que je vais, à présent, présenter.

3.3 Recueil de données

Afin de recueillir les données nécessaires pour répondre à mes questions de recherche, j'ai, tout d'abord, sur conseil de Madame Nathalie Muller Mirza (conseils prodigués tout au long de ma démarche de recherche), mis au point un canevas¹⁰, ou plus précisément deux (j'y reviendrai), contenant trois parties bien distinctes. Pour chacune de ces parties, je me suis inspirée de la clinique de l'activité et, plus précisément, d'une méthodologie très utilisée dans ce domaine à savoir, celle de l'autoconfrontation croisée (Clot et al. 2000, 2005, 2011). Pour rappel, dans cette perspective, l'idée est de faire une co-analyse avec les groupes de travailleurs, qui a pour objectif le développement, non seulement des sujets, mais aussi du groupe et de leur activité.

Afin de mieux comprendre ma démarche, je pense qu'il est important de mentionner quelques notions centrales en psychologie du travail. Tout d'abord, le but, dans la clinique de l'activité, est d'amener le professionnel, comme mentionné ci-dessus, à développer sa propre expérience individuelle, mais aussi collective, afin de développer le travail lui-même. Ce processus contribue à entamer une réflexion quant à l'activité réalisée ou non. Mais avant d'aller plus loin, il est nécessaire de comprendre la définition de l'activité dans ce domaine. En clinique de l'activité, une distinction, considérée comme essentielle, est opérée entre la tâche et l'activité. La tâche renvoie à ce qui doit être fait alors que l'activité renvoie, plutôt, à ce qui se fait. Selon Clot et Kostulski (2011), l'activité est un compromis entre le travail prescrit et le réel du travail. Toutefois, il y aurait beaucoup de tensions entre les deux car une partie du

¹⁰ Annexe C et D

travail prescrit n'est pas toujours réalisée. Ceci conduit, alors, à une nouvelle distinction relative au réel du travail qui est alors, d'une part, l'activité réalisée qui renvoie à ce qui se fait concrètement, et le réel de l'activité qui renvoie à ce qui n'est pas fait, ce qu'on essaie de faire sans y arriver ou encore ce qui n'est pas fait de manière délibérée. C'est ce dernier qui est considéré comme difficilement observable car cela renvoie davantage au niveau psychologique (Clot & Kostulski, 2011).

Clot et Kostulski (2011) mettent encore en évidence, dans leur article, ce qu'ils entendent par « métier ». Celui-ci semble être à un carrefour entre quatre dimensions en tensions les unes avec les autres. Le travail est, tout d'abord, impersonnel, ce qui renvoie à ce qui est prescrit ou encore à l'organisation du travail. Ensuite, il est interpersonnel, ceci met en évidence le fait que le travail est nourri par la relation entre professionnels. La troisième dimension, le transpersonnel, concerne la mémoire des professionnels, c'est ce qui les relie entre eux et ce qui les reliera aux prochaines générations. Ces ressources collectives renvoient au « *genre professionnel* » (Clot, Faïta, Fernandez & Scheller, 2000) et l'adoption de ce genre marque l'appartenance à un groupe et oriente son action, ceci dans le sens où le travailleur sait comment agir, et cela l'empêche de se retrouver seul face à des erreurs éventuelles. Enfin, la dimension personnelle, souvent en conflit avec les autres, renvoie au travail en tant qu'activité individuelle (Clot & Kostulski, 2011).

Après avoir mis en évidence ces quelques notions importantes en clinique de l'activité, nous pouvons revenir à la méthode utilisée afin d'analyser l'activité des travailleurs, qui est celle de l'autoconfrontation croisée et qui a, en partie, inspiré mon canevas.

Cette méthode, selon Kloetzer et Henry (2010), a pour objectif « *d'initier une démarche réflexive orientée vers le développement des travailleurs et des situations de travail au sein d'un collectif professionnel* » (Kloetzer & Henry, 2010, p. 45). Il s'agit ainsi, avant tout, d'amener une réflexion autour de l'activité, réflexion qui se veut individuelle mais aussi collective.

La méthode consiste, tout d'abord, en une autoconfrontation simple, c'est-à-dire que le professionnel, ayant été préalablement filmé en action, va pouvoir s'observer et commenter ce qu'il voit avec le chercheur. Avec les questions de ce dernier, le travailleur va pouvoir « *déplacer son propre regard sur ce qu'il fait à travers ce qu'il se voit faire à l'écran* » (Kloetzer & Henry, 2010, p. 45). Ce qui est intéressant, et comme le soulignent Clot et Leplat (2005), c'est qu' « *en position exotopique à l'égard de son travail et face à des choix ou des*

dilemmes qu'il redécouvre dans son activité, ce qui était opération incorporée et réponse automatique redevient question » (Clot & Leplat, 2005, p. 308). Une réflexion est alors entamée chez le professionnel. Mais ce que ces mêmes auteurs relèvent est, qu'en général, dans le dialogue avec le chercheur, le professionnel n'est jamais seul. En effet, celui-ci fait appel à autrui, à ces autres qui font partie du collectif et qui se caractérisent très souvent, dans le dialogue, par l'utilisation du « on ». En d'autres termes, il renvoie au « *genre professionnel* » (Clot, Faïta, Fernandez & Scheller, 2000). Le collectif se porte alors garant de l'activité individuelle. Le professionnel, en situation d'autoconfrontation simple, convoque ce collectif dans le dialogue avec le chercheur, ceci pour justifier ce qui se voit, soit pour comprendre, soit encore pour se protéger (Clot & Leplat, 2005). L'autoconfrontation permet, en d'autres termes, d'avoir accès à ce que fait ou pas le collectif de la tâche, c'est-à-dire ce qui est prescrit.

Ensuite, la deuxième phase consiste en une autoconfrontation croisée, c'est-à-dire que le chercheur invite deux professionnels à dialoguer à partir des vidéos représentant chacun d'eux en action. On parle de « croisée » dans le sens où le chercheur n'est pas le seul intervenant, le professionnel, qui regarde la vidéo de son autre collègue, va pouvoir lui aussi commenter ce qu'il fait. C'est alors que surgissent, la plupart du temps, des controverses entre manières de faire, et que le chercheur va tenter d'entretenir. Ces controverses, recherchées dans cette partie, vont alors mettre à mal le « on » utilisé par le professionnel en phase d'autoconfrontation simple. En d'autres termes, c'est ce « on » qui devient objet du discours. Ce dispositif permet ainsi au professionnel de continuer à déplacer son regard et à amener une réflexion sur sa propre pratique en tant qu'individu, et non plus seulement en tant que faisant partie d'un collectif. Il autorise ainsi l'individu « *à se sentir partie prenante et comptable de la vie du métier* » (Clot & Leplat, 2005, p. 310). Ainsi, l'activité individuelle, d'une part, utilise le collectif comme ressource, mais elle va aussi, dans un deuxième temps, nourrir ce collectif de contributions personnelles amenées grâce à une nouvelle réflexion sur l'activité.

Si je reviens à présent à mon propre travail, il était difficile d'y transposer cette méthode telle quelle. En effet, un point que je n'ai pas souligné précédemment est le fait que cette méthodologie demande beaucoup de ressources, tant économiques que temporelles, ce dont, malheureusement, je ne disposais pas. Pour toutes ces raisons, j'ai quelque peu aménagé la méthode de l'autoconfrontation croisée de sorte à pouvoir tout de même dégager ce que le collectif de travail, dans chacune des approches, faisait avec la thématique de la culture dans

leur pratique, d'une part, puis à relever les tensions possibles entre collectif et individu et les réflexions personnelles qui s'en suivent.

En prenant en compte ces limites, j'ai tout d'abord élaboré une vignette clinique¹¹ portant sur les difficultés d'un jeune sénégalais après la perte de son emploi. Ce que nous recherchions, dans un premier temps, était de pouvoir récolter des informations sur une première rencontre habituelle entre professionnel et patient, en d'autres termes, accéder à une partie du réel de l'activité et non pas seulement à l'activité réalisée. Ainsi, pour cette partie, nous nous sommes inspirées de la méthode utilisée à plusieurs reprises par Kloetzer (2011), dans ses recherches, qui est celle des instructions au sosie. Il s'agit d'un dispositif où le travailleur « explicite » à un sosie ses manières de travailler afin que celui-ci puisse le remplacer. La consigne utilisée, et que j'ai moi-même employée auprès de mes participantes, est la suivante : « *Imaginons que je sois en tous points semblable à toi. Demain je dois te remplacer à ton poste de travail : dis-moi ce que je dois faire pour que personne ne s'aperçoive de la substitution* » (Kloetzer, 2011, p. 454). Ce dispositif permet, ainsi, au chercheur d'avoir accès à une part du travail qui est habituellement floutée par les habitudes et l'expérience. En effet, le travailleur ne peut faire une simple description de son travail, il doit le rendre compréhensible à l'autre. D'autre part, cette méthode me permet aussi d'accéder à ce que fait ou pas un collectif. De plus, nous verrons que cette méthode est particulièrement intéressante avec les psychologues car ceux-ci défendent la subjectivité propre à chacun, et le fait que nous ne pouvons être similaires à autrui, mais j'y reviendrai par la suite. J'ai donc voulu, au travers de cette méthode, avoir accès à ce que font habituellement les psychologues, individuellement mais aussi collectivement dans leur pratique, notamment en lien avec la problématique de la culture, et voir si celle-ci était explorée.

Pour la deuxième partie de mon canevas, nous avons utilisé un dérivé de l'autoconfrontation croisée, à savoir que nous avons introduit nous-même, volontairement, une controverse. En effet, notre but était de contredire les propos recueillis lors de la partie précédente, toujours en lien avec la place de la culture dans leur pratique, ceci afin d'observer si elles allaient maintenir ou modifier leurs propos. Je ne les ai pas confrontées à ma propre opinion, mais bien à celle du collectif de travail auquel elles appartiennent. Ceci m'a ainsi permis (à moi mais aussi aux participantes) d'avoir non plus seulement accès au collectif et au genre professionnel, mais aussi à l'activité individuelle en tant qu'elle est réalisée par l'individu,

¹¹ Annexe C et D

ceci toujours en lien avec ma problématique. Il s'agissait donc de les « arracher » du collectif. Toutefois, l'exercice s'avérait plus compliqué pour l'ethnopsychiatrie, sachant que peu de gens de cette approche auraient été susceptibles d'avoir de tels propos divergents. Par conséquent, je les ai confrontées aux dires d'autres approches. L'idée était plutôt d'avoir accès aux critiques essayées par l'ethnopsychiatrie dans le milieu de la psychologie.

Enfin, la troisième et dernière partie de mon canevas, a consisté en une discussion autour des réflexions suscitées en partie 1 et 2. Ceci m'a permis d'élargir la réflexion à propos de leur pratique autour du concept de culture, ainsi que tout ce que cela comporte comme difficultés et risques dans l'entretien thérapeutique. A la fin de cette partie, je ne souhaitais pas quitter mes participantes sans savoir ce que cet entretien avait suscité en elles, ceci afin qu'elles prennent conscience de leurs réflexions. Par conséquent, je leur ai demandé : « *Finallyment qu'est-ce que vous reprenez de notre entretien ?* » Nous verrons que cette question a suscité des réponses très diverses.

Finallyment, le but de toute cette démarche était d'amener la réflexion des participantes sur leur pratique et, notamment, en lien avec la problématique de la culture (si elle était présente ou pas dans l'entretien et quel était son rôle). Dans le chapitre « Résultats », j'ai donc pour but de mettre en évidence les divergences et convergences entre approches mais aussi de relever l'évolution des propos de mes participantes en fonction des parties, et d'avoir ainsi accès à leur activité tant réalisée que réelle. Il ne s'agit donc pas seulement de relever ce qui est fait par elles, mais aussi ce qui n'est pas fait ou ce qui pourrait être fait, ceci afin de développer davantage leur activité, toujours autour de ma problématique.

Mais arrêtons-nous, tout d'abord, à l'analyse et à ce que la méthode employée a permis de relever relativement aux données brutes.

4. METHODE D'ANALYSE

Comme le soulignent si bien Blanchet et Gotman (2014), un entretien « *ne parle pas de lui-même* ». Il est donc nécessaire, afin d'aboutir aux résultats, d'opter pour des méthodes d'analyse des discours. Pour ce faire, j'ai tout d'abord effectué une retranscription de chacun des entretiens, puis j'ai choisi d'appliquer une analyse thématique de contenu aux différents discours. Vous trouverez, au sous-chapitre 4.3, une description détaillée des thèmes et des catégories relevés.

4.1 Retranscriptions

Pour cette recherche, j'ai, tout d'abord, retranscrit les six entretiens effectués avec mes participantes. Blanchet et Gotman (2014) rappellent que l'analyse des discours « *se fait sur le corpus, c'est-à-dire l'ensemble des productions verbales de l'interviewé, retranscrit de manière littérale [...] non qu'il soit impossible de travailler sur simple enregistrement, ni inutile de s'y référer parfois, mais l'analyse à l'écoute ne permet pas la communicabilité des procédures effectives de production des résultats* » (Blanchet & Gotman, 2014, p. 89). En outre, il existe une multitude de techniques de transcription. Pour ce travail, j'ai décidé d'utiliser des normes de transcriptions¹² avec lesquelles j'étais familière, et qui me permettaient de préserver le contenu au plus près de ce qui a été dit, et de conserver, lors de la relecture, la dynamique de l'échange entre mes participantes et moi-même.

4.2 Analyse thématique de contenu

Ensuite, pour ma recherche, le type d'analyse qui me paraissait être le plus en adéquation avec mon travail et mes questions de recherche est l'analyse thématique de contenu. Cette méthode « *défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème* » (Blanchet & Gotman, 2014, p. 96). Il s'agit, ainsi, de regrouper les unités de sens (les énoncés) qui se ressemblent et de les classer dans les thèmes correspondants, ceci pour l'ensemble des entretiens effectués. Comme le mettent en évidence Miles et Huberman (2003), il existe trois méthodes de codage des thèmes. Tout d'abord, en fonction du cadre conceptuel, questions de recherche, problématique, etc., il est possible de dresser une liste de thèmes au préalable, avant même la rencontre avec l'interviewé, c'est ce qu'ils nomment le codage conceptualisé. Il est aussi possible, pour le chercheur, de se lancer dans une recherche sans dresser de liste des thèmes à l'avance, c'est ce qu'ils nomment le codage inductif. Et puis, finalement, il reste ce que ces auteurs appellent le codage générique, intermédiaire aux deux précédents. C'est précisément celui que j'ai utilisé. Le chercheur peut établir une liste préalable de thèmes à étudier, en fonction des questions de recherche, mais il a aussi la possibilité d'identifier de nouveaux thèmes en cours de route, ceci au travers de la relecture du corpus à disposition.

Ainsi, en collaboration avec Madame Nathalie Muller Mirza, nous avons dressé une liste de quatre thèmes, orientée par mes questions de recherche, à savoir : « comment le psychologue

¹² Annexe E

se perçoit lui-même », « comment le psychologue perçoit le patient », « comment le psychologue définit la culture » et « quel est le rôle qu'il donne à la culture ». Cependant, lorsque j'ai élaboré la grille d'analyse, et après avoir effectué plusieurs relectures de mes entretiens, j'ai décidé de rajouter trois autres thèmes : « quels sont les risques que perçoit le psychologue dans l'entretien en lien avec la culture », « quelles sont les ressources dont dispose le psychologue face aux difficultés dans un entretien » et enfin « qu'est-ce qui a amené le psychologue à mener une réflexion autour de la thématique de la culture dans sa pratique ». Ces différents thèmes ont ensuite été décomposés en plusieurs catégories. J'ai ensuite pu « ranger » les unités de sens dans les différentes catégories et les différents thèmes. Le même énoncé pouvant, parfois, renvoyer à des thèmes divers. Vous trouverez une description détaillée des thèmes et des catégories retenus pour ce travail d'analyse au sous-chapitre suivant.

De plus, il me paraît intéressant de souligner que j'ai aussi été très attentive à la forme prise par le discours de mes participantes, plus particulièrement, les formes se rapportant au collectif « on », « nous », etc. Ceci me permettant de faire davantage de lien avec la méthodologie utilisée pour ce travail à savoir, pour rappel, la méthode du sosie et de l'autoconfrontation croisée.

Enfin, afin de pouvoir accéder à une comparaison plus systématique entre approches et parties (et ainsi identifier dans les meilleures conditions l'apport de ma méthode de recueil des données) mais aussi entre thèmes, j'ai décidé d'élaborer cette grille d'analyse sur Excel. En effet, il était intéressant de pouvoir identifier les liens entre les thèmes et voir si ces liens étaient systématiques, d'un entretien ou d'une approche à l'autre.

4.3 Thèmes et catégories relevés

Pour ce travail, j'ai donc identifié sept thèmes et diverses catégories. Je comparerai, ensuite, mes six entretiens en fonction de ces sept thèmes. Dans ce sous-chapitre, je vais expliciter en quoi consiste chacun d'eux et fournir quelques exemples.

Les thèmes et catégories sont les suivants :

Comment le psychologue se perçoit lui-même ?

Pour ce thème, ce qui me paraissait intéressant était d'identifier comment le psychologue se percevait au fil de son discours et, plus précisément, comme il se perçoit lorsqu'il est en

« entretien » avec un patient mais aussi, inévitablement, avec moi. Ceci, toujours en fonction de ma problématique autour de la culture, mais aussi en lien avec ma méthodologie. Trois catégories ont été identifiées : « le psychologue se perçoit comme un membre d'un groupe », « le psychologue se perçoit comme un individu » et « le psychologue se perçoit comme appartenant à une culture ».

Pour la première de ces catégories, « le psychologue se perçoit comme membre d'un groupe », j'ai pu relever que les participantes utilisaient plusieurs marqueurs dans leur discours, démontrant leur appartenance à un groupe et, plus spécifiquement, leur appartenance à un groupe de thérapeutes : « *alors si je reprends mon quotidien, parce que c'est la manière dont on travaille aussi ici, nous on propose deux types de setting...* » (syst1.15). Le « on » est un indicateur très important dans le discours des participantes, notamment, dans la partie 1 lorsqu'elles m'expliquent ce qu'elles font habituellement dans leur pratique. Mais l'appartenance au groupe de thérapeutes n'est pas la seule identification qui a été faite par mes participantes, l'appartenance au groupe des « femmes » a, elle aussi, été mise en évidence à plusieurs reprises, notamment lorsque leur statut était remis en cause par des patients hommes : « *ben clairement j'ai fait intervenir un autre thérapeute avec moi, un co-thérapeute homme, parce que moi, ma voix, n'était pas entendue vu que j'étais une femme, et pis donc on a plutôt discuté avec mon collègue, et pis c'était aussi un thérapeute, là, en l'occurrence, de culture musulmane...* » (tcc1.39). Ces exemples permettent, ainsi, de relever une chose importante qui est que, lorsque mes participantes parlent de ce qu'elles font dans leur pratique, ou donnent des exemples de situations cliniques, elles ne sont jamais seules dans leur discours.

La catégorie suivante, « le psychologue se perçoit comme un individu », relève que, parfois, le psychologue se perçoit simplement comme une personne avec ses émotions, sa personnalité, ses sensibilités, et ce de manière singulière. Il n'est alors plus seulement un psychologue ou membre d'une culture, mais simplement une personne avec ses propres opinions et faiblesses : « *alors bien sûr on voit pas les patients trois fois par semaine comme en psychanalyse ou voilà, mais pour faire du travail de fond, en tout cas moi, j'arrive pas à le faire en deux mois...* » (tcc2.87). On peut constater, ici, le fait que cette participante se distingue quelque peu des autres, et de leur pratique, pour se concentrer sur ce qu'elle fait elle-même, en tant que thérapeute certes, mais aussi, et surtout, en tant qu'individu, renvoyant ainsi à son activité individuelle. Cette catégorie correspond donc à un détachement avec toute appartenance quelle qu'elle soit, et met l'accent davantage sur l'individu en tant qu'il se perçoit comme tel.

Enfin, la dernière catégorie, « le psychologue se perçoit comme appartenant à une culture », renvoie explicitement à mes questions de recherche et à la place accordée à la culture du thérapeute dans sa pratique. Il me paraissait important d'investiguer si le thérapeute se rendait compte qu'il baigne lui aussi dans une culture qui peut être différente de celle du patient, ce qui peut entraîner des difficultés durant l'entretien : *« je suis franco-suisse donc j'ai un peu de ma culture qui est française du milieu agricole et, voilà, je sais que quand j'ai un patient qui a grandi là ben, ouais, je suis tout de suite plus ouverte et je comprends sa manière de voir les choses... »* (tcc2.47). Cet exemple nous démontre bien comment la culture du thérapeute, mais aussi celle du patient, peut jouer un rôle durant l'entretien, et c'est ce que j'ai tenté de relever au travers de ces différents discours.

Comment le psychologue perçoit le patient ?

Pour cette thématique, l'idée était d'identifier comme le psychologue conçoit le patient ou les patients, comment il le considère durant l'entretien, et les diverses influences pouvant aboutir à cela. Deux grandes catégories ont été relevées : « le psychologue perçoit le patient comme un individu » et « le psychologue perçoit le patient comme membre d'un groupe (familial / culturel) ».

Cette première catégorie, « le patient comme individu », renvoie à une conception du patient dans sa globalité, avec ses qualités, mais aussi avec ses défauts, sans le réduire à quoi que ce soit : *« au patient en reformulant un peu ce qu'il dit et en lui montrant que vous l'écoutez, tout simplement, (mmh) en ayant une attention particulière à l'état dans lequel il se sent, si une émotion monte, ben essayer de la nommer... »* (tcc1.17). Nous verrons que cette conception du patient peut être largement influencée par l'approche dans laquelle travaillent les différentes participantes.

Enfin, la dernière catégorie reflète une conception du patient, pour le psychologue, comme appartenant à un groupe qu'il soit familial ou culturel (il y a parfois un amalgame entre les deux comme nous le verrons). Il me paraissait intéressant d'explorer si ces différents éléments allaient émerger du discours de mes participantes et, plus précisément, concernant la culture, car cela renvoie directement à la problématique soulevée par mon travail. De plus, cette catégorie m'a aussi permis de mettre une évidence, dans le cas où le psychologue conçoit le patient comme appartenant à un groupe culturel, l'usage qu'il en fait (toutefois, l'un des prochains thèmes porte spécifiquement sur le rôle de la culture, comme nous le verrons ci-dessous). Là aussi, nous pourrions constater que l'approche, dans laquelle exercent les

participantes, peut avoir une influence sur la manière de percevoir le patient : *« ouais, elle est en retrait, elle est assez froide, ouais, et du coup, si je reste avec mes repères à moi, ça sert pas à grand chose et c'est là que mes- de savoir qu'elle vient du Vietnam et de savoir que l'expression des émotions est pas pareille m'a aidée à être plus empathique... »* (syst2.51).

Comment le psychologue définit la culture ?

L'idée, avec cette thématique, était d'identifier la définition que chacune donne de la culture, ce que c'est, ce que ça englobe, et comment elles en parlent. Comme nous avons déjà pu le constater précédemment, les définitions de la culture sont diverses et l'on peut se focaliser davantage sur certains aspects plutôt que sur d'autres. Nous verrons que, de manière générale, l'approche a une grande influence sur la définition qu'on donne de la culture. D'ailleurs, il m'était, parfois, difficile de distinguer le discours de chacune en tant que percevant la culture avec ses propres yeux ou en tant qu'elle la perçoit avec les yeux de l'approche. Trois catégories ont émergé ici : « la culture comme entité », « la culture comme adjectif » et « la définition de la culture en lien avec l'approche ».

La première de ces catégories, « culture comme entité », rend compte de « LA » culture comme quelque chose de très large, sans en fournir une définition très détaillée. Il s'agit, plutôt, de cette tendance à employer la culture comme un concept étant pourvu d'individualité. L'emploi fait par Tania* en montre un bel exemple : *« dans des cultures asiatiques, celles comme ça plus teintées de bouddhisme, etc., sont pas forcément là-dedans, ils sont dans quelque chose de plus méditatif, accepter l'instant présent, prendre plaisir enfin voilà, chaque culture a ses aspects positifs et ses aspects négatifs... »* (tcc1.69).

La « définition de la culture comme adjectif » renvoie, quant à elle, à la conception de la culture comme indistincte de l'individu, dans le sens où elle fait partie, à part entière, de la personne (du patient ou de la famille). Comme nous l'avons vu précédemment, l'individu baigne dans une ou plusieurs cultures dès sa naissance, et cela aura une influence sur son identité, ainsi que sur son comportement. Par conséquent, il s'agit d'une définition de la culture en tant qu'elle ne peut être isolée d'un individu : *« je crois que c'est d'essayer de comprendre, aussi, toujours les bonnes raisons qu'ont les gens de fonctionner de cette manière-là, et ils ont toujours des bonnes raisons, même de taper leurs enfants voilà... »* (syst1.37).

Enfin, la définition de la « culture comme étant liée à l'approche », renvoie davantage à un constat général, donc directement prélevé du discours de mes participantes, qui est que cette définition est retravaillée en fonction de l'approche exercée. J'ai longuement hésité à ne pas relever cette catégorie en tant que telle, mais à simplement en faire un constat lorsque j'analyserai cette thématique en fonction des approches. Néanmoins, cela est ressorti avec une telle vigueur des différents discours, que j'ai décidé de la prendre en compte comme catégorie. L'exemple suivant démontre bien cette imbrication entre approche et culture : *« et le comportement aussi oui, oui... par exemple, le fait de se dire- de tout le temps être dans la culpabilisation, de se dire « ah non je dois pas trop mal manger, je dois pas trop ci, etc. » dans un espèce d'auto-contrôle comme ça, je pense que c'est quelque chose qui est très culturel chez nous... »* (tcc1.69).

Quel est le rôle donné à la culture ?

Ce qui est pertinent, avec cette thématique, c'est qu'elle me permet de mettre en évidence, non plus seulement la définition que chacune donne de la culture, même si les propos sont parfois très complémentaires, mais surtout le rôle qu'elles attribuent à la culture, que ce soit dans l'entretien thérapeutique ou en lien avec l'individu de manière générale. Ainsi, deux catégories ont été identifiées : « la culture comme ressource » et la référence à la « culture psyché ».

Si l'on s'attarde tout d'abord sur la première catégorie, celle-ci renvoie à l'usage qui est fait de la culture dans l'entretien à proprement parler. En effet, la culture peut être identifiée comme une ressource dans l'entretien thérapeutique, ceci pour diverses raisons. Par exemple, comme levier thérapeutique afin de sortir d'une situation difficile, ou bien encore comme ressource afin de mieux appréhender le patient dans son ensemble. La citation suivante en est un bel exemple : *« oui je pense que la question de l'appartenance culturelle est à prendre en considération, mais il n'y a pas besoin d'être sénégalais pour devoir la prendre en considération je pense... bien que, parfois, c'est vrai qu'on oublie parce que c'est moins important dans certaines situations... »* (syst1.27).

Enfin, concernant le rôle de la « culture comme culture psyché », ceci renvoie au fait que la culture aurait tendance à transformer la psyché des individus : *« je ne me souviens plus exactement du terme, mais cette analogie entre le psychisme et la culture et donc qu'on ne peut pas confondre quelque chose de l'ordre du psychisme et de l'ordre du culturel mais il y a vraiment ce fonctionnement double, et puis on se constitue comme individu dans une culture*

donnée, on présente de la souffrance qui est culturellement codée... » (eth2.9). Il s'agit bien de la tendance à considérer la culture comme encastrée dans le psychisme et inversement, et non pas comme des concepts complètement détachés et sans relation l'un avec l'autre.

Quels sont les risques que perçoit le psychologue dans l'entretien en lien avec la culture ?

J'ai relevé ce thème-là afin de rendre compte des risques conscients que percevaient les participantes en entretien, mais aussi ceux auxquels elles ne pensaient pas. Si quelques-uns ont été mis en évidence par les participantes elles-mêmes, d'autres ont été relevés à la suite de mon questionnement. Les catégories mises en évidences sont les suivantes : les préjugés / stéréotypes / contre-transfert (culturel) / réduction du patient à la culture, que je réunirai ici sous « attitudes du thérapeute », « l'échec du travail thérapeutique » et « l'impact sur la relation thérapeutique ».

Concernant tout d'abord la première catégorie, j'ai pu relever les attitudes négatives que les participantes pouvaient avoir à l'égard du patient en tant qu'être d'une autre culture. Ces attitudes pouvant renvoyer à des préjugés, des stéréotypes, au contre-transfert culturel, mais aussi à la réduction de l'autre à sa culture. Il s'agit, en effet, de tout ce qu'elles identifient comme relevant directement de la culture de l'autre, et tout ce qui s'y rattache. Beaucoup d'exemples ont été rapportés par les participantes lorsque ce sujet a été abordé : « *on était toutes frappées à se dire que, suivant le message que la personne laisse sur le répondeur ou suivant quel accent, on se dit « ouf oh lala ça va être compliqué ou bien il a pas l'air motivé » voilà... » (tcc2.57).*

J'ai pu relever une deuxième catégorie qui concerne, cette fois, le risque relatif au travail thérapeutique. En effet, j'ai pu identifier que beaucoup considèrent la prise en compte ou pas de la culture comme un risque pour la réussite du travail thérapeutique, ceci pour diverses raisons que nous verrons. Toutefois, pour mieux appréhender la portée de cette catégorie, voici l'exemple tiré du discours de Tatiana* : « *ben je pense que ça serait de se faire une idée du patient avant qu'il nous donne les informations pour vraiment se faire une idée claire de la situation, donc ça influence vraiment notre regard sur l'analyse de la situation (mmh) et de, ouais, faire des raccourcis quoi nous emmènent pas au bon endroit... » (tcc2.59).*

Enfin, la dernière catégorie relevée du discours de mes participantes porte sur l'impact que la culture, de manière générale (par soucis de ne pas trop entrer ici dans les détails), peut avoir sur la relation thérapeutique. En effet, ce qui a été identifié est que, de prendre en compte ou

pas la culture en entretien thérapeutique, peut non seulement avoir une influence sur la réussite du travail thérapeutique, mais peut aussi avoir un impact sur la relation thérapeutique et la qualité de celle-ci. En d'autres termes, le patient se sentira davantage compris lorsque le professionnel prend en compte son appartenance et ses influences, et la qualité de la relation n'en sera que meilleure : « *mmh ben si je reprends ma patiente vietnamienne, oui ça influence dans le sens que, la relation que j'ai créée avec elle, ça peut être une patiente où on doit parler des émotions ou comme ça ouais... donc oui, ça va influencer...* » (syst2.71).

Quelles sont les ressources dont dispose le psychologue pour faire face à ces diverses difficultés en entretien ?

Cette thématique souligne un point important. Le psychologue, face aux difficultés engendrées par la dimension culturelle en entretien thérapeutique, qu'elles soient conscientes ou pas dans l'immédiat, peut faire appel à différentes ressources pour les dépasser. Mon intérêt portait surtout sur le type de ressource à disposition, et si elles étaient utilisées en référence à la culture. Deux grandes catégories sont ressorties du discours de mes participantes : d'une part « les ressources extérieures », c'est-à-dire autres que le psychologue lui-même et qui regroupent la co-thérapie, la supervision, et l'association Appartenance et, enfin, d'autre part, « le travail personnel » fait par le psychologue, qui renvoie, en d'autres termes, à ses propres ressources.

Concernant, tout d'abord, les « ressources extérieures », ce qui a été mis en évidence, dans plusieurs discours, est que les psychologues peuvent faire appel, à tout moment, à autrui, qu'il s'agisse du co-thérapeute, plus spécifique dans certaines approches comme nous le verrons, à la supervision avec un groupe de pairs, ou encore à Appartenance, ce qui a été relevé à plusieurs reprises. L'exemple suivant met relativement bien en évidence la place que ces ressources extérieures occupent dans la pratique du thérapeute. Par exemple : « *la chance de travailler en co-thérapie c'est que, en règle générale, il y en a en tout cas une pour penser à ça donc non... pis c'est vrai que notre approche est, je pense, quand même, même si c'est moins dit dans d'autres approches, ce sont quand même des notions qui sont extrêmement importantes...* » (syst1.21).

Néanmoins, il n'y a pas que les ressources extérieures qui ont été relevées. En effet, une grande majorité des participantes a mis en évidence les ressources personnelles. En d'autres termes, pour faire face à des difficultés pouvant être engendrées par la dimension culturelle, les participantes font appel à des ressources personnelles et effectuent un travail sur elles-

mêmes en vue de plus de tolérance et de connaissance de soi. L'exemple relevé du discours de Tania* permet de bien appréhender cette idée : « *donc si on arrive en disant que c'est mauvais ce qu'il fait, et qu'il a pas le droit ben, on peut pas faire ça avec nos référents culturels, on y arrive pas... donc faut se mettre un peu dans la logique de et voir comment cette culture nous permet de faire sortir de ça, et c'est quelque chose de vraiment pas évident à faire [...] donc il faut pouvoir mettre ce sentiment-là de côté pour essayer d'arriver à une solution qui permette d'aider le patient ...* » (tcc1.37). Même si l'objet à la source de ce travail personnel peut être extérieur, le travail à faire reste, tout de même, un travail interne de remise en question et d'ajustement.

Qu'est-ce qui a amené le psychologue à mener une réflexion autour de la thématique de la culture dans sa pratique ?

Enfin, le dernier thème mis en évidence dans ce travail, et non des moindres, concerne l'élément déclenchant ou comme étant à la base de l'intérêt et de la réflexion portée à la culture dans la pratique thérapeutique. Plusieurs catégories ont été relevées : « l'intérêt personnel », « la formation », « la pratique » ou encore « notre entretien ».

Concernant, tout d'abord, « l'intérêt personnel », de nombreuses participantes ont mentionné avoir un intérêt particulier pour la culture ou, du moins, ont pu mener une grande réflexion sur cette dimension dû au fait qu'elles étaient elles-mêmes migrantes ou issues de cultures très diverses : « *c'est vraiment moi qui me suis intéressée à la question de la culture et de la migration, puis j'ai cherché où je pouvais aller, avoir vraiment plus d'informations...* » (eth2.33).

« La formation » a, elle aussi, été identifiée comme étant à la source de la prise en compte de la culture dans leur pratique thérapeutique. Ceci, notamment, influencé par des personnages importants durant leur parcours.

« La pratique », elle aussi, a été relevée comme ayant été d'une grande importance dans la prise en compte de la culture dans la pratique. Dû au fait, notamment, que de plus en plus de patients sont issus de la migration et proviennent de cultures très différentes. Ceci démontre à quel point le patient, lui-même, peut avoir un impact sur la pratique thérapeutique, ainsi que sur le psychologue et ses représentations.

Enfin, la dernière catégorie relevée concerne « notre propre entretien » comme ayant amené le psychologue à entreprendre une réflexion sur la dimension culturelle dans sa pratique. Il me

tenait à cœur de savoir ce que les participantes avaient pensé de notre entretien. L'intérêt relevant aussi du point de vue méthodologique, comme nous l'avons déjà mentionné : « *c'est extrêmement intéressant parce que ça nous amène à nous poser des questions qu'on ne se pose pas, qu'on ne prend pas le temps des fois de se poser dans la pratique... je pense, notamment, à toute la question de la culture... c'est vrai que, j'ai envie de dire que des fois c'est des- on fait avec, je pense que c'est quelque chose que j'intègre à ma pratique mais qu'on prend parfois pas le temps de se questionner en retour, et que je risque d'avoir des résonances par la suite (rire)* » (syst1.69). Cette citation étant le prototype parfait de ce à quoi je voulais aboutir avec cette question.

Après avoir énoncé les thèmes et les catégories utilisés pour le codage de mes données, issus du discours de mes participantes mais aussi de mes questions de recherche, je vais, à présent, tenter d'explicitier ces thèmes en fonction des approches interviewées, c'est-à-dire comparer les approches entre elles, mais aussi en fonction des parties de notre entretien décrites dans la partie méthodologie.

5. RESULTATS

Comme mentionné précédemment, je vais tenter, ici, de mettre en évidence les principaux résultats découlant du discours de mes participantes, ceci en fonction des thèmes et des différentes parties de notre entretien. De plus, vous trouverez aussi un premier sous-chapitre portant, plus spécifiquement, sur la manière dont chacune des participantes a abordé la vignette clinique (premiers éléments mis en évidence, etc.). Ensuite, une mise en commun des résultats par approche sera effectuée à la fin de ce chapitre. Il est aussi important de mentionner que les participantes ont été renommées, ceci pour des raisons d'anonymat que nous avons déjà évoquées. Ainsi, les participantes TCC ont été renommées Tania* et Tatiana* (respectivement tcc1 et tcc2 dans le tableau d'analyse). Les participantes systémiques ont été renommées Stéphanie * et Sylvie* (respectivement syst1 et syst2 dans le tableau d'analyse). Et enfin, les participantes ethnopsychiatres ont été renommées Eliana* et Elisabeth* (respectivement eth1 et eth2 dans le tableau d'analyse).

De plus, pour chacune des participantes, vous trouverez, en annexe, un tableau croisé dynamique (Annexe F) qui vous donnera les chiffres correspondant au nombre de fois que chaque catégorie est apparue au cours de notre entretien, et ceci par partie. Je vous invite donc à aller consulter ces chiffres lorsque je cite un tableau. Toutefois, relatif à ce qui a été annoncé précédemment, les chiffres figurant dans ces tableaux sont plus particulièrement pertinents,

d'un point de vue méthodologique, pour la partie 1 et 2 car ils renvoient à un discours spontané. En partie 3, étant donné que la discussion était orientée autour de la thématique de la culture, les chiffres ne sont plus représentatifs du discours délibéré de mes participantes, mais restent intéressants pour suivre le cheminement des thématiques abordées.

5.1 Le psychologue et la vignette

Comme mentionné ci-dessus, je me suis intéressée, tout d'abord, à la manière dont chacune des participantes a abordé la vignette clinique de prime abord. Plus précisément, il me paraissait important de relever si la dimension culturelle était prise en compte ou pas dans une première approche de la vignette.

Ainsi, concernant tout d'abord Tania *, participante TCC, celle-ci met, dans un premier temps, l'accent sur la démarche, et se cible davantage sur le patient et sa mère, leur ressenti, et ce qui les amène en thérapie. Elle semble ainsi détecter un état dépressif chez Bruce et aurait tendance à orienter son premier ainsi qu'un hypothétique deuxième entretien sur cet état : *« ben on essaierait de bien délimiter cet état dépressif, de voir, ben parce qu'on est dans une approche TCC hein, ben quelles sont les idées qui tournent autour [...] parallèlement de travailler sur ses schémas, de travailler sur son histoire, de travailler sur ses pensées... »* (tcc1.11). Je pense qu'il est intéressant de relever que sa démarche semble parfaitement calquée sur la démarche TCC que nous avons pu relever dans le sous-chapitre concernant cette approche. Puis, après avoir discuté plus longuement avec cette participante, celle-ci a finalement mentionné l'aspect culturel comme étant aussi important à investiguer, ceci, sans que je n'y fasse allusion moi-même. Cet aspect semble apporter davantage de compréhension au symptôme : *« ben voilà donc ses parents comprennent pas l'abattement, ils lui conseillent de se reprendre en main, ils disent que ça se fait pas de rester à la maison sans rien faire, etc., donc de voir si ça appartient à la culture familiale ou à la culture du pays, si son échec est relaté, est-ce qu'il a ce besoin de réussir absolument parce qu'il vient d'ailleurs ? »* (tcc1.15). La dimension culturelle apparaît ainsi comme importante à investiguer afin de mieux comprendre le patient et son symptôme. Toutefois, elle apparaît comme telle, aux yeux de cette participante, si la situation semble teintée culturellement, ce qui est le cas, ici, pour elle.

En ce qui concerne à présent sa « collègue », Tatiana*, à nouveau, celle-ci semble se focaliser davantage sur le patient et son ressenti, sur ce qui l'amène, et sur un potentiel état dépressif qui semble se dessiner. En d'autres termes, elle mène une investigation quant aux symptômes

présents. Nous pouvons relever que son discours reste, de prime abord, très similaire à celui de Tania*. De plus, cette participante soulève aussi l'implication des parents dans les symptômes dépressifs du patient. Elle fait, en outre, implicitement référence à une dimension englobant la famille et le patient mais sans toutefois faire référence explicitement à la culture : *« là, ils lui conseillent de se reprendre en main au plus vite, les gens qui ont l'impression qu'il faut un bon coup de pied pour que ça aille mieux, et puis de pouvoir un peu expliquer que c'est normal qu'il ait ces symptômes-là... »* (tcc2.5). Ainsi, si la dimension culturelle n'est pas explicitement mentionnée, Tatiana* fait, néanmoins, beaucoup de liens avec la famille et l'éducation reçue. Nous pouvons donc constater que cette participante, à nouveau, semble rester très proche d'une démarche d'investigation propre à la TCC, comme nous avons déjà pu le relever, mais elle semble aussi rajouter de nouvelles dimensions pouvant avoir un impact sur le symptôme et sa compréhension. D'ailleurs, comme nous le verrons dans les pages suivantes, cette participante indiquera que ce à quoi elle faisait allusion dans cette première partie, mais sans la nommer ainsi, est la dimension culturelle.

Concernant à présent la deuxième approche de ce travail, l'approche systémique, nous pouvons constater avec Stéphanie*, que celle-ci semble mettre l'accent, dans un premier temps, sur la démarche et le dispositif (qui vient en thérapie et pourquoi, présentations, thérapies antérieures, etc.) ainsi que sur les symptômes expliquant la venue de cette famille en thérapie (sa démarche prenant immédiatement en compte la famille et non pas uniquement le « patient désigné »). Puis très vite, elle fait aussi référence à la dimension culturelle, mais davantage en lien avec l'entretien, et ce que cela peut signifier que de voir un thérapeute dans leur culture. De ce fait, l'accent semble moins mis sur l'individu seul et son symptôme, contrairement aux deux précédentes participantes, mais semble davantage mis sur la famille, son réseau, et les ressources à disposition de celle-ci. Cependant, au fil de son discours, elle va intégrer à son investigation, non seulement les diverses représentations relatives aux thérapeutes, mais aussi relatives à la maladie, ceci afin de mieux comprendre la famille ainsi que le symptôme apporté par celle-ci : *« dans un premier temps, au-delà de tout simplement la représentation de qu'est-ce qu'un thérapeute, psychothérapeute pour eux, ça serait, en effet, une des choses à prendre en considération... et puis, au-delà du thérapeute, qu'est-ce que ça veut dire aussi de perdre son emploi, que de ne plus pouvoir travailler, que d'être déprimé, comment est vue une difficulté psychique au Sénégal... »* (syst1.11). Ainsi, si cette participante semblait, dans un premier temps, s'intéresser davantage au dispositif à mettre en place, à sa démarche ainsi qu'à l'investigation du ou des symptômes présents, la dimension

culturelle apparaît comme étant aussi importante à investiguer car elle va apporter un niveau supplémentaire à la compréhension de la famille et de son symptôme. Ces propos semblent concorder avec les observations tirées de la littérature quant à l'évolution de cette approche envers la prise en compte de la dimension culturelle.

Concernant à présent sa « collègue », Sylvie*, celle-ci, dans un premier temps, semble investiguer le problème, ce qui amène la famille à consulter, et cherche à connaître les attentes de chacun. Elle met aussi clairement l'accent sur la présentation du dispositif et de la démarche. Ensuite, elle met très vite en évidence la nécessité de questionner l'aspect migratoire relatif à la famille et à la démarche de faire appel à un psychologue : « *donc la psychiatrie c'est un peu des fois le dernier recours donc on peut voir si ils ont eu l'occasion et sinon, qu'est-ce qu'ils mettent derrière, les forces et les freins de la famille plus élargie, et de voir ce que eux ils en pensent par rapport à cette consultation, si ils sont au courant...* » (syst2.5). Il est important de noter que cette participante a très souvent utilisé le terme de migration plutôt que de culture, ce qui m'a amenée, au cours de notre entretien, à la questionner sur ces deux termes. Comme nous le verrons, les deux termes sont employés de manière très similaire par cette participante laissant transparaître, peut-être, une légère confusion. Ainsi, à nouveau, comme la participante précédente, celle-ci se focalise, dans un premier temps, sur la famille, le problème, les attentes, ainsi que sur les objectifs à atteindre, puis semble prendre en compte la dimension culturelle, mais sans pour autant la nommer ainsi. En effet, elle semble prendre en considération l'influence des représentations, des systèmes symboliques de la famille nucléaire, mais aussi élargie, sur la compréhension du problème amené à la consultation. Il est ainsi nécessaire d'avoir une idée du contexte dans lequel se trouve la famille.

Finalement, en ce qui concerne notre dernière approche, l'ethnopsychiatrie, la démarche est tout autre. La culture étant présente dès les premières paroles de ces participantes. Si l'on s'intéresse tout d'abord à Eliana*, celle-ci questionne très vite les étiologies traditionnelles provenant du monde culturel du patient : que signifie cela au Sénégal ? Comment voit-on et comprend-on ce problème au Sénégal ? La culture est ainsi très présente tant dans la compréhension du patient que de son problème, mais aussi dans le dispositif. Tout ceci expliqué par le fait que, comme le rappelle cette participante, en ethnopsychiatrie, il est considéré que : « *la manière dont on exprime nos difficultés est culturellement construite (d'accord) raison pour laquelle ce setting est fabriqué de cette manière...* » (eth1.7). L'idée étant, qu'au travers du dispositif particulier employé en ethnopsychiatrie, et que nous avons

déjà explicité au sous-chapitre 2.1, les étiologies des uns et des autres viennent s'entrechoquer dans l'espace créé pour cela, et que le patient en retire l'information qu'il considère importante pour comprendre ce qui lui arrive.

Enfin, concernant notre dernière participante, Elisabeth*, la vignette clinique lui a permis, dans un premier temps, de m'expliquer en détail la démarche ethnopsychiatrique, ce qui n'était pas tant l'exercice demandé mais qui m'a tout de même permis de saisir toute l'étendue d'une telle démarche. Il s'agit ensuite, pour elle, d'investiguer la raison qui amène le patient et sa mère à venir consulter en ethnopsychiatrie et de détecter la part de culturel qui se trouve en arrière fond. Les étiologies traditionnelles vont alors être questionnées, tant celles du patient que celles des thérapeutes présents. Ce partage permettra, ensuite, de formuler des hypothèses. L'investigation portera donc sur le patient, sa famille, son problème, en tant qu'il est inscrit dans une culture : *« comment on conçoit l'individu dans ses appartenances, et on ne pense pas que la souffrance est intrapsychique ou cognitive, on ne traite pas l'intérieur de l'individu mais ses différentes appartenances, et on mobilise le groupe familial ou social pour qu'ils bougent autour de ce patient... »* (eth2.5). A nouveau, les propos de cette participante et de sa collègue sont très proches, et leur démarche apparaît comme incroyablement similaire. La culture est très présente, tant dans la compréhension de l'autre, de son problème, que dans le dispositif. Elle apparaît ainsi comme indissociable de l'individu et de l'expression de son problème. Toutefois, comme elles le mentionneront, et qui sera discuter plus en avant, tout n'est pas toujours culturel.

Pour conclure ce sous-chapitre, il est encore intéressant de relever que toutes les participantes ont relativement bien joué le jeu de la méthode du sosie. Néanmoins, il était difficile pour certaines de réellement dépasser la simple description de leur activité car il est nécessaire alors, d'entreprendre un travail important de réflexion pour pouvoir rendre leur activité réellement compréhensible au « sosie », en l'occurrence moi.

Intéressons-nous, à présent, aux résultats obtenus pour chacune des participantes en fonction des thèmes et des parties relevés précédemment.

5.2 Thérapies cognitivo-comportementales

Commençons par l'approche cognitivo-comportementale. Deux participantes ont été interviewées, renommées, pour rappel, Tania* et Tatiana*.

5.2.1 Tania*

Concernant le premier thème mis en évidence au chapitre précédent, Tania* s'est beaucoup identifiée au groupe de thérapeutes dans la première partie de l'entretien. Le « on » était présent à plusieurs reprises comme marquant son appartenance à son « collectif de travail ». Toutefois, elle semblait davantage employer ce terme lorsqu'il s'agissait de confirmer ses dires en lien avec l'activité réalisée, comme le démontre cet exemple : « *généralement c'est ce qu'on fait au premier entretien...* » (tcc1.7). Ces propos comme témoignant le fait que c'est bien ce que fait habituellement le collectif. Toutefois, lorsqu'elle m'a explicité sa pratique habituelle, après la première consigne, son discours m'a paru refléter son activité individuelle, mais aussi une part du réel de son activité, entamant ainsi une réflexion autour de sa pratique, car elle a opéré d'elle-même un détachement avec le groupe de thérapeutes : « *enfin moi, personnellement, j'ai pas des entretiens très dirigés au premier entretien...* » (tcc1.7). Cette tendance semble persister tout au long de notre entretien comme le démontrent les chiffres présents dans le tableau 1a (Annexe F.1). Néanmoins, la partie 2¹³ a quelque peu déstabilisé cette participante. En effet, lorsque je l'ai confrontée au discours du collectif, divergent du sien, elle a semblé faire appel à certaines stratégies afin de tempérer les dires des uns et des autres, car il lui semblait difficile de concevoir un détachement net avec son groupe d'appartenance. Elle a, entre autre, mis en évidence le fait que l'étape dans laquelle se situe le thérapeute, dans sa formation professionnelle, pouvait avoir une incidence sur l'activité réalisée. Les jeunes thérapeutes seraient ainsi davantage focalisés sur les techniques. De plus, un autre point qui me paraît important, en lien avec la perception que le psychologue a de lui-même, est le fait que cette participante a aussi fait référence à son appartenance à un groupe de femmes. Ce qui est intéressant est que cette identification a été faite, notamment, pour expliquer des difficultés auxquelles elle a été confrontée au cours de son activité, toujours en lien avec la culture. Enfin, un dernier élément essentiel à relever est le fait que la participante n'a pas mentionné sa propre culture dans les parties 1 et 2. Néanmoins, elle l'a abordée d'elle-même en partie 3 avant que je ne lui pose explicitement la question : « *ben on peut pas faire ça avec nos référents culturels, on y arrive pas... donc faut se mettre un peu dans la logique de et voir comment cette culture nous permet de faire sortir de ça...* » (tcc1.37). Ici, les référents culturels semblent être abordés, par cette participante, comme une difficulté et non

¹³ Pour rappel, cette partie consiste à contredire les propos des participantes, relevés en partie 1, quant à l'investigation de la dimension culturelle. Si elle l'a mentionné en partie 1, il s'agit alors de rétorquer que les thérapeutes de son approche considèrent cette dimension comme peu importante et inversement.

pas comme une ressource. Malgré cela, son discours a mis en évidence le fait qu'elle prenait bien en compte sa propre culture dans les entretiens thérapeutiques. Lorsque je le lui ai explicitement demandé, elle m'a répondu par l'affirmative en confirmant que cet aspect-là était important pour elle afin d'éviter un jugement à l'encontre de l'autre.

En ce qui concerne cet « autre », il est intéressant d'observer le cheminement du discours de Tania* tout au long de la partie 1. Si dans un premier temps, le patient est considéré comme un individu avec sa souffrance, sa demande, son parcours, etc., par la suite, elle intègre le patient dans un groupe familial en prenant en compte les aspects culturels qui sont, selon elle, importants : *« voilà après ben, ouais, il y a aussi l'autre problématique qui est avec les parents, comment ça se passe à domicile, l'aspect culturel aussi qui est important (mmh) de voir, par exemple, si lui il est en conflit de loyauté... »* (tcc1.13). Cette tendance semble persister tout au long de notre entretien comme le démontre le tableau 1b (Annexe F.1). Toutefois, il est intéressant d'observer que si elle paraît sûre d'elle en partie 1 et 3, son discours a quelque peu divagué en partie 2 où elle a semblé beaucoup plus modérée : *« mais, finalement, le patient est un individu donc on va pas non plus le réduire à sa culture (mmh) donc on va interroger un peu ces aspects-là mais c'est pas plus important que ça, on va pas stigmatiser, réduire à la culture, mettre ça en exergue par rapport à la problématique de la personne... »* (tcc1.23). Ce qu'elle fait habituellement semble donc être quelque peu en conflit avec ce que fait ou pas le collectif, et elle semble opérer un retour à la conception du patient comme un individu « avec un problème », très spécifique de l'approche TCC, et qui semble la rassurer. Néanmoins, comme elle l'affirme par la suite, elle n'a jamais entendu de tels propos provenant de son « collectif de travail ». Enfin, un point intéressant qui a été soulevé par la participante est que, malgré l'importance pour elle de prendre en compte la culture du patient, il ne s'agit en aucun cas de le réduire à cela.

Si l'on se focalise, à présent, sur la culture à proprement parler, la définition de celle-ci a surtout été abordée dans la partie 3 car la question y a été posée explicitement. Plus précisément, suite à cette question, la participante a tout d'abord défini la culture comme entité puis comme étant inséparable de l'individu au sens qu'elle influence qui nous sommes, nos comportements, ainsi que nos manières de penser : *« donc c'est tout ce qui est influencé par cet état-là, pis après on est aussi dans une culture qui appartient à notre famille, au milieu dans lequel on a grandi, qui va conditionner, finalement, nos valeurs, qui va conditionner, sans doute aussi, nos moyens de protections, ce qui nous semble juste ou faux, etc., et pis de manière de penser... »* (tcc1.67). Cette tendance à considérer la culture comme

indistincte de l'individu est très présente tout au long de notre entretien. De plus, ce qui se dessine aussi au travers de cette citation est le fait que la définition de la culture semble être relativement associée à l'approche. En effet, elle apparaît comme retravaillée en fonction de l'approche théorique. La dimension culturelle étant ainsi reliée aux pensées et aux comportements. Comme nous le verrons, cette tendance sera très présente chez d'autres participantes.

Davantage en lien avec le fait que la culture est considérée comme indistincte de l'individu et comme ayant une influence sur qui nous sommes, celle-ci est, dans une continuité logique, considérée par la participante comme une ressource dans l'entretien thérapeutique : « *donc faut se mettre un peu dans la logique de et voir comment cette culture nous permet de faire sortir de ça, et c'est quelque chose de vraiment pas évident à faire parce que pour nous c'est juste révoltant, donc il faut pouvoir mettre ce sentiment-là de côté pour essayer d'arriver à une solution qui permette d'aider le patient...* » (tcc1.37). Il paraît ainsi nécessaire de prendre connaissance de la culture de l'autre afin de le guider au mieux dans son problème.

Toutefois, au travers de cette même citation, la participante a aussi abordé la part de difficultés engendrées par la dimension culturelle en entretien thérapeutique. Cette thématique, ainsi que les deux suivantes, ont été plus spécifiquement abordées dans la partie 3. Ainsi, les attitudes du thérapeute ont été mentionnées à plusieurs reprises par la participante, les stéréotypes et les préjugés ayant été particulièrement présents dans son discours. Ce qui m'a particulièrement frappée est le fait qu'elle semblait démontrer une pleine conscience de leur présence en entretien, comme le révèle l'exemple suivant : « *ah ben des préjugés on en a tout le temps ouais... enfin, on voit bien ça au cours, on est à la base raciste et jugeant, et ça fait partie de notre manière d'être en tant qu'être humain... on va très vite stéréotyper, on va très vite cataloguer les gens, etc... et pis ben, ce qui est important, c'est de se rendre compte qu'on est là-dedans...* » (tcc1.47). Plutôt que de tenter de lutter contre ce qui est inéluctable, il s'agit plutôt d'en prendre conscience et de l'utiliser. De plus, un élément important souligné par la participante est le fait que, parfois, ces attitudes peuvent survenir bien avant la rencontre physique avec le patient, c'est-à-dire au moment du contact téléphonique. Il s'agit, là aussi, d'en prendre conscience suffisamment tôt. En plus de tout cela, la notion de contre-transfert culturel, introduite par moi, a aussi été discutée, celle-ci pouvant être considérée à son tour comme une difficulté. La participante, qui ne connaissait pas ce terme, l'a trouvé très intéressant (il définissait relativement bien ce qui avait été dit précédemment autour des attitudes du thérapeute à l'encontre de la culture de l'autre) et m'a affirmé pouvoir le réutiliser

sans problèmes. Enfin, la relation ainsi que le travail thérapeutique ont aussi été relevés comme pouvant être mis à mal par la dimension culturelle qu'elle soit prise en compte ou pas.

Pour faire face à tout cela, la participante a mentionné plusieurs ressources à sa disposition telles que la supervision, qui est, selon elle, primordiale, ou encore le travail personnel, tous deux permettant de mieux se connaître soi-même et de mieux se rendre compte de l'impact que peut avoir l'autre, comme alter, sur soi. Bien entendu, si tout cela ne suffit pas, il reste toujours la possibilité de faire appel à l'association Appartenance, comme elle nous le révèle, ou encore à un co-thérapeute qui peut être d'un grand secours.

Enfin, concernant la dernière thématique à savoir, ce qui a amené la participante à mener une réflexion autour de la dimension culturelle dans sa pratique professionnelle, celle-ci a surtout rapporté l'importance de la pratique. Même si le thème de la culture a été abordé dans sa formation, ce sont surtout ses expériences et ses rencontres avec des gens d'autres horizons qui l'ont amenée à considérer cette dimension dans le champ de sa pratique : *« je pense que, d'une manière ou d'une autre, c'est l'expérience que j'ai vécue avec différents patients... quand je lis une vignette comme ça, j'ai plusieurs autres patients qui me viennent en tête donc je pense que c'est ces habitudes-là... »* (tcc1.33). Finalement, concernant notre propre entretien, et à savoir si celui-ci lui a permis de mener une réflexion différente sur son activité, il apparaît qu'il lui a surtout permis, non pas de se rendre compte de ce qu'elle ne faisait pas, mais bien de confirmer l'importance de ce qu'elle faisait déjà.

Nous allons, à présent, observer ce qui a été dit par sa « collègue ».

5.2.2 Tatiana*

Tout comme Tania*, Tatiana* a beaucoup fait appel au collectif dans la première partie de notre entretien, tout comme dans les autres parties d'ailleurs. A nouveau, cet appel au groupe semble la rassurer vis-à-vis de son activité individuelle. Mais, étonnement, cette participante s'est aussi énormément exprimée en « je » contrairement à sa « collègue » : *« enfin, il a 26 ans, pour que l'envie d'un suivi vienne de lui, donc démarrer un bon suivi c'est mieux que lui prenne contact, donc c'est la première chose que j'aurais envie de suggérer... après donc, voilà, si Bruce vient et se présente en entretien, ce que je regarderais avec lui... enfin, j'imagine que pour beaucoup de thérapeutes c'est comme ça... »* (tcc2.5). Elle se perçoit comme un individu, notamment, lorsqu'elle parle de ses émotions ou de sa personnalité, comme l'illustre remarquablement bien la citation suivante : *« je suis pas à l'aise avec cette*

idée parce que j'aurais pas envie que vous soyez moi en fait, parce que vous avez votre personnalité à vous, et puis je pense que si vous deviez être moi, vous seriez pas aussi bonne thérapeute que si vous étiez vous donc... » (tcc2.17). Elle remet, ici, en cause la consigne donnée en partie 1. Même si elle est une thérapeute, qui fait partie d'un collectif de travail, elle est avant tout un individu, avec son propre style, ce qui rend chacun différent, comme elle l'affirmera par la suite. Ses propos laisseraient donc sous-entendre que, malgré le fait de faire partie d'un groupe de travailleurs, produisant la même activité, ou du moins ayant les mêmes objectifs de travail, chacun est différent et peut employer divers moyens pour les atteindre. Néanmoins, comme nous le verrons, la partie 2 viendra quelque peu ébranler la conception qu'elle a de sa pratique. En effet, cette participante n'a pas fait explicitement mention à la culture en partie 1, par conséquent, lorsque je l'ai confrontée aux dires d'« autres thérapeutes », celle-ci s'est très vite appropriée le discours collectif pour le faire sien. A ce moment-là, elle a opéré un rapprochement avec le groupe des thérapeutes TCC, notamment en défendant son approche et en faisant sienne une part de l'activité de ces autres. Toutefois, je ne saurais dire si ce résultat est dû à un réel oubli de la part de ma participante, vis-à-vis de la prise en compte de la culture, ou à une mauvaise compréhension de ma part en partie 1. De plus, un autre point encore qu'il me paraît intéressant de souligner est le fait que Tatiana* utilise la même stratégie que sa « collègue » pour expliquer les différences entre thérapeutes en TCC à savoir, le lieu ou encore le niveau de formation. Enfin, comme chez la participante précédente, la mention à sa propre culture n'apparaît qu'en troisième partie. Elle y fait consciemment attention lorsque la culture du patient vient faire écho avec la sienne : *« je suis franco-suisse donc j'ai un peu de ma culture qui est française du milieu agricole et, voilà, je sais que quand j'ai un patient qui a grandi là ben, ouais, je suis tout de suite plus ouverte et je comprends sa manière de voir les choses... »* (tcc2.47). On constate, ici, que sa propre culture, lorsqu'elle est partagée avec le patient, lui permet de mieux comprendre ce dernier. Néanmoins, peut-on entrevoir un risque au niveau des processus thérapeutiques lorsque patient et thérapeute ne partagent pas la même culture ? De plus, il est important de souligner que c'est surtout la culture de l'autre qui a été mise en évidence à plusieurs reprises dans son discours, et moins ses propres appartenances.

Concernant plus précisément cet « autre », la participante a davantage considéré le patient, en partie 1, comme un individu, avec son moral, son comportement, ses propres représentations, et son symptôme. Même si elle prend en considération sa famille, c'est surtout sur le patient en tant qu'individu qu'est focalisée son intervention : *« ouais... disons qu'en priorité,*

vraiment, je regarderais au niveau du moral, l'anxiété, s'intéresser aux symptômes pour bien comprendre la situation, et puis l'aider quand même dans ses symptômes, si c'est l'anxiété, voir comment il peut gérer ça, et ensuite j'irais un peu plus loin... » (tcc2.7). De plus, comme mentionné précédemment, la participante n'a pas fait allusion, ou du moins pas explicitement, à la culture du patient en partie 1. Il est alors intéressant de constater l'évolution de son discours à partir du deuxième temps de notre entretien. Sans vouloir répéter ce qui a déjà été dit ci-dessus, la participante a repris, à ce moment-là, le discours du collectif pour le faire sien. Ainsi, elle affirme prendre en compte la dimension culturelle dans sa pratique, notamment parce que celle-ci influence le patient et sa manière d'être. Plus encore, elle utilise une stratégie intéressante afin de confirmer qu'elle utilise bien cette dimension en entretien. Il s'agit de relier la culture du patient à sa conception de celui-ci comme individu : *« puis bien sûr que des fois il fallait aussi s'adapter à la culture, mais ces aspects-là étaient un petit moins présents que une fois qu'on travaille en cabinet, ben on est obligé de faire attention à ça parce qu'on traite la personne dans sa globalité donc... » (tcc2.29).* Ainsi, percevoir le patient comme un individu renverrait à le considérer dans sa globalité, avec, en outre, la dimension culturelle, et non à l'extraire de ses appartenances. Cette tendance semble se confirmer par la suite.

Concernant à présent la culture à proprement parler, la participante l'a définie comme étant indistincte du patient, celle-ci venant alors influencer ses représentations et interprétations : *« ça a dû imprégner sa façon d'interpréter ce qui s'est passé lorsqu'il s'est fait licencié... c'est encore cette idée qu'il s'est construit, certainement, une façon d'imaginer des choses, d'interpréter des choses... » (tcc2.21).* La culture aurait, en d'autres termes, une influence au niveau du psychisme. A nouveau, ce qu'il est intéressant de relever, ici, et que l'on a déjà pu constater chez Tania*, c'est le fait que la culture semble être associée à l'approche ou, plus précisément, semble être retravaillée en fonction de celle-ci. La participante relie ainsi la culture aux schémas de pensée, aux représentations, ainsi qu'à l'interprétation du monde, qui sont des notions très présentes en TCC. Elle a aussi fait mention à la culture en tant qu'entité, plus précisément, lorsqu'elle se référait à la place de celle-ci dans l'entretien thérapeutique.

En considérant tout ce qui vient d'être évoqué, et comme dans une suite logique, la participante, tout comme sa collègue, semble concevoir la dimension culturelle comme une ressource dans l'entretien thérapeutique. Celle-ci permet de mieux comprendre le patient et de ne pas se tromper dans l'interprétation de son comportement, comme le démontre la citation suivante : *« ouais, par exemple, j'avais une patiente portugaise pis, là, on discutait en*

interview avec une collègue qui connaît bien le milieu portugais, et ça m'a aussi aidée à mieux comprendre comment ça fonctionnait, que ça fonctionnait comme ça un peu dans toutes les familles portugaises, et pis que c'était pas forcément quelque chose à changer... » (tcc2.49). Ainsi, ce qui peut être un problème pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre en fonction de ses référents culturels. Il est alors important de garder cette notion en tête.

Concernant les thématiques suivantes, celles-ci ont été essentiellement abordées dans la partie 3. Si l'on s'intéresse, tout d'abord, aux risques que perçoit la psychologue en prenant en compte ou pas la culture durant l'entretien, les préjugés à l'égard du patient ont été mentionnés à plusieurs reprises : *« mais même au téléphone quand les patients appellent et où là, avec un accent ou une façon de parler, une façon de- oui on a des idées, des préconçus comme ça qui viennent en tête et auxquels il faut faire attention parce que, ouais, on est pas-enfin on classifie assez vite les gens, on se fait vite des idées, et voilà... »* (tcc2.55). Outre cet exemple, cette participante m'a aussi rapporté une situation particulièrement marquante pour elle, à savoir la rencontre avec une femme de religion musulmane. Si je relève cela, c'est notamment pour faire le lien avec l'identification au groupe de femmes qu'elle a fait à ce moment-là, mais aussi parce qu'elle n'est pas la seule à en faire mention comme nous le verrons par la suite. Si je referme cette parenthèse, cette participante, tout comme la précédente, a mis en évidence le fait que les préjugés étaient inévitables et qu'ils pouvaient apparaître bien avant le premier contact physique avec le patient. Par conséquent, il s'agit de s'en rendre compte suffisamment tôt et de les travailler car ils peuvent avoir un impact sur l'issue du travail thérapeutique. La ressource, considérée par la participante comme essentielle pour faire face à ces difficultés, est alors la supervision qui permet de ramener ces préjugés au niveau conscient et d'entreprendre un travail de fond sur ceux-ci, mais aussi sur soi. De plus, tout comme mentionné par Tania*, il y a aussi la possibilité de faire appel à Appartenance si besoin est. Enfin, concernant la notion de contre-transfert culturel, elle n'était pas non plus connue de cette participante. Toutefois, après lui en avoir donné une définition, Tatiana* a initié un rapprochement entre cette notion et le discours qu'elle avait tenu relatif aux attitudes du psychologue pendant l'entretien thérapeutique.

Finalement, en ce qui concerne notre dernière thématique, à savoir ce qui a permis à la participante d'entreprendre une réflexion autour de la dimension culturelle, celle-ci m'a explicité, tout comme sa collègue, l'importance de la pratique et de ses diverses expériences : *« mmh je pense qu'elle a influencé, et puis mes patients aussi m'ont beaucoup influencée... ouais sur mon regard... quand je suis arrivée en cabinet, j'ai vraiment dû apprendre une*

nouvelle façon de travailler... » (tcc2.33). Selon elle, il est important de prendre en compte la culture dans l'entretien thérapeutique car on ne peut arriver à un travail de fond avec le patient sans le considérer dans sa globalité. Ce qui est pertinent encore, c'est qu'à la fin de notre entretien, elle a fortement rattaché son activité individuelle et celle du collectif. Ainsi, les thérapeutes de « nouvelle génération » agissent tous comme elle l'a décrit, contrairement aux anciens thérapeutes TCC qui ne prennent pas la dimension culturelle en compte. Cela renvoie, peut-être, à l'envie de donner une bonne image de son approche. D'ailleurs sa « collègue » avait tenu des propos très similaires. Enfin, quant à savoir l'impact qu'a eu notre entretien sur sa démarche réflexive autour de la thématique de la culture, la participante semble avoir pris davantage conscience de son activité individuelle, ainsi que d'une part du réel de l'activité car elle a pu observer sa propre pratique avec un autre regard, notamment en lien avec ce qu'elle fait, habituellement ou pas, avec cette dimension : *« mais je trouvais vraiment riche et intéressant de partir à partir de cette vignette et de voir [...] je pense que c'est super comme recherche de se dire « ok on donne ça au thérapeute et est-ce qu'il s'arrête là-dessus ou pas » »* (tcc2.95). La culture apparaît alors comme étant prise en compte dans sa pratique mais sans qu'elle n'y ait réellement pris le temps d'y réfléchir auparavant.

5.2.3 Conclusion

Mes deux participantes TCC m'ont donc permis de mettre en évidence plusieurs choses. Tout d'abord, la méthodologie a eu l'effet escompté. En effet, si dans un premier temps, les participantes m'ont détaillé leur activité habituelle, en se référant davantage à leur activité en tant qu'étant individuelle, elles ont aussi fait énormément appel au « groupe de thérapeutes » comme pour venir les rassurer et confirmer leur appartenance à un collectif. Par la suite, les propos divergents, relatés en partie 2, sont venus perturber leur discours. En effet, pour l'une, il y a eu une appropriation des propos du collectif, ceci par rapport à la place de la culture en entretien qui n'avait pas été mentionnée précédemment. Pour l'autre, il y a eu une modération des propos afin de ne pas trop s'écarter du collectif. La fin de l'entretien leur a finalement permis de confirmer l'importance de la dimension culturelle dans la rencontre avec le patient, même si comme observé, la mention à leur propre culture n'est apparue que bien plus tard. Quant au patient, nous avons pu constater que l'approche avait une réelle influence sur la manière de le percevoir et de percevoir la culture. En effet, s'il a été considéré avant tout comme un individu, la dimension culturelle s'est révélée comme faisant entièrement partie de lui, celle-ci venant influencer ses pensées et ses comportements. Ainsi, toutes deux ont considéré cette dimension comme étant une ressource dans l'entretien afin de mieux

appréhender l'individu dans sa globalité. Toutefois, il est nécessaire de faire attention à certaines attitudes du thérapeute telles que, les préjugés, ou le contre-transfert culturel, car elles peuvent avoir un impact sur le travail ainsi que sur la relation thérapeutique, comme l'ont démontrés les nombreux exemples. Les thérapeutes reconnaissent, par conséquent, la place importante que prennent la supervision et le travail personnel, car ils permettent de mieux se connaître soi-même et de rendre conscientes les attitudes négatives que l'on peut avoir. La possibilité de faire appel à des ressources extérieures, telles qu'Appartenance ou un co-thérapeute, a aussi été rapportée. Finalement, pour ces deux participantes, ce qui leur a permis de mener une réflexion sur la culture est avant tout leur expérience et les nombreux patients rencontrés. Cependant, notre entretien semble aussi avoir apporté sa contribution.

Intéressons-nous, à présent, à une autre approche à savoir, la thérapie familiale systémique, dont les deux participantes ont été renommées, pour rappel, Stéphanie* et Sylvie*.

5.3 Thérapies familiales systémiques

5.3.1 Stéphanie*

Dans la première partie de notre entretien, cette participante m'a explicité son activité individuelle en s'exprimant, en grande majorité, en « je » : « *pour moi ce qui est extrêmement important c'est qu'en début d'entretien chacun puisse se présenter...* » (syst1.7). Toutefois, le collectif n'est pas resté très éloigné de son discours. Elle y a fait référence, notamment, lorsqu'elle souhaitait confirmer que son activité était bien conforme à ce que font les thérapeutes en systémique, en tout cas dans son lieu de travail : « *Alors si je reprends mon quotidien, parce que c'est la manière dont on travaille aussi ici, nous on propose deux types de setting...* » (syst1.15). Cependant, la partie 2 va énormément déstabiliser cette participante. En effet, elle a fait mention, dans la première partie, de la dimension culturelle et de son importance. De ce fait, lorsque je l'ai confrontée à l'opinion divergente de son collectif de travail, celle-ci a paru très surprise. Elle a alors opéré une stratégie intéressante qui a été d'endosser la voix du « collectif » pour le soutenir et défendre son approche, comme le reflète, par ses chiffres, le tableau 3a (Annexe F.3). Elle a ainsi continué à affirmer que le collectif de thérapeutes prenait bien en compte cette dimension, et que le problème venait probablement de l'exercice. Elle a défendu « les autres » au travers de son discours, mais aussi, probablement, elle-même car cela ne correspondait pas à ses convictions relatives au groupe et remettait, par la même occasion, en doute sa propre activité individuelle : « *mais que je mets- enfin, voilà, connaissant quand même passablement de collègues qui travaillent dans*

mon approche, que je mets plus en relation peut-être avec l'exercice, de réagir à chaud, et voilà... » (syst1.23). Pour ce faire, elle a, notamment, mis en évidence l'idée de la culture comme ressource dans l'entretien thérapeutique. Néanmoins, même si la partie 2 s'est avérée quelque peu difficile pour cette participante, par la suite, le conflit, entre être un individu à part entière ou appartenir à un collectif, a semblé se résoudre. Si elle garde en tête qu'elle fait ce que font les autres vis-à-vis de l'activité de thérapeute, elle relève aussi que chacun est différent, avec son histoire personnelle, sa personnalité et, de ce fait, apporte des nuances au travail thérapeutique. Enfin, tout comme observé chez les deux précédentes participantes, celle-ci n'a fait mention de sa propre culture qu'en troisième partie. Toutefois, elle en a parlé bien avant que je ne lui pose explicitement la question. Elle l'a citée, par exemple, lorsqu'elle a abordé sa propre expérience de migration, en parlant de la rencontre avec la culture de l'autre, ou encore lorsqu'elle faisait référence à son approche et au fait qu'elle faisait elle-même partie d'un système famille-thérapeute (deuxième cybernétique).

Si l'on s'intéresse, à présent, plus spécifiquement au patient, la manière dont la participante l'a perçu englobe les trois catégories relevées en analyse, et ce de manière très constante tout au long de l'entretien. En effet, elle conçoit, face à elle, un patient avec sa propre souffrance et ses difficultés. Toutefois, celui-ci n'est pas coupé du monde. Au contraire, il fait partie d'une famille, dont provient ici la demande, et cette famille est totalement imprégnée d'une culture. Les exemples suivants en donnent une bonne illustration : *« j'essaierais de comprendre comment lui a compris la démarche de ses parents, ce qu'il en pense [...] j'évaluerais aussi ce qui se passe dans les étapes de vie de cette famille [...] j'essaierais de voir vraiment ce que ça représente, même si je veux pas rester focalisée là-dessus... dans leur culture mais, de manière générale, dans leurs valeurs familiales... » (syst1.13 et 17).*

Cette dernière citation, laisse aussi sous-entendre, la définition que cette participante a donnée de la culture. En effet, elle la considère comme étant totalement indistincte du patient mais aussi de la famille. Il était, d'ailleurs, parfois difficile de se situer entre la famille et l'individu. De fait, cela renvoie explicitement à la conception de ce dernier en systémique, comme nous avons pu le mentionner au début de ce travail. L'extrait suivant démontre bien cette complexité : *« en systémique, on a l'habitude de prendre en considération le contexte de manière générale et large et que, pour moi, ben la culture fait clairement partie du contexte dans lequel évolue un individu et une famille, et que les valeurs de la famille, les devises familiales qu'on peut trouver, oui ce qui fait l'entité de la famille... » (syst1.19).* La culture vient ainsi influencer la manière de fonctionner des individus. D'ailleurs, il me paraît

intéressant de relever que, lorsque je lui ai explicitement demandé ce qu'était la culture, celle-ci l'a définie en se rapportant à la famille, mais aussi au couple et enfin à l'individu qu'il faut considérer dans sa globalité. Cette définition semble donc très imprégnée par l'approche, ce que nous avons déjà pu observer chez nos participantes précédentes. Enfin, cette participante a aussi défini la culture, à plusieurs reprises, comme une entité. Elle l'a fait, notamment, lorsqu'elle parlait de la place de « LA » culture, au sens large, dans l'entretien thérapeutique. En effet, pour rappel, celle-ci est extrêmement importante pour elle, sans quoi on ne pourrait comprendre la dynamique familiale.

Pour toutes ces raisons, et plus particulièrement pour cette dernière raison, la participante considère la culture comme étant une ressource importante dans la thérapie : *« je pense, tant au niveau culturel et des fonctionnements familiaux, parce que, ben, les fonctionnements familiaux sont tellement différents d'une culture à une autre que c'est vraiment d'aller à la rencontre de l'autre culture [...] bien sûr que nous on a nos règles, ici en Suisse, et qu'on doit pouvoir les faire comprendre à la famille, mais avant de pouvoir les imposer c'est aussi comprendre comment eux ils font dans leur propre culture, comment ça fonctionne, donc vraiment aller à la rencontre de la culture pour après, voilà... »* (syst1.29). Il s'agit de réellement comprendre l'autre afin de pouvoir cheminer ensemble vers la résolution du problème sans imposer aveuglément ses règles. Toutefois, ce chemin reste semé d'embûches. En effet, la participante a rappelé que, dans la rencontre avec l'autre, nous étions sans cesse interpellés dans notre subjectivité, dans nos représentations. Ainsi, peuvent surgir des préjugés à l'encontre de l'autre. On ne peut pas les empêcher, mais on peut, en revanche, les utiliser afin de mieux comprendre ce qui nous arrive et ainsi commencer un travail de remise en question. D'ailleurs, elle met aussi en évidence que, se remettre en question, se détacher des préjugés, fait entièrement partie du métier de thérapeute. Toutefois, même doté d'une grande expérience, l'exercice reste difficile et peut influencer l'issue de la rencontre. D'un point de vue méthodologique, il apparaît peut-être, ici, un certain écart entre la tâche prescrite (c'est-à-dire que le thérapeute ne devrait pas ressentir d'a priori, il doit être empathique, etc.) et l'activité. Ceci, non pas dans le sens d'un écart voulu, mais simplement parce que nous sommes humains, et que notre outil principal de travail est : nous-même. Enfin, la notion de contre-transfert culturel, tout comme pour les participantes précédentes, n'était pas connue de celle-ci. Après lui en avoir donné une définition, la participante l'a assimilée à ces propos autour de la culture et de son impact sur le psychologue. De plus, elle estime intéressante l'idée d'opérer un travail autour de cette notion dans son parcours à venir : *« ce terme-là, je*

l'avais jamais entendu mais je pense que ça représente passablement ce que j'ai essayé d'expliquer autour de la question de la prise en considération de la culture de l'autre oui [...] oui, je pense qu'il y a quelque chose à faire là autour... » (syst1.59).

Enfin, pour faire face à ces difficultés, cette participante a mis en évidence plusieurs ressources à sa disposition. Outre la possibilité de faire appel à des ressources extérieures telles qu'Appartenance, cette participante a relevé l'importance, entre autre, du travail personnel, renvoyant à un travail important d'introspection, qu'il est nécessaire d'opérer afin de se connaître au mieux soi-même. Il s'agit d'un travail constant tout au long de la vie du thérapeute. La supervision aussi a été mentionnée comme étant primordiale. En effet, celle-ci permet de porter un autre regard sur une situation difficile, sur le patient, sur des ratés, et contribue à entamer un travail de remise en question personnelle, entre autre parce que l'on est confronté à un autre point de vue. Finalement, le dispositif a aussi été relevé par cette participante comme étant d'un grand soutien, ceci, plus précisément, dans le moment présent de l'entretien. Car si les ressources précédentes sont considérées comme indispensables, elles le sont surtout en dehors de l'entretien. Ici, le co-thérapeute est considéré comme un garant de la rencontre : *« après, c'est tout l'avantage de la co-thérapie c'est que quand il y en a un qui commence à prendre un parti ou à avoir des préjugés, ben l'autre peut venir lui dire et c'est extrêmement précieux... quand on est seul, c'est vrai qu'on a moins de garant et parfois, oui, on peut s'égarer et rester focalisé dans les préjugés... » (syst1.41).* Le thérapeute semble ainsi bien armé pour faire face aux difficultés engendrées par la dimension culturelle en entretien thérapeutique.

Finalement, concernant notre dernière thématique, à savoir ce qui a amené le psychologue à mener une réflexion autour de la thématique de la culture dans sa pratique, cette participante a relevé, avant tout, l'importance de la formation. Celle-ci lui a notamment permis de porter un regard critique sur sa propre culture afin d'éviter tout ethnocentrisme : *« ce qu'on nous a clairement dit c'est d'aller à la rencontre de l'autre pour pouvoir élaborer (XXX) donc d'essayer vraiment de comprendre d'où l'autre, l'individu au sens large du terme, vient, avec quel bagage culturel... » (syst1.29).* De plus, comme mentionné précédemment, cette participante a aussi, elle-même, vécu une expérience migratoire. De ce fait, elle semble davantage ouverte à ce genre de problématique. Enfin, concernant notre propre entretien et son impact, celui-ci semble tout aussi important que le reste dans son exercice réflexif autour de la notion de culture mais aussi, par la même occasion, autour de sa pratique. Comme elle le mentionne : *« ça nous amène à nous poser des questions qu'on ne se pose pas, qu'on ne*

prend pas le temps, des fois, de se poser dans la pratique... je pense, notamment, à toute la question de la culture... c'est vrai que, j'ai envie de dire que des fois c'est des- on fait avec, je pense que c'est quelque chose que j'intègre à ma pratique mais qu'on prend parfois pas le temps de se questionner en retour... » (syst1.69). Notre entretien semble donc lui avoir permis de porter un regard différent sur son activité. Elle a ainsi pu prendre conscience de ce qu'elle faisait ou pas en entretien. Je pense pouvoir m'avancer en affirmant qu'elle a pu avoir accès à une part du réel de son activité.

Observons, à présent, les propos de sa « collègue » Sylvie*.

5.3.2 Sylvie*

Si l'on s'intéresse à présent à la deuxième participante de cette approche, pour la partie 1, celle-ci m'a très bien explicité son activité lors d'un premier entretien. Si elle l'a fait en s'exprimant majoritairement en « je », le collectif a aussi été sollicité à plusieurs reprises pour venir appuyer ses dires et donc son activité : *« alors pour moi la question que j'aurais posée au téléphone, et que j'aimerais savoir, c'est qu'est-ce qu'en pense le fils de venir consulter en couple et famille parce que c'est ça l'idée, et si le fils est d'accord ben il n'y a pas de problèmes et on commence, si le fils est un peu ambivalent comme ça... on propose mais on ne force pas parce qu'on part du principe que la personne doit avoir une demande... »* (syst2.5). Il est intéressant d'observer, au travers de cette citation, la danse entre le « je » et le « on », très présente tout au long de notre entretien d'ailleurs. Toutefois, la deuxième partie est venue quelque peu perturber son discours. De fait, cette participante avait fait référence à la thématique de la culture dans la première partie de notre entretien. De plus, au travers de sa parole, se reflétait l'idée que le collectif prenait lui aussi en compte cette dimension. Or, lorsque je l'ai confrontée à des propos divergents du sien, celle-ci a paru très perplexe. En effet, si elle a semblé hésitante au début de son discours, elle a tout de même confirmé l'importance de cette dimension pour elle, et a rattaché cela à son intérêt personnel pour la culture. Ce qu'il me paraît particulièrement intéressant de relever, ici, est le fait que cette participante a semblé opérer une légère rupture avec son collectif de travail. En effet, contrairement à sa « collègue » précédente, celle-ci ne l'a pas défendu à tout prix mais, au contraire, a mis en avant son activité individuelle. Ainsi, si pour le collectif cette dimension n'est pas importante, pour elle, elle l'est : *« après il y en a, en effet, qui peuvent ne pas le prendre de manière centrale... mais moi j'ai un peu de peine à juger ces personnes-là parce que chacun travaille avec son bagage, mais juste que moi je pourrais pas m'en passer ça*

c'est sûr... » (syst2.25). Cependant, la partie 3 lui a permis de tempérer ses propos. Ainsi, si elle a continué à affirmer que cette dimension était importante pour elle, elle a aussi relevé faire partie d'un groupe de thérapeutes. L'idée étant que, finalement, chacun est différent, avec son bagage personnel. Par conséquent, chacun peut avoir des résonances différentes au cours de l'échange avec le patient. D'ailleurs, elle a aussi profité, à ce moment-là, pour critiquer la consigne donnée en partie 1 car, selon elle, on ne peut faire la même chose que l'autre étant donné notre singularité : « du coup, ça me faisait faire une démarche supplémentaire de réflexion... et je pense qu'il y a plusieurs manières d'aborder, et je pense qu'il y a des styles différents aussi, donc voilà... l'idée que vous allez faire la même chose c'est pas possible pour moi, donc c'est plus ça qui était compliqué... » (syst2.27). Enfin, tout comme relevé pour les participantes précédentes, celle-ci n'a fait référence à sa propre culture qu'en troisième partie d'entretien. Elle n'en a parlé, explicitement, qu'au moment où je lui ai posé la question. Toutefois, elle l'a reliée aux résonances, dont elle a fait mention à plusieurs reprises précédemment, qui s'activent en présence de tel ou tel patient, en fonction de telle ou telle culture : « ça revient aussi aux résonances, c'est-à-dire que ce qui résonne, à ce moment-là en moi ba, ça va pas arriver avec tous les patients, enfin... du coup, oui, c'est important, on ne peut pas non plus complètement se couper de nos valeurs et de nos croyances... » (syst2.57). Les résonances semblent donc très présentes dans son activité individuelle, simplement elle n'avait peut-être pas fait le lien consciemment avec la dimension culturelle.

Concernant à présent le patient, cette participante l'a tout d'abord perçu comme un individu, c'est-à-dire avec sa souffrance, avec une demande, etc. Toutefois, tout comme la participante précédente, celle-ci l'a aussi considéré comme appartenant à une famille, qu'elle a notamment déterminée comme étant à l'origine de la demande. Enfin, elle a identifié, à son tour, cette famille comme s'inscrivant dans une culture et a relevé l'expérience migratoire comme étant importante à aborder : « enfin, je connais un peu le Sénégal pour y avoir vécu quelque temps et, enfin, en général, on va pas en psychiatrie très facilement, d'abord il y a d'autres facteurs de l'ordre... ce qu'ils appellent la médecine traditionnelle qu'ils font en premier, donc la psychiatrie c'est un peu des fois le dernier recours, donc on peut voir si ils ont eu l'occasion, et sinon qu'est-ce qu'ils mettent derrière, les forces et les freins de la famille plus élargie... » (syst2.5). Cette perception du patient s'est maintenue ainsi tout au long de notre entretien. Néanmoins, il était parfois difficile de distinguer ce qui se rapportait clairement à la migration ou ce qui se rapportait plutôt à la dimension culturelle. J'ai d'ailleurs dû lui poser

explicitement la question au cours de notre entretien. Selon elle, les deux aspects sont très proches, et même complémentaires, et se rattachent à la notion de transgénérationnel qui est une notion importante en systémique.

Ces derniers propos nous permettent, à leur tour, d'envisager la définition que cette participante a donnée à la culture. Celle-ci a été clairement considérée comme étant indistincte du patient ou de la famille. En effet, selon elle, chacun baigne dans une culture et celle-ci influence qui nous sommes, nos comportements, nos représentations, etc. L'exemple suivant illustre bien ces propos : « *là, je pense à une situation où madame est vietnamienne et monsieur est suisse et l'expression des émotions au Vietnam n'est pas la même qu'ici, du coup, et moi aussi en tant que thérapeute dans ce système-là, heureusement que j'ai pu l'identifier...* » (syst2.51). Mais ce qu'il me paraît aussi intéressant de relever c'est que, outre la culture individuelle illustrée ci-dessus, cette participante a aussi fait énormément référence à la culture familiale. Elle semble ainsi avoir élaboré une définition de cette dimension en prenant comme point de référence son approche, ce qui a été souligné à plusieurs reprises chez d'autres participantes. Enfin, Sylvie* a aussi fait référence à la culture en tant qu'entité. Plus précisément, lorsqu'elle tentait d'en donner une définition au sens large, ou encore pour révéler le rôle qu'elle lui donne en entretien. De ce fait, comme reflété dans le tableau 4d (Annexe F.4), cette participante a clairement identifié la dimension culturelle comme une ressource dans l'échange avec le patient. Tout comme pour Stéphanie*, il s'agit avant tout de la garder dans un coin de la tête afin de ne pas risquer de faire échouer le travail thérapeutique. D'ailleurs, la suite de notre dernière citation en donne un bel exemple : « *de savoir qu'elle vient du Vietnam, et de savoir que l'expression des émotions est pas pareille m'a aidée à être plus empathique ou, en tout cas, à proposer des hypothèses au mari aussi pour mieux comprendre tout ça... enfin, voilà, donc bien sûr que nous- pour moi c'est des éléments importants à avoir en tête... pour s'ajuster au patient et pas être à côté...* » (syst2.51). Cette dimension permet ainsi de davantage comprendre le patient et de ne pas passer à côté d'un élément essentiel. Sans cette prise en compte, dans cet exemple, il n'y aurait pas seulement eu un impact au niveau individuel mais aussi au niveau du couple.

Cette dernière citation met aussi en évidence un autre facteur important. Il s'agit des difficultés engendrées par la dimension culturelle en entretien (cette thématique, de même que les deux dernières, ont été principalement abordées dans la dernière partie de notre entretien). Ainsi, les attitudes du thérapeute ont été mentionnées à plusieurs reprises par cette participante. Toutefois, contrairement aux différents propos que nous avons déjà pu relever,

celle-ci les considère comme un plus dans l'entretien, qu'il s'agit avant tout de questionner et d'utiliser. Elle a fait référence, notamment, aux ressentis du thérapeute systémicien, traduit sous le terme de résonance, que nous avons déjà pu mentionner précédemment. Même lorsque j'ai fait allusion aux stéréotypes, celle-ci m'a assuré n'en avoir jamais eu et que, dans le cas où ils surviendraient, il s'agirait de les questionner et de voir leur utilité en thérapie. Toutefois, elle reste consciente de cette difficulté et conçoit qu'une part de notre ressenti puisse nous échapper : « *ouais peut-être que si on identifie pas les résonances, on peut justement agir involontairement alors que, si on l'identifie et qu'on le fait volontairement, c'est différent, c'est plus dans ce sens-là, mais bien sûr qu'il y a une part qui nous échappe hein... c'est sûr...* » (syst2.83). Le risque, si ce travail de questionnement n'est pas fait, est alors l'échec du travail ainsi que de la relation thérapeutique. Enfin, tout comme les participantes précédentes, celle-ci ne connaissait pas le terme de contre-transfert culturel. A nouveau, lorsque je lui en ai donné une définition, celle-ci l'a immédiatement assimilé aux résonances et à ce qui s'active en présence de tel ou tel patient.

Somme toute, lorsque le thérapeute ressent une quelconque difficulté dans l'entretien, il a toujours la possibilité de faire appel à des ressources quelles soient extérieures ou personnelles. Cette participante a, notamment, mis en évidence l'importance de la supervision. Celle-ci contribue autant à mettre en lumière des questions culturelles non abordées en situation, qu'à effectuer une analyse approfondie d'une résonance qui n'avait pas été identifiée comme telle. Les résonances pouvant aussi être discutées avec un co-thérapeute si besoin est devant le patient. Enfin, il est considéré, par la participante, comme précieux d'opérer une réflexion personnelle en entretien, et de ramener à la conscience ce qui ne l'était pas forcément. Toutefois, même si ce travail est nécessaire, les autres ressources contribuent à le rendre davantage conscient.

Finalement, concernant notre dernière thématique, à savoir ce qui a amené le psychologue à mener une réflexion sur la dimension culturelle en entretien, cette participante a, notamment, mis en évidence son intérêt personnel : « *c'est peut-être aussi un peu personnel, en tant que thérapeute, et moi je suis assez intéressée par tout ce côté transculturel et migratoire...* » (syst2.21). Elle a aussi relevé l'importance de sa formation et des superviseurs qu'elle a pu avoir au cours de son parcours professionnel. L'un d'eux, particulièrement marquant, a contribué à davantage investiguer cet aspect-là en thérapie. Pour finir, concernant notre propre entretien, la dernière question n'a pas permis de mettre en évidence toute la réflexion menée au cours de notre échange. Toutefois, je pense que les éléments relevés ci-dessus contribuent

à affirmer que la participante a pu réfléchir à ce qui était fait ou pas, par elle, en entretien, ou du moins à ce qu'elle faisait mais sans pour autant effectuer un lien conscient avec la dimension culturelle. La place de sa propre culture en entretien, au travers du concept de résonance, en donne un bel exemple. Mais je pense aussi que cet exercice lui a permis de davantage clarifier la différence entre l'aspect migratoire et la culture à proprement parler.

5.3.3 Conclusion

Ainsi, au travers du discours de ces deux thérapeutes systémiciennes, nous avons pu relever plusieurs choses. Nous avons, tout d'abord, pu constater que si ces deux participantes se sont énormément exprimées en « je », relativement à leur activité individuelle en partie 1, le collectif était toujours très présent au cours de leur discours, celui-ci comme venant confirmer leur pratique. Toutefois, comme attendu, la partie 2, qui les a confrontées à un discours divergent du leur, par rapport à la dimension culturelle, est venue quelque peu perturber leurs dires. Si l'une a défendu coûte que coûte son approche, en mettant notamment la faute sur l'exercice, l'autre a défendu sa propre activité individuelle en confirmant l'importance de cette dimension pour elle. Finalement, elles sont parvenues à tempérer leurs propos par la suite. De plus, comme relevé chez les deux thérapeutes, leur propre culture n'a été explicitement citée qu'en troisième partie d'entretien. Toutefois, elles semblent avoir pris conscience du fait qu'elles prenaient aussi cet aspect-là en compte dans l'échange avec le patient. Concernant plus précisément le patient, celui-ci a été perçu par ces deux participantes comme étant à la fois un individu avec sa souffrance, mais aussi un membre d'une famille, elle-même baignée dans une culture. La culture se rapportant donc tant au niveau individuel qu'au niveau familial. Cette définition, clairement influencée par l'approche, a parfois rendu difficile l'analyse car je ne savais plus tellement à qui je me référais. De plus, la culture, jugée par ces participantes comme étant indistincte de l'individu mais aussi de la famille, a été considérée par ces dernières comme une ressource importante dans l'entretien. Toutefois, pour qu'il en soit ainsi, il est nécessaire d'être attentif à ses propres attitudes en tant que thérapeute. Si l'une d'elle a relevé le risque d'avoir des préjugés, l'autre a plutôt parlé des résonances et de leur utilité en entretien. La notion de contre-transfert culturel ayant été considérée comme traduisant relativement bien cet aspect-là. Pour toutes les deux, le fait que ces attitudes restent au niveau inconscient est un risque pour la relation mais aussi pour le travail thérapeutique. Cependant, ces participantes ont relevé plusieurs ressources à leur disposition pour limiter cet impact négatif. Elles ont, notamment, fait mention de la supervision, mais aussi du dispositif de co-thérapie, et enfin d'un travail personnel à faire sur

soi. Finalement, ces deux participantes ont fait référence à leur formation et à leur intérêt personnel accru pour cette thématique comme leur ayant permis de mener une réflexion sur la dimension culturelle dans leur pratique. Toutefois, notre entretien apparaît lui aussi comme ayant eu son effet.

Observons, à présent, les résultats de notre troisième et dernière approche, l'ethnopsychiatrie, dont les participantes ont été renommées, pour rappel, Eliana* et Elisabeth*.

5.4 Ethnopsychiatrie

5.4.1 Eliana*

Si l'on reprend la première thématique dégagée par mon travail d'analyse, cette participante ethnopsychiatre a rapporté plusieurs choses intéressantes dans la partie 1 de notre échange. Si dans un premier temps elle m'a explicité son activité, en s'exprimant en « je », très vite, à nouveau, le groupe a fait irruption dans le discours. Mais ce qui est d'autant plus intéressant, c'est que ce collectif ne renvoie pas simplement à un collectif lointain, présent uniquement dans son discours, mais il renvoie aussi au groupe présent physiquement dans le setting : « *l'approche ethnopsy n'est pas une approche individuelle donc ça, ça serait- parce que vous me dites « vous » donc ça voudrait dire que c'est moi qui la rencontre seule (mmh) mais, donc si on voulait vraiment appliquer une approche ethnopsychiatrique à cette situation, on proposerait à la famille une rencontre avec le setting ethnopsy... »* (eth1.7). Cet appel au collectif semble, quelque part, la rassurer vis-à-vis de son activité qui est relativement éloignée des autres approches de la psychologie. Les conceptions de la culture, du patient, et de sa souffrance étant relativement différentes. D'ailleurs, ces derniers éléments se reflètent déjà énormément dans la partie 1. De plus, cette participante a aussi fait référence à sa propre culture dans cette partie, ce qui n'était pas le cas pour les participantes précédentes. Ici, elle est considérée comme faisant intégralement partie du dispositif. Ainsi, elle permet de développer une nouvelle écoute du problème du patient : « *nous sommes tous originaires de régions du monde différentes et que nous sommes tous- des régions du monde où on pense le mal, l'infortune, des difficultés psychiques d'une manière différente... »* (eth1.9). Cette idée renvoie directement à la conception de la souffrance comme étant culturellement construite, le dispositif permettant alors de co-construire une compréhension de cette souffrance. Enfin, comme mentionné au chapitre méthodologie, cette partie 2 avait un objectif différent que pour les autres approches. Il s'agissait plutôt d'avoir accès aux critiques habituelles adressées à l'ethnopsychiatrie. De ce fait, lorsque je l'ai confrontée à un discours très divergent de sa

pratique et, plus précisément, concernant la place de la culture, non seulement celle-ci semblait avoir déjà entendu ces propos auparavant, mais elle a aussi énormément défendu son approche en critiquant, à son tour, ces autres qu'elle considère comme étant complètement ethnocentrés. Il ne s'agit pas pour elle d'imposer le point de vue de l'ethnopsychiatrie, mais de mettre en évidence l'importance de garder un esprit suffisamment ouvert pour accueillir le patient et sa souffrance : *« donc moi je suis pas du tout pour l'imposer de manière dictatoriale mais être à l'écoute pour être au plus proche de la souffrance de l'autre, mais aussi pour donner le plus de moyens possibles de construction d'un sens quoi... »* (eth1.27). Finalement, la troisième partie de l'entretien nous a permis d'approfondir les nombreux propos mentionnés en partie 1. Le collectif et la propre culture du thérapeute restant au premier plan.

Si l'on s'intéresse à présent au patient, celui-ci a été principalement perçu comme étant membre d'une culture. Tendances que l'on retrouve tout au long de notre entretien, comme l'illustre le tableau 5b (Annexe F.5). En effet, selon elle, on ne peut concevoir l'individu indistinctement de sa culture. Toutefois, il ne s'agit en aucun cas de le réduire à celle-ci : *« on est à côté du projet hein, donc l'idée n'est pas d'assigner une personne à sa culture et d'apprendre à faire les choses d'une telle manière avec quelqu'un qui vient de tel pays, ça, ça serait terrible hein, mais justement de travailler avec la complexité, l'altérité, avec les différentes manières de voir... »* (eth1.17). L'idée étant que l'individu est imprégné de sa culture et qu'elle influence ses pensées, ses comportements, et la conception de son problème. La culture est, par conséquent, considérée comme une ressource dans le travail thérapeutique car, en la prenant en compte dans le dispositif, on autorise l'expression des pensées traditionnelles. On permet ainsi aux différentes étiologies du problème de venir se rencontrer dans un espace : *« donc chacun de nous va émettre des hypothèses sur comment on dirait ça chez nous (mmh) et cette diversité, comme ça, d'interprétations possibles permet à la famille, si ça a du sens pour elle, de s'ouvrir à effectivement comment elle, elle pense ça... et donc ça permet à leur altérité de s'exprimer beaucoup plus que si elles sont en face d'un thérapeute occidental qui ne serait pas ouvert à ça, vous voyez ? »* (eth1.9). La conception de la culture apparaît, là aussi, retravaillée en fonction de l'approche car l'on se fonde sur la conception de Nathan (2001), que nous avons déjà pu relever au début de ce travail. Enfin, le concept de culture a aussi été utilisé en tant qu'entité, plus précisément, lorsqu'elle a tenté de le définir. Elle a, notamment, mis en évidence la difficulté d'en donner une définition claire et précise : *« en tout cas je sais pas ce que c'est au juste... bien sûr, je peux vous donner une définition*

anthropologique, que je connais pas par cœur d'ailleurs, mais on pourrait dire que c'est un ensemble de pratiques, un ensemble d'us et de coutumes, de savoir-faire, de manières de penser, de concevoir le monde qui sont transmis de génération en génération, et qui sont partagés par un groupe d'individus... » (eth1.47). Il est d'ailleurs intéressant de relever qu'elle considère la culture comme quelque chose de mouvant, non rigide, et de pluriel.

Cependant, pour cette participante, il ne suffit pas de venir d'un autre pays ou d'une autre culture pour venir en consultation d'ethnopsychiatrie : *« on utilise l'ethnopsychiatrie si l'approche qu'on a utilisée- [...] vous avez fait votre boulot parce que, voilà, vous avez quelqu'un en souffrance et vous lui proposez une approche, et admettons que vous voyez que votre approche elle a des limites... [...] vous pouvez rediriger parce que des contenus dans les entretiens m'ont fait penser que, là, dans les entretiens, il y a peut-être quelque chose à creuser avec une autre paire de lunettes... » (eth1.23). En tenant compte de ces propos, l'ethnopsychiatrie apparaît ainsi, à son tour, comme une ressource pour les thérapeutes d'autres approches rencontrant des difficultés avec leur patient. En l'occurrence, cette participante considère comme minime les risques pouvant survenir dans le dispositif ethnopsychiatrique. Non pas qu'il existe un risque zéro, mais parce que, selon elle, le dispositif de co-thérapie est suffisamment riche pour contenir les différentes attitudes que le thérapeute peut avoir en entretien, celles-ci pouvant aussi être utilisées dans l'échange. Le contre-transfert culturel étant un exemple. Outre le groupe de co-thérapeutes de manière générale, un membre de celui-ci semble particulièrement important dans ce dispositif pour davantage comprendre la culture du patient et passer outre les préjugés, il s'agit du référent culturel : *« puis on a le référent culturel quand même qui nous dit « non mais attendez, dans cette famille-là c'est pas étonnant ce que le père fait parce que les enfants, si on était au pays, ils seraient plutôt pris en charge [...] donc le père en question il se comportait comme un bon père de ce groupe culturel... » (eth1.61). Cette citation laisse aussi sous-entendre la nécessité d'opérer un travail permanent de décentration et de remise en question par rapport à sa propre pratique. Enfin, au-delà du groupe à proprement parler, la supervision aussi permet de partager les différents ressentis des thérapeutes et contribue à mieux comprendre certains aspects de l'échange qui n'ont pas été partagés dans l'hic et le nunc de la rencontre.**

Enfin, concernant notre dernière thématique, la seule qui n'ait été abordée qu'en troisième partie d'entretien, la formation de cette participante apparaît comme ayant eu un grand impact sur sa réflexion menée autour de la dimension culturelle. Toutefois, ce n'est que lorsqu'elle a voyagé dans de nombreux pays, en tant que psychologue, qu'elle a véritablement pris

conscience de cette dimension et de ce qu'elle implique : « *j'ai compris que notre manière de concevoir le psychisme est liée à un cadre de référence particulier et culturel, mais donc j'ai été sensibilisée, comme je vous dis, de fait parce que j'ai travaillé avec des populations migrantes très vite (mmh) donc la réalité s'impose...* » (eth1.49). Finalement, quant à savoir l'impact qu'a eu notre propre échange, celui-ci semble lui avoir permis de s'exprimer quant à son activité d'ethnopsychiatre, même si elle a beaucoup parlé au nom du groupe. Nous avons ainsi pu avoir accès à ce que fait ce collectif. De plus, notre entretien semble aussi lui avoir permis de mieux se situer vis-à-vis de sa deuxième formation à savoir, la psychodynamique. L'aura psychodynamique ayant tout de même été très présente tout au long de notre échange.

Intéressons-nous, à présent, à sa collègue, Elisabeth*.

5.4.2 Elisabeth*

Chez cette dernière participante, nous retrouvons le même phénomène que chez sa collègue. Plus précisément, elle a décrit son activité, non pas son activité individuelle en tant que telle, mais plutôt celle du groupe en mettant en évidence la spécificité du dispositif ethnopsychiatrique : « *l'ethnopsychiatrie est un dispositif thérapeutique groupal, de co-thérapeutes, donc c'est très bien si je m'absente, ça ne manquera pas trop (rire) il y en a d'autres pour me remplacer... bon, pas me remplacer, mais disons que le dispositif fait qu'on peut survivre à l'absence d'un ou de plusieurs de ses membres...* » (eth2.3). Cependant, elle décrira sa propre activité au moment où elle fera référence à sa culture, utile dans le dispositif, car chacun y amène quelque chose de sa propre histoire : « *on s'adresse au groupe, on questionne le groupe, on pose des questions au groupe... [...] chacun va élaborer, alors évidemment avec nos connaissances cliniques mais aussi en évoquant nos différentes appartenances culturelles, on est représentant de cultures et de multiples cultures hein...* » (eth2.5). Cette danse entre le groupe et soi, en tant qu'appartenant à une culture, est très présente tout au long de notre entretien, comme l'illustre le tableau 6a (Annexe F.6). Enfin, en ce qui concerne la partie 2, lorsque je l'ai confrontée à des pratiques divergentes de la sienne, celle-ci m'a explicité, de manière très détaillée, pourquoi il était nécessaire de prendre en compte la culture du patient. Elle a ainsi défendu son approche en mettant en évidence le fait qu'il était important de considérer cette dimension car nous sommes tous des êtres de culture, et qu'il s'agit, avant tout, de respecter le patient comme il est. Elle en a aussi profité pour partager les critiques essuyées au cours de sa formation et encore aujourd'hui.

L'ethnopsychiatrie étant considérée, par certains, comme du « *tourisme thérapeutique* » (eth2.9).

Concernant à présent le patient, comme nous pouvons le deviner, cette participante l'a avant tout considéré comme un membre d'une culture. Comme elle le relève, nous sommes tous des êtres de culture et le patient est, par conséquent, lui aussi considéré comme tel : « *mais disons que nous, on va le considérer comme un être culturel, non pas comme au sens restrictif du terme, mais comme un être pouvant être porteur de plusieurs cultures...* » (eth2.9). De ce fait, cette participante, mais aussi au travers de son discours, l'ethnopsychiatrie, considèrent le patient comme indistinct de la culture avec l'idée qu'on ne peut se créer sans elle : « *donc, on utilise la culture tout le temps parce que on pense profondément qu'on est des êtres culturels...[...] on ne peut pas confondre quelque chose de l'ordre du psychisme et de l'ordre du culturel mais il y a vraiment ce fonctionnement double, et puis on se constitue comme individu dans une culture donnée, on présente de la souffrance qui est culturellement codée [...] on ne peut pas se créer sans culture...* » (eth2.9). Ainsi, on ne peut séparer ce patient de cette dimension, il s'agit de le respecter comme il est. Toutefois, elle en fait mention aussi : tout n'est pas toujours culturel. Il est important de garder à l'esprit cet aspect, mais il ne faut pas non plus tout réduire à la culture. Ainsi, l'ethnopsychiatrie n'est pas toujours indiquée. De plus, cette citation démontre aussi, clairement, l'appartenance de cette participante à son approche car sa définition du patient, mais aussi de la culture, se rapportent clairement à la conception de Devereux (1977) et de Nathan (2001), comme nous l'avons déjà constaté chez sa collègue, même si cela n'a rien de stupéfiant étant donné leur formation. Cependant, cette participante a aussi été formée à la thérapie systémique, ainsi, elle a relevé qu'elle se focalisait peut-être aussi plus volontiers sur certains points relevant de cette dernière approche. Néanmoins, cela ne s'est pas reflété en première partie d'entretien. Enfin, cette participante a aussi fait référence à la culture en tant qu'entité, notamment lorsqu'elle tentait d'en donner une définition : « *alors la culture c'est un ensemble de pratiques, de croyances, de rituels, de... qui passent par la langue, ça c'est très important, qui font qu'on peut se dire membre d'un même groupe, même si à l'intérieur il y a de la variation... [...] la culture nous donne une manière de comprendre le monde, c'est des choses très banales...* » (eth2.31). Nous pouvons constater que les différentes définitions données par les participantes ne sont pas très éloignées les unes des autres.

Pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus, la culture est avant tout considérée comme une ressource dans l'entretien thérapeutique. Il ne s'agit pas de traiter le niveau intrapsychique,

mais bien le problème du patient dans ses appartenances : « *on ne pense pas que la souffrance est intrapsychique ou cognitive, on ne traite pas l'intérieur de l'individu mais ses différentes appartenances, et on mobilise le groupe familial ou social pour qu'ils bougent autour de ce patient...* » (eth2.5). La citation suivante démontre bien ce travail effectué avec le patient et sa culture, mais aussi avec celle des co-thérapeutes qui font intégralement partie du dispositif : « *c'est une manière de considérer la souffrance psychique comme émanant de l'extérieur et non pas intrapsychique... voilà, ça c'est des chos- en général, les patients sortent plutôt, je dirais, contents, y compris de leur relation parce qu'ils voient une autre manière de concevoir leur souffrance (mmh) pour autant que ça fasse résonance dans leur propre conception de la maladie hein...* » (eth2.7). Le patient a alors la possibilité de prendre ce qui fait sens pour lui dans l'échange entre les co-thérapeutes et de rejeter ce qui ne le fait pas. Il ne s'agit en aucun cas de lui imposer une manière de concevoir sa souffrance. D'ailleurs, le référent culturel est toujours présent pour gérer cette danse entre culture du patient et culture des thérapeutes.

Néanmoins, cette participante a aussi mis en évidence certaines difficultés pouvant surgir dans ce type de dispositif. En effet, si la ressource principale, en ethnopsychiatrie, est la culture, celle-ci peut aussi faire l'objet de réactions violentes. Ainsi, comme le relève cette participante, il lui est parfois arrivé de ressentir un contre-transfert culturel puissant à l'égard d'un patient (notons tout de même qu'elle est la seule participante à m'en avoir parlé spontanément sans que je ne lui pose la question). Elle m'a, notamment, raconté une expérience avec une femme qu'elle avait rencontrée en thérapie. Après un séjour en Egypte et un mariage, celle-ci est rentrée voilée. Ce sont alors réveillés des préjugés assez forts à l'encontre de cette femme. Ce qui a permis à cette participante de passer outre cette réaction a été le groupe de co-thérapeutes. Là où elle voyait une femme soumise, d'autres ont vu une femme affirmée. Ainsi, le groupe lui a permis de s'ajuster, et peut être, de ce fait, considéré comme un filet de sécurité. Il s'agit, en l'occurrence, d'une grande richesse dans cette approche : « *le groupe aussi est une richesse très importante, ce n'est pas que la possibilité d'évoquer des aspects traditionnels, culturels, et migratoires, mais c'est aussi le fait de pouvoir fonctionner en groupe...parce que, finalement, en groupe on s'appuie sur les psychismes des uns et des autres (rire) et on voit vraiment une co-construction, qu'on peut arriver à des choses assez abouties qu'en individuel ça prendrait beaucoup plus de temps parce qu'on a une seule pensée...* » (eth2.19). Elle a, notamment, relevé l'importance de ce groupe lorsqu'on débute dans ce métier.

Enfin, concernant notre dernière thématique, cette participante a, notamment, mis en évidence son intérêt personnel comme moteur de la réflexion portée à la dimension culturelle : « *alors une des premières réponses est que je suis moi-même immigrante et les aspects autour de ça me questionnaient beaucoup...* » (eth2.19). Elle a alors entrepris de rechercher des réponses à ses nombreuses questions. Ainsi, elle a pu suivre quelques cours relatifs à la question de la migration, puis a effectué des stages en ethnopsychiatrie. La formation, mais aussi la pratique, sont ensuite venues renforcer son intérêt et sa réflexion. Finalement, concernant notre propre entretien, celui-ci lui a permis de partager sa pratique et de confirmer l'importance d'un tel dispositif, et son attachement à celui-ci. Elle a aussi mis en évidence que l'ethnopsychiatrie n'était pas indiquée à tout va. Ainsi, il est important de ne pas non plus tout réduire à la culture. Toutefois, il est nécessaire, selon elle, dans les thérapies classiques, de prendre en compte ces aspects-là, ce qui rejoint, quelque part, les propos de toutes les autres participantes. Enfin, la consigne donnée en première partie d'entretien semble tout de même l'avoir amenée à porter un autre regard sur sa pratique. Comme elle a l'a mentionné : « *c'est un exercice assez particulier d'imaginer comment vous feriez à ma place...* » (eth2.5).

5.4.3 Conclusion

Ainsi, ces deux participantes ont soulevé plusieurs choses intéressantes au travers de leurs discours. Tout d'abord, elles ont fait état de leur pratique mais en parlant beaucoup moins à la première personne que les autres participantes. Il s'agissait avant tout de l'activité groupale, ceci renvoyant à l'idée qu'elles ne sont qu'un thérapeute parmi d'autres dans ce dispositif particulier. Toutefois, leur singularité a été mise en évidence au moment où elles ont fait référence à leur propre culture, celle-ci venant jouer un rôle dans le dispositif, comme nous avons pu le constater au travers des différentes citations. La partie 2 de notre entretien leur a ensuite permis de réaffirmer l'importance de la dimension culturelle, mais aussi de partager avec moi les critiques auxquelles devait faire face l'ethnopsychiatrie. Concernant la conception du patient, celui-ci a été avant tout considéré comme un être de culture, porteur de plusieurs cultures et étant influencé par celles-ci, autant dans ses pensées, dans ses représentations, que dans ses conceptions de la maladie. De ce fait, cette dimension a été considérée par ces deux participantes comme étant indistincte de l'individu dans le sens où on se crée dans une ou plusieurs cultures données. Il s'agit, d'ailleurs, d'une conception qu'on ne saurait isoler de l'approche. Par conséquent, elle a été considérée comme une ressource dans la thérapie. Il s'agit du principal levier thérapeutique en ethnopsychiatrie. De plus, le dispositif joue, à ce moment-là, un rôle crucial, chacun tentant de proposer des manières

différentes de concevoir la maladie ou le symptôme, ce qui offre un espace pour les étiologies traditionnelles des uns et des autres, dont celles du patient. Il me paraît intéressant de soulever, ici, un travail important de co-construction du problème, chacun amenant un peu de soi. Sans oublier aussi, dans ce dispositif, la place importante du référent culturel qui vient alors garantir la bonne compréhension de la culture du patient. Bien entendu, tout n'est pas toujours aisé en ethnopsychiatrie. En effet, comme l'ont souligné les participantes, et plus précisément la deuxième, un contre-transfert culturel peut se créer vis-à-vis du patient en tant qu'être culturel. Il s'agit, à ce moment-là, de s'en rendre compte au plus vite. La ressource principale relevée, par ces participantes, a alors été le groupe de co-thérapeutes, celui-ci comme venant se porter garant du bon déroulement de la thérapie. Il s'agit alors, grâce à ce groupe, d'opérer un travail de décentration relatif à nos propres représentations culturelles. Toutes deux ont aussi souligné que, malgré la grande place accordée à cette dimension dans leur approche, tout n'était pas toujours culturel. Par conséquent, toutes les situations ne requièrent pas une intervention ethnopsychiatrique. Toutefois, elles recommandent aux thérapeutes d'autres approches de conserver cette dimension dans un coin de leur tête car elle peut tout de même avoir son importance. Enfin, concernant ma dernière thématique, nous avons pu observer la place de l'intérêt personnel pour l'une, et l'expérience professionnelle pour l'autre, comme ayant été à la base de leur réflexion portée sur la dimension culturelle. Toutefois, notre propre entretien semble aussi leur avoir permis de mieux se situer par rapport à leur approche et, notamment, en lien avec leur deuxième formation. Elles se sont aussi rendues compte, l'une plus que l'autre, de la difficulté de définir un concept qui pourtant fait partie de leur pratique quotidienne.

5.4 Conclusion

Nous avons ainsi pu analyser, tout au long de ce chapitre, le discours des six participantes interviewées. Il ne s'agit en aucun cas, ici, de répéter ce qui a déjà été dit. Toutefois, nous avons pu constater que la première partie de notre entretien a eu l'effet escompté, chacune révélant son activité individuelle mais aussi collective. Cette partie a été très riche et a contribué à mettre en évidence l'activité spontanée vis-à-vis de la dimension culturelle. La partie 2 a elle aussi eu son petit effet, chacune ayant eu des réactions différentes, mais non très éloignées les unes des autres. L'approche ayant toujours été défendue par ces participantes, même si cela se faisait parfois dans le doute et la perplexité. Finalement, la partie 3 a permis d'approfondir ou d'introduire des concepts qui n'avaient pas été abordés précédemment. Elle a, notamment, permis de fixer la conception du patient ainsi que le rôle et

la définition de la culture pour chacune d'elles, même si ces éléments s'étaient déjà reflétés dans les autres parties pour la plupart des participantes, mais aussi tout ce que cela engendre comme difficultés dans la thérapie. Comme relevé aussi, cette dimension a paru très influencée ou retravaillée en fonction de l'approche, mais nous y reviendrons dans le chapitre suivant. Enfin, notre entretien, au travers de sa méthodologie, semble avoir permis à ces participantes de mener une nouvelle réflexion sur leur pratique individuelle, mais aussi collective, vis-à-vis de la dimension culturelle.

Nous allons, à présent, passer au chapitre 6 et confronter ces résultats à la littérature recensée pour ce travail, relevée en partie 1 et 2, en y ajoutant quelques mots par rapport à la méthodologie. Bien entendu, je finirai par répondre aux questions de recherche, et confirmerai ou infirmerai mes hypothèses.

6. DISCUSSION

6.1 Comparaison avec la littérature et retour aux questions de recherche

Si je m'intéresse, tout d'abord, à la méthodologie utilisée, celle-ci m'a permis d'avoir accès, non seulement à l'activité individuelle des participantes, ce qu'elles font habituellement, mais aussi à ce que fait le collectif (sans pour autant vouloir en faire une généralisation) au travers, notamment, de l'utilisation de certaines formes du discours telles que « on » ou « nous ». De ce fait, j'ai pu accéder à ce que fait le ou les thérapeute(s), qu'il s'agisse du systémicien, du cognitivo-comportementaliste ou encore de l'ethnopsychiatre. Mais ce n'est pas tout. L'ordre, dans lequel la méthode, du sosie et de l'autoconfrontation croisée, a été effectuée, a aussi permis aux participantes de mener une réflexion sur leur pratique, comme l'avaient mis en évidence Kloetzer et Henry (2010). Ainsi, cette réflexion a surtout été menée autour de la place de la culture dans leur pratique quotidienne mais aussi dans leur approche. Elles se sont ainsi rendues compte de l'importance de la dimension culturelle, non pas qu'elles ne la prenaient pas en compte, mais elles n'y réfléchissaient pas tellement, notamment concernant son réel impact en entretien. D'ailleurs, la dernière question posée lors de notre entretien, à savoir : « *Finallyment qu'est-ce que vous reprenez de notre entretien ?* », a permis de récolter des réponses très diverses mais teintées malgré tout d'une démarche réflexive alors initiée.

De plus, toujours en lien avec la méthodologie utilisée, il me paraît aussi intéressant de mentionner que cette dernière n'avait encore jamais été menée (en tout cas pas à ma connaissance) parmi le métier de psychologue, plus précisément, sur les « employés »

psychologues afin d'étudier leur activité. Or, comme nous avons pu le relever au chapitre précédent, malgré une forte utilisation de formes discursives se rapportant au collectif, qui démontre ainsi leur appartenance à un groupe, ce que Clot, Faïta, Fernandez et Scheller (2000) nomment « *le genre professionnel* », alors considéré comme une ressource, un autre élément a émergé très clairement du discours de mes participantes, et ce à plusieurs reprises. Il s'agit de l'idée que chacun est un être unique et, par conséquent, a sa propre personnalité, et son propre style. Ceci est valable, non seulement pour le patient, mais aussi pour le psychologue. Par conséquent, les participantes ont revendiqué à plusieurs reprises que, même si elles étaient imprégnées de théories et d'une approche, deux psychologues ne conduiraient pas un entretien thérapeutique de manière identique. Chacun, dans sa singularité, pouvant accorder un poids plus grand ou se focaliser davantage sur un pan de l'histoire ou du problème du patient selon ses intérêts. Ceci a, notamment, été mis en évidence afin d'expliquer les divergences d'opinions ou de pratiques alors introduites avec la partie 2. De ce fait, il s'agit d'un élément intéressant car il démontre que, si pour certains, la dimension culturelle fait partie des points à investiguer lorsqu'on reçoit un patient, mais sans autre, pour d'autres, elle peut être une variable importante à approfondir. Toutefois, comme l'ont mis en évidence plusieurs participantes, s'il n'y a pas d'indications particulières, il n'est pas nécessaire de s'y attarder. Ces discours, finalement, mettent fortement en évidence l'idée que deux psychologues n'auront certainement pas la même activité de par la singularité de chacun de nous, ceci se rapportant, notamment, à la sensibilité à certains sujets. De tels propos me paraissent très cohérents avec le métier de psychologue. C'est, en effet, ce que nous pouvons entendre tout au long de nos études. D'ailleurs, la plupart des participantes ont rencontré des difficultés avec la première consigne et ne souhaitaient pas que je fasse comme elles. Toutefois, comme nous avons pu le constater, beaucoup d'éléments tendaient à converger dans la pratique des participantes de même approche ou même d'approches différentes.

Toute cette démarche, finalement, me permet de répondre aux questions de recherche que je me suis posées en début de ce travail et qui l'ont guidé. La première question est, pour rappel : « *Qu'en est-il de la place de la culture dans ces différentes approches de la psychologie ? Comment prennent-elles en compte la culture dans le processus thérapeutique et pourquoi ?* » Il s'est avéré que toutes mes participantes considèrent la culture dans leur pratique, que cela se soit révélé consciemment ou pas (la deuxième partie de notre entretien ayant beaucoup aidé à rendre cette dimension consciente, comme nous avons pu le constater au travers des différents exemples) et ce contrairement à ce qui avait été relevé dans

le chapitre 2 de ce travail, mais j'y reviendrai. Il s'agit pour chacune de mener une investigation quant à l'appartenance culturelle du patient, celle-ci influençant qui il est (ses pensées, ses comportements) et ses propres représentations de la maladie, comme nous l'avions relevé dans la partie théorique. En d'autres termes, elle est considérée comme indistincte du patient. De ce fait, aussi, toutes les participantes ont défini la culture en terme de ressource en entretien thérapeutique, celle-ci permettant de davantage comprendre le patient et son contexte. Il apparaît ainsi qu'on ne peut concevoir un individu en dehors d'une ou de plusieurs cultures, son comportement étant alors fortement influencé par celles-ci. Ceci rejoint précisément les propos de Licata et Heine (2012) qui, pour rappel, considèrent la culture comme étant au cœur du comportement humain. Avec de tels propos, on ne saurait détacher l'individu de cette dimension. Néanmoins, si pour mes participantes cette dernière reste importante, elle ne l'est pas forcément dans le cadre d'une thérapie (tout n'étant pas toujours culturel). Comme beaucoup l'ont mentionné, il s'agit plutôt de garder cette information-là dans un coin de la tête, et voir si cela peut servir par la suite. D'ailleurs, ces propos concordent fortement avec ce qui a pu être dit par les participantes ethnopsychiatres, et ce, malgré les nombreuses critiques que nous avons pu relever à leur égard (tendance à tout converger vers la culture). Gounongbé (2008), d'ailleurs, conseillait de tirer des leçons de cette dernière approche.

Or, comme nous avons pu le mentionner dans le chapitre 2, après un survol de la littérature, pas toutes les approches ne considèrent cette dimension comme étant importante. La TCC n'en faisait d'ailleurs quasiment pas mention et l'approche systémique y faisait référence mais de manière extrêmement mineure. Il semble, de ce fait, en nous référant à mes résultats, que chacun apporte quelque chose de plus à sa pratique, comme l'ont démontré Clot et al. (2000, 2005, 2011) au travers de leurs recherches, les psychologues ne reproduisant pas simplement ce que font leurs prédécesseurs ou les livres. D'ailleurs, nous avons pu observer des propos similaires, notamment dans la TCC qui apparaît comme une approche en pleine évolution. Nous avons pu le constater aussi avec Goldbeter-Merinfeld et Vander Borgh (2002) qui démontrent que l'approche systémique, elle aussi évolue, et prend de plus en plus en compte cette dimension, les propos des thérapeutes systémiciennes allant aussi dans ce sens. La psychologie apparaît ainsi comme une discipline en évolution constante. La théorie ne semblant pas toujours aux faits de la réalité, chacun doit s'adapter aux patients qu'ils rencontrent et, comme l'ont souligné ces participantes, elles sont de plus en plus confrontées à des patients de diverses cultures. Ces expériences leur ont donc permis d'entamer une

réflexion quant à la place de la culture en entretien. D'ailleurs, comme l'a relevé l'une d'elles, il est très rare de rencontrer des patients tels qu'ils apparaissent dans les ouvrages théoriques. Ces propos viennent donc réfuter ma première hypothèse et montrent que mes participantes ont dû s'adapter à leur contexte et à leurs patients.

Cependant, ce qui s'est révélé très frappant, et ce à quoi je ne m'attendais pas, est le fait que chacune des participantes ait fait mention de la culture, tout au long de notre entretien, en la retravaillant et en l'adaptant à son approche. Ceci me permet de répondre à ma deuxième question de recherche qui est : « *Quelle est leur vision de la culture, quel sens lui donnent-elles ?* » Il s'est avéré que chacune s'approprie cette dimension et l'adapte à l'approche systémique, à la TCC ou à l'ethnopsychiatrie, en fonction des concepts théoriques qui fondent chacune d'entre elles. Et il semble qu'elles ne s'en rendent pas compte. Malheureusement, je n'ai pas su rebondir sur cet élément, mais je pense qu'il aurait été intéressant de leur poser explicitement la question et de décortiquer avec elles ce phénomène. De fait, comme nous avons pu le constater, chez Tatiana*, la culture est considérée comme influençant les schémas de pensée, les représentations, ainsi que l'interprétation du monde. Ainsi, même si chacune apporte une pierre de plus à son approche et contribue à son évolution, elles n'en oublient pas pour autant leurs appartenances théoriques. Nous sommes donc (je m'identifie moi-même en tant que psychologue) imprégnés par notre formation, nos théories, notre approche, et cela influence notre activité et notre manière de concevoir le patient et son problème, même si une part reste personnelle comme elles l'ont souligné.

De plus, si je m'intéresse au terme de culture à proprement parler, il est aussi intéressant de rappeler que toutes ont eu quelques difficultés à en donner une définition claire et précise. Cela a été très particulièrement mis en évidence par une participante ethnopsychiatre qui pourtant côtoie cette dimension tous les jours. Cette difficulté n'est pas sans rappeler ce que nous avons pu relever dans le chapitre 1.3. La définition de la culture apparaît comme étant mouvante et différente selon les approches, par conséquent, il paraît faux de parler de « la » définition étant donné qu'il n'existe aucun consensus à ce propos. Il semble, ainsi, que la tentative de chacune des participantes de définir ce terme reflète parfaitement sa complexité. Toutefois, il apparaît que les définitions données par chacune d'entre elles ne sont pas si éloignées les unes des autres. Son application, notamment, se rapporte très clairement, pour tout le monde, à la pensée et au comportement. Les propos précédents, mais aussi ce dernier point, me permettent donc de réfuter à son tour ma deuxième hypothèse. En effet, si la dimension culturelle est prise en compte dans l'entretien thérapeutique, c'est notamment

parce que celle-ci influence le patient, son comportement mais aussi les idées qu'il se fait de sa maladie. De ce fait, il est important de l'investiguer. De plus, elle n'est pas à exclure des théories sous-tendant chacune des approches. La culture semble, au contraire, retravaillée en fonction de celles-ci et est, par conséquent, incluse dans le dispositif. Cependant, ce qui a été souligné à plusieurs reprises par ces participantes est le fait que toute situation ne requiert pas toujours une investigation approfondie de la culture du patient car tout n'est pas toujours culturel.

Nous avons pu observer aussi, outre l'appartenance culturelle du patient, que toutes n'ont pas toujours fait mention de leur propre culture et de son implication dans la rencontre avec le patient, car cela aussi peut se révéler crucial dans le processus thérapeutique comme nous avons pu le relever dans le cadre théorique. En effet, comme souligné par de nombreux chercheurs, dans l'entretien se met en place un processus de co-construction du problème, chacun amenant alors un peu de lui. Or, outre la théorie dont est porteur le psychologue, celui-ci amène aussi ses propres représentations et conceptions de la maladie, tout comme le patient. Il s'avère qu'une non prise en compte, par le psychologue, de la culture du patient, mais aussi de la sienne, peut amener un certain nombre de difficultés, comme le soulignent Goguikian Ratcliff et Strasser (2009), telles que des malentendus, des jugements, des blocages, ceci pouvant venir affecter l'alliance thérapeutique. C'est d'ailleurs ce qu'ont soulevé les participantes à plusieurs reprises, mettant l'accent, notamment, sur les préjugés ou les stéréotypes. Il s'agit, en outre, d'éviter tout risque d'ethnocentrisme de la part du thérapeute. Cependant, chacune y a pris conscience au cours de notre entretien, même s'il s'est avéré qu'elles la (leur propre culture) prenaient en compte habituellement mais sans que cela se révèle consciemment, l'habitude y jouant peut-être un rôle. Ainsi, comme pour venir répondre à ma troisième question de recherche : « *Dans quelle mesure les cliniciens développent-ils une approche « réflexive » sur leurs propres représentations provenant de leur culture lors de la rencontre avec l'autre ? Et quels sont les moyens mis en œuvre ou à disposition pour en prendre conscience ?* », il s'est avéré que toutes ont mentionné la supervision comme étant une ressource indispensable pour, non seulement se rendre compte des processus en jeu dans la rencontre, mais aussi pour limiter les difficultés pouvant y surgir, dont celles gravitant autour de la dimension culturelle. Or, il s'agit d'un aspect du « métier » de psychologue qui n'est pas tellement mentionné dans les livres. Mais outre cette aide dans le parallèle de la rencontre, les participantes ont aussi mentionné la formation et la pratique comme leur ayant permis de mener une réflexion sur la culture, dont la leur. Finalement, ces

propos viennent réfuter ma troisième et dernière hypothèse. Il s'avère que chacune des participantes prend en compte sa propre culture dans l'entretien même si les questions posées au cours de notre rencontre ont fortement contribué à rendre cet aspect-là conscient. En effet, notre propre entretien semble aussi avoir amené mes participantes à entamer une nouvelle réflexion autour de la place de la culture (celle du patient et la leur) mais aussi sur leur pratique. Enfin, il s'avère que la formation a, elle aussi, une place importante dans la réflexion menée sur cette dimension et sur leur propre culture, même si elle a été plutôt incarnée par des personnages importants tels qu'un professeur particulièrement attentif à cette dimension ou un superviseur.

6.2 Limites de la recherche

Malgré les apports de cette recherche, mis en évidence précédemment, il est possible de relever quelques limites.

La première limite concerne l'analyse et l'interprétation des résultats. En effet, si je prends tout d'abord l'analyse, et plus précisément le codage, celui-ci a été fait principalement par moi. Même s'il y a eu un accord inter-juge avec Mme Nathalie Muller Mirza quant aux quatre premiers thèmes, le codage a été effectué seul. De ce fait, un autre chercheur pourrait, peut-être, obtenir des résultats différents en fonction de son analyse. Cette remarque peut aussi s'appliquer au processus d'interprétation des résultats. D'ailleurs, Apothéloz et Grossen (1995) soulevaient, elles aussi, dans leur article, le problème de l'interprétation et de qui la fait. Il est essentiel, comme le met en évidence Vasilachis de Gialdino (2012), de respecter l'interviewé et son discours et d'être au plus près du sens qu'il donne à ce dernier. Toutefois, la construction de ce sens, comme elle le met en évidence, et qui rappelle nos propos au chapitre 1, est « coopérative » ce qui implique aussi une part du chercheur, avec ses présupposés et ses théories. En effet, selon elle, quoi qu'il arrive, l'interprétation n'est jamais neutre. La lecture est toujours personnelle, impliquant la personnalité de l'interprète. Il s'agit ainsi, pour lui, non pas d'en faire abstraction mais de l'utiliser comme instrument. Je pense que cette dernière citation résume remarquablement bien les propos mentionnés ci-dessus : « *le facteur humain étant la grande force et la faiblesse fondamentale de la recherche qualitative* » (Vasilachis de Gialdino, 2012, p. 163). Les limites à une recherche qualitative, relevant de la singularité du chercheur, étant toujours présentes, il s'agit surtout de s'en rendre compte et de ne pas considérer les résultats obtenus comme vérité absolue. Il est donc

primordial de garder ces notions à l'esprit et de conserver un regard critique quant à l'analyse et aux résultats obtenus.

Enfin, la deuxième limite à ma recherche concerne cette fois la population rencontrée. En effet, pour cette recherche, comme je l'ai déjà mentionné, je n'ai rencontré que des participantes femmes. Ce qui n'était pas un objectif pour ce travail. Toutefois, je me suis rendue compte au fil des résultats, que cela pouvait avoir une incidence sur la sensibilité de chacune à la problématique de la culture et, notamment, sur les difficultés engendrées par cette dimension dans la rencontre avec le patient. Effectivement, ces participantes m'ont rapporté, à plusieurs reprises, des exemples de rencontres où la dimension culturelle a engendré de grandes difficultés dans le processus thérapeutique. Ces difficultés étant surtout liées au statut de la femme dans les différentes cultures rencontrées. L'une d'elle, par exemple, a rapporté avoir dû faire appel à un collègue homme afin de désamorcer une situation où le patient, chef de famille, était peu disposé à l'écouter étant donné qu'il s'agissait d'une femme (cet exemple renvoyait à la place accordée à l'homme et à la femme, en société, dans la religion musulmane). D'autres exemples, encore, ont été rapportés où elles ont été confrontées à des femmes voilées. Cet exemple, repris par plusieurs participantes, a remis en question leurs propres croyances et conceptions de la femme et a confronté chacune d'elles à des préjugés, parfois très durs. Tout ceci, finalement, se rapportant au sexe des participantes et étant très présent dans leur discours, je me suis demandée à quel point les propos d'un thérapeute homme auraient pu être différents. Je me suis demandée, notamment, quels auraient pu être les exemples rapportés par ceux-ci, en lien avec la dimension culturelle, et ce que cela implique comme difficultés dans un entretien. Je pense, de ce fait, que mes résultats et conclusions ne sont pas suffisamment représentatifs des thérapeutes de manière générale, étant donné que l'un des sexes n'est pas du tout représenté dans cette recherche. Il s'agirait, par conséquent, d'un point intéressant à reprendre pour un futur travail.

CONCLUSION

Au travers de cette recherche, nous avons pu mettre en évidence le fait que l'entretien thérapeutique était un espace complexe et dynamique où un grand nombre de processus entrent en jeu, par exemple des processus de négociation, d'interprétation, et de co-construction du sens apporté à la demande et au problème du patient. Je me suis donc légitimement demandée ce qu'il en était lorsque thérapeute et patient font référence à des systèmes symboliques autres et des représentations différentes. Faut-il prendre en compte la dimension culturelle dans un tel contexte ? Cette question semble avoir interpellé un grand nombre de chercheurs qui postulent qu'il est important de considérer la culture de chacun car celle-ci peut influencer nos représentations quant à la maladie, mais aussi pour le thérapeute, les soins à prodiguer. Toutefois, il est aussi recommandé de trouver un juste milieu entre universalisme et culturalisme, chacun pouvant partir dans des extrêmes. D'ailleurs, certains chercheurs ont même proposé de s'inspirer des apports de l'ethnopsychiatrie dans leur pratique, celle-ci reflétant bien la contribution de la dimension culturelle à la compréhension du problème apporté par le patient en thérapie. Ainsi, si les chercheurs ont relevé l'importance de prendre en compte une telle dimension dans l'entretien thérapeutique, il s'est avéré, en investiguant de plus près sa place dans les approches étudiées, entre autre la littérature portant sur l'approche systémique et la TCC, choisies pour cette recherche, qu'il était très peu fait mention de la culture et de son utilisation en thérapie. La culture, en ethnopsychiatrie, ayant une place toute particulière, comme nous avons pu le voir, même si elle fait parfois l'objet de critiques.

Alors qu'en est-il concrètement dans la pratique quotidienne des thérapeutes ? Quel rôle est donné à la culture ? L'analyse des différentes données récoltées à l'aide d'entretiens semi-structurés auprès de six thérapeutes représentantes des trois approches mentionnées ci-dessus, m'a permis d'arriver à des conclusions quelques peu différentes de la littérature, et m'a ainsi conduite à réfuter un grand nombre de mes hypothèses. En effet, le premier point soulevé par ce travail renvoie au fait que toutes les participantes ont fait mention de la culture, que cela se soit fait consciemment ou pas. Plus précisément, la partie 1 de notre entretien, qui consistait en une application de la méthode du sosie (Kloetzer et al., 2010, 2011) ainsi que la partie 2, qui consistait en une application révisée de l'autoconfrontation croisée (Clot et al., 2000, 2005, 2011), ont contribué à rendre la dimension culturelle, et son utilisation, consciente aux yeux des participantes qui l'avaient mentionnée mais sans réellement se rendre compte de son impact en entretien ou de son lien avec le patient. Notre entretien leur a donc permis

d'entamer une réflexion sur un concept qu'elles utilisaient, peut-être plus par habitude, sans s'attarder sur ce qu'il implique. De plus, ce qui explique un tel écart entre la littérature et l'activité réalisée est la pratique quotidienne et la rencontre avec des patients différents de ceux rencontrés dans les livres. De ce fait, chacune a dû s'adapter à son contexte professionnel et aux patients rencontrés, permettant ainsi à l'approche de s'améliorer.

Ainsi, au travers du discours de chacune des participantes, la dimension culturelle apparaît comme une dimension importante à investiguer lors d'un entretien, si cela fait sens pour le patient mais aussi pour le thérapeute. En effet, elles la considèrent comme indistincte de l'individu, c'est-à-dire que celle-ci influence qui nous sommes, nos comportements, nos pensées, et la manière de concevoir le monde, dont la maladie par exemple. Il apparaît, de ce fait, grave de négliger cet aspect étant donné son poids sur le comportement de l'individu. Ainsi, cette dimension a été considérée, par toutes les participantes, comme une ressource dans l'entretien thérapeutique. Celle-ci contribue à la compréhension du patient, de son problème, et de son contexte, en évitant ainsi tout ethnocentrisme, beaucoup d'exemples relatifs à cette difficulté ayant été donnés. Rappelons qu'il s'agit d'une critique récurrente adressée aux approches par l'ethnopsychiatrie (que l'on retrouve tant dans la littérature que parmi les discours des deux participantes ethnopsychiatres). La culture peut ainsi endosser le rôle de levier thérapeutique dans les situations difficiles teintées culturellement. Toutefois, un autre point a été mis en évidence par toutes les participantes, dont les ethnopsychiatres : tout n'est pas toujours culturel. Il s'agit de s'y attarder si cela a du sens dans le contexte de la thérapie. Or, il semble que la vignette clinique présentée lors de notre entretien, volontairement teintée culturellement, ait fait sens pour les participantes. Il serait, je pense, intéressant d'améliorer cette recherche en proposant une vignette qui ne comporte pas de référence à la culture, et de reprendre la même démarche afin de réellement mettre en évidence cette idée.

Un deuxième point important soulevé par cette recherche renvoie, cette fois, à la définition de la culture et au rôle que les participantes lui donnent à proprement parler. En effet, ce qui a été très surprenant tout au long du discours de ces participantes est la manière dont elles ont façonné cette dimension afin de l'adapter à leur approche et aux théories qui sous-tendent chacune d'entre elles. Ainsi donc, en TCC, la culture est considérée comme influençant la pensée, le comportement, ainsi que l'interprétation du monde. L'approche systémique y ajoute encore la dimension familiale et rappelle que tout le système familial est lui aussi inscrit dans un contexte culturel et est, par conséquent, aussi influencé par lui.

L'ethnopsychiatrie, encore, considère la culture comme influençant le fonctionnement psychique de l'individu, le sens qu'il donne au monde, ainsi que la manière de le percevoir. En y regardant de plus près, ces définitions de la culture apparaissent relativement similaires. Chacune mettant l'accent sur la culture comme étant au cœur du comportement humain. Ceci n'est d'ailleurs pas sans rappeler les propos recueillis dans la littérature, plus précisément, ceux de Licata et Heine (2012).

Néanmoins, si la culture, de manière générale, mais aussi celle du patient ont été longuement discutées, à l'initiative des participantes, il en a été autrement pour la culture du thérapeute. Il s'agit, précisément, du troisième point important mis en évidence par cette recherche. Ainsi, la culture du thérapeute est apparue bien plus tard dans nos entretiens, et a été introduite, la plupart du temps, par moi. Toutefois, il s'est avéré, au travers du discours de mes participantes, que chacune d'entre elles est au fait avec sa propre culture, ses appartenances, et le fait que celle-ci peut aussi venir influencer le déroulement de la thérapie. Notre entretien apparaît comme ayant permis de ramener toute cette part du thérapeute, et son implication, au niveau conscient. En effet, de nombreux exemples ont été rapportés, et tous témoignaient d'une grande réflexion vis-à-vis de l'autre mais aussi de soi-même.

Finalement, ce qui m'a permis de récolter ces informations précieuses quant à ce qui est entrepris en entretien, mais aussi ce qui a permis à mes participantes d'initier une réflexion quant à leur activité, est la méthode du sosie et de l'autoconfrontation croisée dont je me suis inspirée, et dont les résultats ont été mentionnés tout au long de cette conclusion. En effet, cette méthode, à ma connaissance jamais utilisée parmi des « employés » psychologues, a permis à mes participantes de partager avec moi ce qui était accompli habituellement par elles lors d'un premier entretien, mais aussi par le collectif, ceci notamment au travers de formes du discours telles que « on » ou « nous ». Ces formes ont été utilisées par mes participantes afin de mettre en évidence ce que fait leur collectif de travail, ceci venant souvent rassurer leur propos quant à leur activité individuelle. La partie 2 de notre entretien¹⁴, rapportant des propos contradictoires de la part du collectif de travail, a ensuite permis aux participantes de se détacher de celui-ci et d'opérer une réflexion quant à leur propre pratique, ceci autour de la dimension culturelle. Si certaines ont soutenu le collectif de travail et remis en question l'exercice, d'autres ont confirmé l'importance de la dimension culturelle en entretien

¹⁴ Pour rappel, il s'agissait d'une confrontation avec des propos divergents des leurs. Si la participante faisait mention de la culture dans la partie 1 alors il leur était rapporté que d'autres collègues de la même approche considéraient cette dimension comme très secondaire dans le cadre d'une thérapie et inversement.

thérapeutique, pour les raisons que j'ai mentionnées plus haut. Ainsi, cette démarche a contribué à ce que mes participantes entament une réflexion plus individuelle quant à leur activité, ceci en lien avec la thématique de la culture. Il s'est avéré, en effet, comme relevé précédemment, que si toutes prenaient en compte la culture dans leurs entretiens, toutes ne le faisaient pas de manière consciente ou, du moins, ne considéraient pas tous les enjeux autour de cette dimension de manière consciente. La dernière question posée lors de notre entretien a d'ailleurs souligné ce fait à plusieurs reprises. Certaines ont même décidé d'entreprendre une réflexion plus poussée quant à cette dimension au cours de leur carrière. Ma recherche apparaît ainsi comme le début d'un long chemin réflexif pour certaines de mes participantes.

Ces divers résultats démontrent, pour conclure, à quel point la psychologie est un domaine en évolution constante, chacun des professionnels s'adaptant à leur contexte et aux patients qu'ils rencontrent. Toutefois, elle met aussi en évidence, peut-être, un manque manifeste dans la formation des psychologues. Cette critique s'adressant davantage à l'approche systémique et à la TCC, même si les écrits plus récents démontrent l'intérêt grandissant des recherches pour la dimension culturelle et son implication dans l'entretien thérapeutique. En effet, certains récents écrits relèvent l'importance de prendre en compte cette dimension, notamment de par son influence sur le comportement humain. Une non prise en compte pouvant alors entraîner des difficultés dont des malentendus, des jugements négatifs, des stéréotypes, ainsi qu'un impact manifeste sur l'alliance thérapeutique alors centrale, comme nous avons pu le voir, dans le succès du travail thérapeutique. Ce mémoire met donc en évidence l'importance de prendre compte l'appartenance culturelle du patient mais aussi du thérapeute, ceci afin d'éviter tout ethnocentrisme dans le domaine du soin.

BIBLIOGRAPHIE

- Albernhé, K., & Albernhé, T. (2008). *Les thérapies familiales systémiques* (3^{ème} éd.). Paris, France : Masson.
- Apothéloz, D., & Grossen, M. (1995). L'activité de reformulation comme marqueur de la construction du sens : réflexions théoriques et méthodologiques à partir de l'analyse d'entretiens thérapeutiques. *Cahiers de l'institut de linguistique et des sciences du langage*, 7, 177-198. Récupéré à http://denis.apotheloz.perso.sfr.fr/articles/Cahiers_ILSL.pdf
- Arpin, J.A. (1992). L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans sa relation avec le patient. *Revue Santé mentale au Québec*, 17 (2), 99-112. DOI : 10.7202/502072ar
- Beneduce, R. (2006). L'apport de Frantz Fanon à l'ethnopsychiatrie : critique. *VST – Vie sociale et traitements*, 1 (89), 85-100. DOI : 10.3917/vst.089.100
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (2^{ème} éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Bondolfi, G., & Bizzini, L. (2006). La formation en psychothérapie cognitivo-comportementale. *Psychothérapies*, 26 (4), 211-220. DOI : 10.3917/psys.064.0211
- Chaloult, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale*. Montréal, Canada : Chenelière.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2 (1), 1-7. Récupéré à <http://pistes.revues.org/3833>
- Clot, Y., & Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le travail humain*, 68 (4), 289-316. DOI : 10.3917/th.684.0289
- Clot, Y., & Kostulski, K. (2011). Intervening for transforming : the horizon of action in the clinic of activity. *Theory & Psychology*, 21 (5), 280-296. DOI : 10.1177/0959354311419253
- Cuche, D. (2010). *La notion de culture dans les sciences sociales* (4^{ème} éd. Rev. et augm.). Paris, France : La Découverte.
- Darwiche, J. (2014). *Pensée et pratique systémique*. Université de Lausanne.

Devereux, G. (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (3^{ème} éd. Rev. et corr.). Paris, France : Gallimard.

Elkaïm, M. (2004). L'expérience personnelle du psychothérapeute : approche systémique et résonance. *Psychothérapies*, 24 (3), 145-150. DOI : 10.3917/psys.043.0145

Fasseur, F. (2014). *Méthodes qualitatives d'intervention et de recherche*. Université de Lausanne.

Goguikian Ratcliff, B., & Strasser, O. (Eds.). (2009). *Clinique de l'exil. Chroniques d'une pratique engagée*. Chêne-Bourg, Suisse : Georg.

Goldbeter-Merinfeld, E., & Vander Borgh, C. (2002). D'une culture à l'autre, d'une famille à l'autre. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 28 (1), 1-7. DOI : 10.3917/ctf.028.0001

Gounongbé, A. (2008). Le psychologue et sa culture : contre-transfert dans la clinique. *L'Autre*, 9 (1), 81-99. DOI : 10.3917/lautr.025.0081

Grossen, M. (1992). Intersubjectivité et négociation de la demande lors d'un premier entretien thérapeutique. In M. Grossen, & A.-N. Perret-Clérmont (Eds.), *L'espace thérapeutique : cadres et contextes* (pp. 165-192). Neuchâtel, Suisse : Delachaux et Niestlé.

Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (2006). *L'entretien clinique en pratiques : Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris, France : Belin.

Jodelet, D. (1992). Connaître sans savoir mais savoir prendre : un art populaire d'emprise sur la folie. In M. Grossen, & A.-N. Perret-Clérmont (Eds.), *L'espace thérapeutique : cadres et contextes* (pp. 37-62). Neuchâtel, Suisse : Delachaux et Niestlé.

Jodelet, D. (2006). Culture et pratiques de santé. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1 (1), 219-239. DOI : 10.3917/nrp.001.0219

Kloetzer, L., & Henry, M. (2010). Quand les instruments de métier deviennent objets de discours : une condition d'analyse du travail en autoconfrontation croisée ? *Activités*, 7 (2), 44-62. Récupéré à <http://www.activites.org/v7n2/v7n2.pdf>

Kloetzer, L. (2011). L'engagement conjoint dans la pratique comme clef du développement de l'activité des tuteurs. *Revue de psychologie du travail et des organisations*, 17, 445-464. Récupéré à http://revue-pto.com/art_epto/epto%2026R.pdf

Laurent, N. (2007). Que veut le thérapeute cognitivo-comportemental ? *La revue lacanienne*, 3 (3), 111-118. DOI : 10.3917/lrl.073.0111

Leanza, Y., & Klein, P. (2002). Professionnels de la santé et de la relation d'aide en situation interculturelle : quelle formation ? In P.-R. Dasen, & C. Perregaux (Eds.), *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (pp. 281-298). Paris, France : De Boeck Supérieur.

Le petit Larousse illustré. (2007). Paris, France : Larousse.

Licata, L., & Heine, A. (2012). *Introduction à la psychologie interculturelle*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Maisonneuve, J. (1982). *Introduction à la psychosociologie* (4^{ème} éd. Rev. et augm.). Paris, France : Puf.

Miles, M.B., & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^{ème} éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.

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, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 10 (2), 211-224. DOI : 10.3917/lautr.029.0211

Moro, M.R., & Lachal, C. (2012). *Les psychothérapies : modèles, méthodes et indications* (2^{ème} éd.). Paris, France : Armand Colin.

Nathan, T. (2001). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique* (2^{ème} éd.). Paris, France : Dunod.

Ostojic, A. (2015, janvier). Les fous enchaînés du XXI^e siècle. *Le journal de toutes les psychologies*, (15).

Platteau, G., & Scandariato, R. (2002). Le génogramme, outil d'un processus de formation au Sénégal. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 28 (1), 21-41. DOI : 10.3917/ctf.028.0021

Pomini, V. (2014). *Interventions cognitivo-comportementales*. Université de Lausanne.

Vasilachis de Gialdino, I. (2012). L'interprétation dans la recherche qualitative : problèmes et exigences. *Recherches qualitatives*, 31 (3), 155-187. Récupéré à <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

ANNEXES

A. Formulaire d'information pour les participantes



Master en psychologie

Mémoire de Master

Formulaire d'information pour le/la participant(e)

Responsable de Mémoire : Nathalie Muller-Mirza

Etudiante responsable de projet : Kelly Rodrigues

But de l'étude : Cette recherche se fait dans le cadre d'un mémoire de Master. L'objet de ce travail est d'explorer différentes approches cliniques en psychologie et d'étudier la façon dont les professionnel(le)s s'en approprient les modèles théoriques et les techniques et les ajustent en situation.

Nature de la participation : Nous vous proposons de participer à un entretien individuel d'une durée de 45 minutes environ. La participation est libre et volontaire.

Confidentialité et utilisation des résultats : Les renseignements donnés seront traités de manière strictement confidentielle. Après transcription, l'enregistrement sera détruit et les données concernant votre identité seront codées et rendues méconnaissables.

Droit du participant : Vous pouvez à tout moment suspendre votre participation, sans fournir de justification.

Suivi de l'entretien : Si vous vous sentez inconfortable après cet entretien ou souhaitez en parler, n'hésitez pas à en informer l'étudiante chargée du projet. De plus, si vous souhaitez un rendu à la fin du projet, faire la demande auprès de l'étudiante responsable.

B. Formulaire de consentement pour les participantes



Mémoire de Master

Formulaire de consentement pour les participant(e)s

1. On m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche, ainsi que de son déroulement.
2. Ma participation à cette étude est volontaire et je peux me retirer en tout temps.
3. Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
4. J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
5. J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom, prénom de l'étudiante

Date

Signature

Nom, prénom du/de la participant(e)

Date

Signature

Enseignante responsable du Mémoire

Nathalie Muller Mirza, MER
Institut de Psychologie, Faculté des sciences sociales et politiques
Geopolis (bureau 4240) Université de Lausanne
1015 Lausanne
Tél: +41 21 692 32 54

C. Canevas pour ethnopsychiatres

Vignette :

Bruce, un jeune homme de 26 ans, vient de perdre son emploi pour des raisons de restructuration. Depuis, il a beaucoup de peine à s'en remettre et reste cloîtré chez lui avec l'impression que personne ne voudra plus de lui.

Ses parents, des immigrants sénégalais, ne comprennent pas son abattement car Bruce a toujours été très persévérant et motivé ce qui se situe à l'opposé de son comportement actuel. Lors de chaque rencontre, ils lui conseillent de se reprendre en main au plus vite car cela ne se fait pas de rester à la maison sans rien faire, ce qui se termine souvent en disputes.

La mère de Bruce décide alors de prendre contact avec vous pour que vous puissiez venir en aide à son fils qu'elle ne reconnaît plus.

Partie 1 : il s'agit d'un jeu de rôle autour de la vignette (je suis une collègue qui doit vous remplacer pour une journée)

- **Question de départ : Si vous étiez amenée à vous absenter pour une quelconque raison et que je devais vous remplacer pour rencontrer cette personne (Bruce), qu'est-ce que je devrais faire pour « être vous » ?** (*Mon objectif avec cette question est d'avoir une idée de qui elle, de comment elle s'approprie son approche, et de voir comment elle aborde la question de la culture à travers cette vignette*)
- **Comment accueillir ce jeune homme ? Comment dois-je me comporter avec lui? Quel est le dispositif ?** (*Est-ce que le dispositif est toujours le même ? Même approche du patient ? Est-ce que des éléments du ressenti personnel du psychologue (conscient ou inconscient selon sa réponse) transparaissent dans cette réponse ? Ressentis éventuellement face à la culture de la patiente ?*)
- **Quelle est votre démarche ? Lors de la rencontre ou générale** (*Est-ce que la démarche est essentiellement centrée sur les aspects culturels ? Si oui ou non pourquoi ? (cela est relativement critiqué dans la littérature = on finit par ne voir « que » la culture)*)
- **Y a-t-il des éléments auxquels je devrais faire attention quant à ma relation avec ce patient ?** (*Question qui me sert à voir si le professionnel prend en compte des éléments qui peuvent venir perturber la relation patient-psy, qu'elle se rend compte que des éléments peuvent avoir un impact sur elle et donc sur la relation.*)

Eventuellement des comportements inconscients, contre-transfert etc... Est-ce qu'elle y pense et c'est normal pour elle d'y penser ou est-ce que cela lui vient avec la question ?)

- **Puis plus précisément**
 - o **Quels sont les éléments que je devrais analyser dans cette vignette et qui vous paraissent pertinent pour travailler par la suite ? Quel vous semble être le problème central ?** (*Voir si éventuellement seul la problématique de la culture intéresse le professionnel ou est-ce qu'elle prend en compte d'autres éléments et s'intéresse à chaque partie de la vignette*)
- **Si elle parle de la problématique de la culture** (comme je m'y attends)
 - o **Donc la culture ici vous semble être un élément pertinent? Pourquoi devrais-je la prendre en compte ?** (*pourquoi, dans cette vignette la culture a son importance*)
- **Que proposeriez-vous éventuellement à ce jeune homme? Comme ça de prime abord ?** (*Est-ce que la proposition est essentiellement centrée sur l'aspect culturel de la vignette ?*)

Partie 2 : Confrontation avec un « collègue » (*mes objectifs ici sont de voir : si la confrontation lui permet peut-être d'avoir accès à une partie plus inconsciente de son travail, dont elle se rend moins compte. Mais aussi de voir comment la personne réagit autour de la notion de culture lorsqu'elle est quelque peu contredite par des « éventuels collègues ». De plus, va-t-elle parler de la culture en générale, de celle de l'autre ou aussi de la sienne ? → Amener à la réflexion*)

Entretiens menés avec des ethnopsychologues :

- **J'ai déjà eu l'occasion de mener des entretiens avec des professionnels d'autres approches et de travailler autour de cette même vignette. Ce qu'il en est ressorti est qu'ils prennent très peu en compte la notion de culture dans leur démarche, cette problématique est très secondaire voire inexistante... Qu'en pensez-vous ?**
- **Est-ce que cela vous surprend ? si oui ou non pourquoi ?**

Partie 3 : phase de clôture : discussion autour de l'approche et de la culture en générale

- **Est-ce que la manière dont vous m'avez répondu aujourd'hui est assez typique de votre approche ?** (*Ce qu'elle pense de son approche et si elle y a inclus des éléments*)

« personnels » qu'elle considère comme important MAIS aussi, voir si elle tient éventuellement un autre discours autour de la culture = entre ce qu'elle a pu dire dans la partie 1 et 2)

- **Pourquoi avoir choisi cette approche ?** (Je veux savoir par là si elle pense par exemple que les autres approches ne prennent pas assez en compte la culture = critique) Comment vous situez-vous par rapport à votre approche ? (Est-ce que seule la culture est importante ? son discours semble-t-il changer par rapport au début ?)
- **Est-ce que d'entendre ce qui se dit autour de la culture, notamment par les autres approches, vous fait voir les choses d'une autre manière ? Est-ce que ce sont des propos que vous aviez déjà entendus et/ou auxquels vous vous attendiez ?** (Voir le discours qu'elle va tenir autour de la culture et voir surtout si cela semble différer de la manière dont elle abordait la vignette au départ, ceci dans le cas où elle l'a peu approfondi en partie 2)
- **Concernant la thématique de la culture : comment vous situez-vous par rapport à cette thématique ?** (Quelle est son opinion autour de la culture)
 - **Qu'est-ce que c'est pour vous la culture ?** (Quelle en est sa propre définition, conception ?)
 - **Comment y avez-vous été sensibilisée durant votre formation ?** (Quels sont les discours de cette approche autour de la culture ? Comme le dit Leanza, sans prendre en compte la culture de l'autre, on ne peut le comprendre dans son entier ce qui peut affecter la relation d'aide)
 - **Avez-vous appris des choses des autres cultures ? Vous êtes-vous intéressée aux autres cultures ?** (Afin de faciliter le travail)
 - **A quoi faites-vous attention lorsque vous êtes face à une culture différente de la votre ? (Prenez-vous en compte votre propre culture lors des entretiens ?)** (Est-ce que le psy prend en compte sa propre culture ? Est-ce qu'il se rend compte que sa propre culture est importante et peut altérer le déroulement de l'entretien ? De même que son ressenti vis-à-vis d'une culture différente de la sienne ? Va-t-il parler du dispositif qui consiste à être à plusieurs ou des différentes techniques tels que le décentrage etc ?)
 - **Pensez-vous que cela puisse influencer votre manière d'être avec une personne ?** (Éventuellement en lien avec un contre-transfert culturel ou représentations) **Si oui comment ?**

- **Avez-vous déjà entendu parler de contre-transfert culturel ?** (Définition de Moro : *réactions implicites et explicites, conscientes et inconscientes du clinicien par rapport à tout ce qui fait l'être culturel du patient*) **Avez-vous un exemple ? Que faites-vous pour y remédier ?** (Supervision ? Travail en équipe ?) (Est-ce qu'il sait de quoi il s'agit ? Y est sensibilisé ? Reconnaît son importance ?)
- **Enfin, qu'est-ce que vous retenir de notre entretien ? Comment ça s'est passé ?** (*Voir ce qui l'a marqué : de pouvoir parler de son approche ? la problématique de la culture ? d'entendre des propos qui diffèrent du sien ? etc*)

D. Canevas pour systémiciens et thérapeutes TCC

Vignette :

Bruce, un jeune homme de 26 ans, vient de perdre son emploi pour des raisons de restructuration. Depuis, il a beaucoup de peine à s'en remettre et reste cloîtré chez lui avec l'impression que personne ne voudra plus de lui.

Ses parents, des immigrants sénégalais, ne comprennent pas son abattement car Bruce a toujours été très persévérant et motivé ce qui se situe à l'opposé de son comportement actuel. Lors de chaque rencontre, ils lui conseillent de se reprendre en main au plus vite car cela ne se fait pas de rester à la maison sans rien faire, ce qui se termine souvent en disputes.

La mère de Bruce décide alors de prendre contact avec vous pour que vous puissiez venir en aide à son fils qu'elle ne reconnaît plus.

Partie 1 : il s'agit d'un jeu de rôle autour de la vignette (je suis une collègue qui doit vous remplacer pour une journée)

Question de départ : Si vous étiez amenée à vous absenter pour une quelconque raison et que je devais vous remplacer pour rencontrer cette personne (Bruce), qu'est-ce que je devrais faire pour « être vous » ? (*Mon objectif avec cette question est d'avoir une idée de qui elle, de ce qui est important ou pas pour elle (se seront sûrement les Iers éléments mis en évidence), de voir si déjà des éléments de culture apparaissent sans que je ne les aborde*)

- **Comment accueillir ce jeune homme ? Comment dois-je me comporter avec lui ?** (*Selon l'approche seul ou en famille ? Est-ce que des éléments du ressenti personnel du psychologue (conscient ou inconscient selon sa réponse) transparissent dans cette réponse ? Ressentis éventuellement face à la culture du patient ?*)
- **Quelle est votre démarche ? Que faites-vous habituellement dans ce genre de cas ?** (*Selon ce qu'elle me dit j'approfondirai*)
- **Y a-t-il des éléments auxquels je devrais faire attention quant à ma relation avec ce patient ?** (*Question qui me sert à voir si le professionnel prend en compte des éléments qui peuvent venir perturber la relation patient-psy, qu'elle se rend compte que des éléments peuvent avoir un impact sur elle et donc sur la relation. Eventuellement, des comportements inconscients, contre-transfert etc... Est-ce qu'elle*)

y pense et c'est normal pour elle d'y penser ou est-ce que ça lui vient avec la question ?)

- **Puis plus précisément :** *(est-ce que dans cette partie il vaut mieux rester vague et me fier essentiellement à ce qu'elle me dit en la laissant guider ou puis-je avec les questions qui suivent demander plus de précisions sur cette vignette ?)*
 - **Quels sont les éléments que je devrais analyser dans cette vignette et qui vous paraissent pertinents pour travailler par la suite ? Quel vous semble être le problème central ?** *(Y a-t-il des éléments sur la culture ? C'est-à-dire une mention sur sénégalais, sur la place du travail pour eux ou autour des origines de Bruce? Y a-t-il une référence à d'éventuels stéréotypes sur les africains et le travail ?) Ceci pour que je sois le plus proche de votre démarche possible.*
 - **Si oui ! – Donc la culture ici vous semble être un élément pertinent? Pourquoi devrais-je la prendre en compte ?** *(Je veux voir ici, si la culture est une variable qu'elle prend souvent en compte, à laquelle elle attache habituellement de l'importance et si oui pourquoi)*
 - **Si non ! - Qu'est-ce que je dois approfondir dans l'histoire de ce jeune homme alors ?** *(Sans faire mention de la culture, que j'aborderai dans la partie 2)*
- **Que proposeriez-vous éventuellement à ce jeune homme ? Comme ça de prime abord ?** *(A nouveau, est-ce que des éléments culturels interviennent dans sa proposition ?)*

→ Je poserai ces petites questions dans le cas où elle ne les aborde pas ou si sa réponse reste très courte ou vague. Il s'agit alors d'approfondir un peu ses propos.

Partie 2 : Confrontation avec un « collègue » *(mes objectifs ici sont de voir : si la confrontation lui permet peut-être d'avoir accès à une partie plus inconsciente de son travail, dont elle se rend moins compte. Mais aussi de voir comment la personne réagit autour de la notion de culture lorsqu'elle est quelque peu contredite par des « éventuels collègues ». De plus va-t-elle parler de la culture en générale, de celle de l'autre ou aussi de la sienne ? → Amener à la réflexion)*

2.1 : Dans le cas où la personne a abordé le thème de la culture d'elle-même dans la partie 1 :

- **J'ai eu l'occasion de mener déjà d'autres entretiens et j'ai pu travailler autour de cette vignette avec des professionnels qui se situent dans la même approche que vous, et ils ne m'ont pas du tout fait mention de la culture, pour eux elle n'est pas très importante selon cette approche ou même pour eux de manière générale... Qu'en pensez vous ?**

- **Etes-vous d'accord avec ces affirmations ? (Si oui ou non pourquoi ?)** (*Observer aussi sa gestuelle, sa posture pour voir si elle est mal à l'aise ou pas*)

2.2 : Dans le cas où la personne n'a pas abordé le thème de la culture d'elle-même dans la partie 1 :

- **J'ai eu l'occasion de mener déjà d'autres entretiens et j'ai pu travailler autour de cette vignette avec des professionnels qui se situent dans la même approche que vous, et l'un des 1ers éléments qui leur paraissait pertinent dans cette vignette était la problématique de la culture (notamment autour des origines du patient)... Qu'en pensez-vous ?**

- **Etes-vous d'accord avec ces affirmations ? (Si oui ou non pourquoi ?)**

Partie 3 : phase de clôture : discussion autour de l'approche et de la culture en générale

- **Est-ce que la manière dont vous m'avez répondu aujourd'hui est assez typique de votre approche ?** (*Ce qu'elle pense de son approche et si elle y a inclus des éléments « personnels » qu'elle considère comme important MAIS aussi, voir si elle tient éventuellement un autre discours autour de la culture = entre ce qu'elle a pu dire dans la partie 1 et 2*) **Comment vous situez-vous par rapport à votre approche ?** (*Est-ce que son discours change par rapport au début de l'entretien ?*)
- **Est-ce que les propos que je vous ai rapportés dans la partie 2 sont des propos que vous aviez déjà entendus ?** (*Voir le discours qu'elle va tenir autour de la culture et voir surtout si cela semble différer de la manière dont elle abordait la vignette au départ*)
- **Concernant à présent la thématique de la culture : comment vous situez-vous par rapport à cette thématique ? (Dans votre approche ou en générale)** (*Est-ce que finalement elle a une opinion sur la culture ? si elle n'en avait pas fait mention lors de l'exercice de la vignette, est-ce qu'elle considère tout de même que c'est important ?*)
 - o **Qu'est-ce que c'est pour vous ?** (*Quelle en est sa propre définition, conception de la culture ?*)

- **Y avez-vous été sensibilisée durant votre formation ? (Si non, mais que la personne l'a tout de même abordée dans la partie 1) Qu'est ce qui vous a amené à lui accorder une certaine valeur lors des entretiens ? (Comme le dit Leanza, sans prendre en compte la culture de l'autre, on ne peut le comprendre dans son entier ce qui peut affecter la relation d'aide et alors risques de réactions pouvant aller jusqu'au racisme. Est-ce que ces propos se retrouvent ici ?)**
- **Est-ce que parfois vous avez l'impression de ne pas trop vous comprendre avec le patient en face de vous, qu'il y a des malentendus ?**
 - **Si Oui ! Est-ce que cela arrive plutôt avec des personnes « d'autres cultures » ? A quoi pensez-vous que cela soit dû ? (Est-ce seulement à cause de l'autre culture ou de la mienne aussi ? A cause du ressenti ?)**
 - **Auriez-vous un exemple ? (Si elle me donne un exemple, cela sera plus facile pour poser les questions suivantes)**
- **Est-ce qu'il vous arrive souvent d'être face à des patients d'une culture différente de la votre ? Si cela n'est pas mentionné par le patient est-ce que vous cherchez des informations à ce sujet ? (Cette question peut aussi l'aider à mener une réflexion sur ce qu'elle fait ou pas autour de la problématique de la culture et à laquelle elle ne pense pas forcément, mais aussi s'il y a une prise de conscience autour de cette problématique avec une éventuelle évolution dans son discours)**
- **Est-ce qu'il vous arrive de rencontrer des patients qui ne parlent pas très bien le français ? Si oui que faites-vous dans ce cas là ? (Est-ce que le psy se rend compte qu'il s'agit d'une difficulté, que ça peut empêcher le patient de s'exprimer comme il le souhaiterait, avec toutes les significations et symbolisme qu'il peut y avoir ? Est-ce qu'elle fait appel à un interprète ?)**
- **Et concernant votre propre culture ? Est-ce que vous y pensez aussi ou pas trop ? (Est-ce que le psy se rend compte qu'il a une culture aussi ? Que sa propre culture est importante et peut altérer le déroulement de l'entretien ? D'après J. Arpin, la lucidité sur soi et sur l'identité culturelle en générale améliore la qualité de l'entretien thérapeutique. Est-ce qu'elle se rend compte de cela ?)**

- **De manière générale, est-ce que vous prenez en compte votre ressenti vis-à-vis d'un patient ? Comment vous rendez-vous compte de cela ?**
 - **Et face à une culture différente de la vôtre ? Pensez-vous que cela puisse influencer votre manière d'être avec une personne ? Que cela peut avoir un impact sur la relation patient-psy ? Si oui le(s)quel(s) ?** (*Eventuellement en lien avec un contre-transfert culturel ou représentations, préjugés, mauvaise compréhension de la problématique ?*) **Que faites-vous dans ce cas là ? (Si toutefois elle fait quelque chose) Comment faites-vous pour y remédier ?** (*Supervision ? Rien ? N'y a pas pensé ?*)
 - **Avez-vous déjà entendu parler de contre-transfert culturel ?** (*Donner éventuellement la définition de Moro : réactions implicites et explicites, conscientes et inconscientes du clinicien par rapport à tout ce qui fait l'être culturel du patient*) **Qu'en pensez-vous ?** (*Est-ce qu'elle y a été sensibilisée ? Est-ce qu'elle le prend en compte ou pas du tout ?*)
- **Enfin, finalement qu'est-ce que vous retenir de notre entretien ? Comment ça s'est passé ?** (*Voir ce qui l'a marqué : de pouvoir parler de son approche ? La problématique de la culture ? D'entendre des propos qui diffèrent du sien ? etc*)

E. Normes de transcription

Master psychologie
Méthodologie qualitative d'intervention et de recherche
2013-14

Normes de transcription des entretiens de recherche.
F. Fasseur. Mars 2014

DESCRIPTIF	SIGNES
Pauses	+ = 1 seconde ++ = 2 secondes
Mots tronqués	- ex : je pen-je voulais dire
Chevauchement	[]
Inaudible	X = 1 syllabe XX = 2 syllabes
Description du non-verbal	(Rire) (bruit- si possible préciser lequel) (soupir) (interruptions)

Transcription des entretiens.

Les tours de parole doivent être numérotés.

Les participantes doivent être codés ; interviewer interventions en gras

Cela donne :

IR (interviewer) ou les initiales de l'interviewer

A (pour interviewé numéro par exemple)

En-tête du document : **A : femme, 63 ans, psychologue. Durée de l'entretien : 42min. 34 sec** (par exemple)

IR1. ...

A1 ...

IR2...

A2...

IR3...

A3...

A la fin de la transcription, numéroté les lignes. Sous format, document, disposition et numérotation des lignes : demander incrément 1 ; numérotation par page

F. Tableaux croisés dynamiques

F.1 Tableau croisé dynamique : Tania* (tcc1)

Comment le psychologue se perçoit lui-même : 1a

Tcc1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc1
Appartenant à une culture			7	7
Individu	3	1	14	18
Membre d'un groupe	4	3	14	21

Comment le psychologue perçoit le patient : 1b

Tcc1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc1
Individu	4	2	7	13
Membre d'un groupe (culturel)		1	9	10
Membre d'un groupe (familial et culturel)	2			2
Membre d'un groupe (familial)	1		2	3

Comment le psychologue définit la culture : 1c

Tcc1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Tcc1
Comme adjectif	1	2	2	5
Comme adjectif /liée à l'approche			2	2
Comme entité	1		8	9
Liée à l'approche			1	1

Quel est le rôle que le psychologue donne à la culture : 1d

Tcc1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc1
Comme ressource	2	4	7	13
Culture psyché			5	5

Quels sont les risques que perçoit le psychologue dans l'entretien en lien avec la culture : 1e

Tcc1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc1
Contre-attitudes			2	2
Contre-transfert culturel			1	1
Echec du travail th			1	1
Impact sur la relation th			1	1
Préjugés			2	2
Réduction à la culture		1		1
Stérotypes			2	2

Quelles sont les ressources dont dispose le psychologue face aux difficultés dans un entretien : 1f

Tcc1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc1
Co-thérapie			1	1
Ressources extérieures			1	1
Supervision			4	4
Travail personnel			8	8

Qu'est-ce qui a amené le psychologue à mener une réflexion autour de la thématique de la culture dans sa pratique : 1g

Tcc1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc1
Formation		1		1
La pratique			2	2

F.2 Tableau croisé dynamique : Tatiana* (tcc2)

Comment le psychologue se perçoit lui-même : 2a

Tcc2	Partie 1	Parti 2	Parti 3	Somme tcc 2
Appartenant à une culture			2	2
Individu	4	2	11	17
Membre d'un groupe	4	5	17	26

Comment le psychologue perçoit le patient : 2b

Tcc2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc2
Individu	4	2	10	16
Membre d'un groupe (culturel)		2	7	9
Membre d'un groupe (familial et culturel)		1	1	2
Membre d'un groupe (familial)	4			4

Comment le psychologue définit la culture : 2c

Tcc2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc2
Comme adjectif		2	4	6
Comme adjectif / liée à l'approche		1		1
Comme entité			6	6
Liée à l'approche		1	1	2

Quel est le rôle que le psychologue donne à la culture : 2d

Tcc2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc2
Comme ressource		2	6	8
Culture psyché	1	2	2	5

Quels sont les risques que perçoit le psychologue dans l'entretien en lien avec la culture : 2e

Tcc2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc2
Contre-transfert culturel			2	2
Echec du travail th			1	2
Impact sur la relation th			1	2

Préjugés			6	6
----------	--	--	---	---

Quelles sont les ressources dont dispose le psychologue face aux difficultés dans un entretien : 2f

Tcc2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc2
Ressources extérieures			2	2
Supervision		1	9	10
Travail personnel			2	2

Qu'est-ce qui a amené le psychologue à mener une réflexion autour de la thématique de la culture dans sa pratique : 2g

Tcc2	Parti 1	Partie 2	Partie 3	Somme tcc2
La pratique		1	7	8
Formation		1		1

F.3 Tableau croisé dynamique : Stéphanie* (syst1)

Comment le psychologue se perçoit lui-même : 3a

Syst1	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst1
Appartenant à une culture			6	6
Individu	6		7	13
Membre d'un groupe	3	4	9	16

Comment le psychologue perçoit le patient : 3b

Syst1	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst1
Individu	2		6	8
Membre d'un groupe (culturel)	3	1	5	9
Membre d'un groupe (familial)	4	2	3	9

Comment le psychologue définit la culture : 3c

Syst1	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst1
Comme adjectif			4	4
Comme adjectif / liée à l'approche	1	1	2	4
Comme entité	1		2	3
Comme entité / liée à l'approche	1			1
Liée à l'approche		1	1	2

Quel est le rôle que le psychologue donne à la culture : 3d

Syst1	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst1
Comme ressource		3	7	10
Culture psyché			2	2

Quels sont les risques que perçoit le psychologue dans l'entretien en lien avec la culture : 3e

Syst1	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst1
Contre-transfert culturel			2	2
Echec du travail th			1	1
Préjugés			4	4

Quelles sont les ressources dont dispose le psychologue face aux difficultés dans un entretien : 3f

Syst1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst1
Co-thérapie		1	1	2
Ressources extérieures		1	2	3
Supervision			3	3
Travail personnel			4	4

Qu'est-ce qui a amené le psychologue à mener une réflexion autour de la thématique de la culture dans sa pratique : 3g

Syst1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst1
Formation			2	2
Intérêt personnel			1	1
Notre entretien			1	1

F.4 Tableau croisé dynamique : Sylvie* (syst2)

Comment le psychologue se perçoit lui-même : 4a

Syst2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst2
Appartenant à une culture			4	4
Individu	3	1	11	15
Membre d'un groupe	11	2	14	27

Comment le psychologue perçoit le patient : 4b

Syst2	Partie 1	Partie 2	Parti 3	Somme Syst2
Individu	2		2	4
Membre d'un groupe (culturel)	1		9	10
Membre d'un groupe (familial)	8	3	3	14

Comment le psychologue définit la culture : 4c

Syst2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst2
Comme adjectif			5	5
Comme adjectif / liée à l'approche	2	1	1	4
Comme entité			3	3
Comme entité / liée à l'approche		1	4	5
Liée à l'approche	2	1	1	4

Quel est le rôle que le psychologue donne à la culture : 4d

Syst2	Partie 1	Parte 2	Partie 3	Somme Syst2
Comme ressource	3	3	13	19
Culture psyché			3	3

Quels sont les risques que perçoit le psychologue dans l'entretien en lien avec la culture : 4e

Syst2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst2
Contre-transfert	3		9	12
Contre-transfert culturel			3	3
Echec du travail th			2	2

Impact sur la relation th			1	1
Préjugés			2	2
Stéréotypes	1		3	4

Quelles sont les ressources dont dispose le psychologue face aux difficultés dans un entretien : 4f

Syst2				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst2
Co-thérapie			1	1
Supervision			6	6
Travail personnel			3	3

Qu'est-ce qui a amené le psychologue à mener une réflexion autour de la thématique de la culture dans sa pratique : 4g

Syst2				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Syst2
Formation			1	1
Intérêt personnel		1	1	2
Notre entretien			1	1

F.5 Tableau croisé dynamique : Eliana* (eth1)

Comment le psychologue se perçoit lui-même : 5a

Eth1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth1
Appartenant à une culture	3	2	7	12
Individu	2		1	3
Membre d'un groupe	9	1	15	25

Comment le psychologue perçoit le patient : 5b

Eth1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth1
Individu	1		2	3
Membre d'un groupe (culturel)	7	3	5	15
Membre d'un groupe (familial)	3		1	4

Comment le psychologue définit la culturel : 5c

Eth1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth1
Comme adjectif	6	2	4	12
Comme adjectif / liée à l'approche	4		1	5
Comme entité			2	2

Quel est le rôle que le psychologue donne à la culture : 5d

Eth1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth1
Comme ressource	8	2	4	14
Culture psyché	3	1	5	9

Quels sont les risques que perçoit le psychologue dans l'entretien en lien avec la culture : 5e

Eth1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth1
Contre-transfert culturel			8	8
Echec du travail th	3	1		4
Préjugés			2	2
Réduction à la culture	1			1

Quelles sont les ressources dont dispose le psychologue face aux difficultés dans un entretien : 5f

Eth1				

	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth1
Co-thérapie	7	1	5	13
Supervision			3	3
Travail personnel			2	2

Qu'est-ce qui a amené le psychologue à mener une réflexion autour de la thématique de la culture dans sa pratique : 5g

Eth1				
	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth1
Formation			5	5
La pratique			1	1

F.6 Tableau croisé dynamique Elisabeth* (eth2)

Comment le psychologue se perçoit lui-même : 6a

Eth2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth2
Appartenant à une culture	2	3	4	9
Individu			5	5
Membre d'un groupe	9	4	7	20

Comment le psychologue perçoit le patient : 6b

Eth2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth2
Individu	2	1	1	4
Membre d'un groupe (culturel)	7	6	5	18
Membre d'un groupe (familial)			1	1

Comment le psychologue définit la culture : 6c

Eth2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth2
Comme adjectif	4	3	2	9
Comme adjectif / liée à l'approche		3		3
Comme entité	1	1	1	3
Comme entité / liée à l'approche			1	1
Liée à l'approche			1	1

Quel est le rôle que le psychologue donne à la culture : 6d

Eth2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth2
Comme ressource	7	5	9	21
Culture psyché		2	1	3

Quels sont les risques que perçoit le psychologue dans l'entretien en lien avec la culture : 6e

Eth2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth2
Contre-transfert	1			1
Contre-transfert culturel			6	6
Echec du travail th	1	3	1	5
Réduction à la culture			2	2

Stéréotypes		1		1
-------------	--	---	--	---

Quelles sont les ressources dont dispose le psychologue face aux difficultés dans un entretien : 6f

Eth2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth2
Co-thérapie	9		8	17

Qu'est-ce qui a amené le psychologue à mener une réflexion autour de la thématique de la culture dans sa pratique : 6g

Eth2	Partie 1	Partie 2	Partie 3	Somme Eth2
Formation		1	1	2
Intérêt personnel			3	