

montre en quoi les situations extrêmes peuvent poser une limite à l'empathie, notamment lorsqu'elles se produisent dans des contextes étrangers à ce que le psychologue connaît.

4.3.2.2. Pratique professionnelle. Les thèmes retrouvés dans la catégorie de la pratique professionnelle décrivent les interventions des psychologues qui se déclinent selon de nombreuses variations entre des interventions habituelles et des interventions adaptées aux spécificités de l'ISI. Ce ne sont pas les participants eux-mêmes qui ont identifié si telle intervention est davantage habituelle ou liée au caractère interculturel perçu d'une situation de consultation. C'est plutôt au fil du travail de thématisation que des classements ont pu s'opérer pour définir ces variations.

Les interventions habituelles mobilisées en ISI Lorsque je questionnais de façon théorique les rôles du psychologue en ISI avant d'avoir exploré les expériences vécues, les participants expliquaient souvent qu'ils n'avaient que leur rôle de psychologue, et que celui-ci ne changeait pas, que l'on soit en situation interculturelle ou pas :

T05 : Ok. Puis, dans votre travail de psychologue, est-ce qu'il y'a des choses qui changent quand vous êtes en situation interculturelle par rapport à quand que vous voyez pas de différence culturelle? [...]

P05 : Non. La souffrance c'est la même. (P05, H, Mtl, Ext, Freq)

P09 : [...] J'sortirais pas d'mon rôle de psychologue, jamais. (P09, F, Qc, Can, Freq)

Cette position reflète comment les interventions habituelles des psychologues interrogées leur apparaissait pertinentes et applicables en situation interculturelle. Celles-ci seront brièvement décrites pour donner un coup d'œil sur les représentations habituelles de leur rôle.

Le début et la poursuite du processus thérapeutique apparaissent comme particulièrement associées aux rôles d'accueil, de témoin, de contenant à la souffrance, de réceptacle ou d'interlocuteur et le psychologue dans ces rôles tente d'être respectueux, attentif, intéressé, curieux, ouvert, humble et patient... envers le patient! Ces rôles témoignent de la posture réceptive du psychologue et de ses efforts pour mettre en

confiance son interlocuteur afin de favoriser sa confiance en psychothérapie. Il est plus rarement spécifié qu'il ne faut pas seulement écouter l'autre, mais faire en sorte qu'il ait le sentiment d'être compris. En ce sens, écouter, comprendre l'autre et être empathique ne sont pas seulement conçus comme des moyens visant à favoriser une posture réceptive, mais se trouvent plutôt conçus comme des processus dialectiques ou communicationnels impliquant activement la subjectivité du patient. La relation thérapeutique est un élément central et omniprésent dans le discours et les pratiques rapportées par les psychologues.

P08 : (Silence de 8 secondes) La clé de base de la thérapie c'est la relation, la qualité de la relation. Les moyens, c'est secondaire mais c'est en même temps vraiment des alliés importants, que ce soit la prise de décisions, que ce soit la résolution de problèmes... mais la clé de base c'est la relation. (P08, H, Qc, Can, Freq)

De façon générale, le rapport à l'Autre dans le travail des psychologues interrogés paraît empreint de curiosité envers l'humain. Les participants qui parlent de leur curiosité la décrivent tour à tour dans leurs expériences de vie et professionnelles où la rencontre de l'autre s'avère être une aventure positive. Deux psychologues, parmi les plus jeunes interrogés, témoignent aussi des liens entre la curiosité et le développement dans la profession de la psychologie :

P15 : [...] C'est plus une... une écoute pis une curiosité que j'ai euh... que j'ai mis en pratique avec le temps que... une connaissance ou une habileté, tsé. C'est plus une... ç'pour ça que c'est dur à décrire. C'est pas, j'ai pas appris des choses... j'ai appris des... des attitudes ou des façons d'être. [...] J'pense que c'que j'ai appris, c'que j'ai intégré à ma pratique, c'est plus une espèce de réceptivité ou une espèce de curiosité plutôt que : voici ce qu'y faut faire et dire et voici quelles questions poser. (P15, F, Qc, Can, Freq)

Dans la même idée, P09, qui se trouve davantage en milieu de carrière, parle de son émerveillement dans la rencontre avec ses patients et qui se poursuit quotidiennement.

P09 : J'adore mon travail, j't'encore émerveillée de voir les personnes que j'rencontre après tant d'années leurs histoires, leur parcours, leurs efforts, leur courage c'est ça, ma vision de l'être humain c'est que c'est une aventure tous les jours répétée. (P09, F, Qc, Can, Freq)

Pour certains, cette grande curiosité trouve satisfaction, plaisir et intérêt dans la rencontre de clientèles culturellement diverses :

P02 : OK! En interculturel? Ben moi j'aime ça je te dirais. Première affaire tsé je suis en train de penser à une couple de clients là. Eh oui, je à prime abord y'a toujours une curiosité pour moi, vraiment une curiosité. J'ai l'impression que je vais apprendre des choses différentes. À cause de ça justement parce que y'a cette différence-là culturelle. Donc des gens d'Amérique du Sud, des gens d'Europe. Afrique un peu. Eh mais je pense que à la base j'aime les langues, j'aime voyager donc tsé ces gens-là mettent en écho ça là. Y'a comme, j'ai un plaisir à rencontrer des gens d'autres cultures ça c'est sûr. (P02, F, Qc, Can, Occas)

Cette curiosité interculturelle peut aussi être vécue comme un mélange d'excitation et d'anxiété dans la rencontre de l'Autre.

P10 : [...] dans la différence culturelle que je peux remarquer avec quelqu'un, je vis à la fois une curiosité excitante et anxiogène... (P10, H, Mts, Ext, Freq)

Le rapport à l'Autre en clinique est aussi généralement caractérisé par une norme de respect d'Autre caractérisé par l'absence de comportements jugés préjudiciables, comme avoir des préjugés, imposer son propre cadre de référence, catégoriser avec des étiquettes et se baser sur des généralités pour comprendre l'Autre.

Parmi les principaux rôles du psychologue, on retrouve l'exploration auprès du patient. Ce rôle lui permet d'accéder à la parole du patient, matériel nécessaire à son travail. Si le travail d'exploration est commun à tous, les buts visés et les modalités varient selon l'approche thérapeutique. Certains mettent de l'avant que l'exploration vise la découverte du monde interne pour aider le patient à accéder à une plus grande conscience de soi, pour qu'il puisse faire la paix avec son histoire ou pour que le psychologue puisse avoir une représentation vivante de ce que le patient raconte :

P09 : Mon rôle euh de psychothérapeute c'est de favoriser l'élaboration, de favoriser que la personne euh euh se ... le mot m'échappe là, mais euh appartienne, que la personne euh se, fasse la paix avec son histoire et avec son présent, comment est-ce que mon rôle diffère? J'vas faire beaucoup parler euh la personne euh de de sa famille j'vas faire beaucoup parler les intervenants euh présents et passés « qu'est-ce qu'on vous a dit quand vous avez pas eu votre emploi qu'est-ce que vous en avez compris? » mais j'vas essayer de meubler beaucoup l'histoire, euh j'veux me faire une représentation de de la famille, de qu'est-ce qui se disait, comment ça se disait, comment on parlait donc j'veux essayer de de me faire une représentation un peu comme une pièce de théâtre là j'voudrais être capable de figurer le père, figurer la mère, figurer la famille, figurer euh donc j'vas m'intéresser beaucoup à, à rendre euh vivante la représentation. (P09, F, Qc, Can, Freq)

C'est alors les processus de questionnement de soi et de prise de conscience qui seraient favorisés. P13 dit à cet effet qu'elle perçoit un rôle de « catalyseur de prise de conscience » dans ce travail d'exploration. Elle fait un lien entre une intervention centrée sur l'exploration et son approche qu'elle qualifie de psychodynamique :

P13 : Euh... Oui. C'est... c'est une question difficile à répondre dans le sens où dans l'approche psychodynamique, les objectifs sont toujours les mêmes. Donc c'est, l'écoute, l'exploration, la compréhension. Euh... donc euh, y'a vraiment pas d'objectif qui, je pense que c'est quelque chose qui s'utilise beaucoup plus, soit quand on travaille au système de santé ou dans d'autres approches où y'a des objectifs vraiment super définis qui changent. Euh, l'approche psychodynamique est un peu plus ouvert dans ce sens. C'est... créer un lien, un lien, un rapport, euh, être respectueux, créer un espace de confiance, etc. Avec l'objectif de, justement, accompagner et comprendre l'autre dans... dans... dans la découverte de... de la personne même. De sa propre pensée. (P13, F, Mtl, Ext, Occas)

Elle présente aussi l'exploration du monde interne comme étant différente de l'approche diagnostique. Dans un registre différent, une participante se réfère explicitement au modèle médical pour définir sa pratique. Son exploration est présentée de façon structurée et elle vise notamment à établir un plan d'intervention qui cible des problèmes à travailler et à faire des recommandations.

Un second rôle très représenté dans les discours des participants c'est le soutien en faveur de certains changements internes. Lorsqu'il est question de soutenir la personne qui consulte dans le processus thérapeutique, les rôles d'accompagnateur, de guide ou d'écoute authentique apparaissent dans le discours. Il est alors question d'offrir un soutien, une sécurité, de la compassion, de la validation, du soulagement et de la rassurance pour que la personne se sente en confiance de poursuivre un travail parfois long et difficile de découverte de soi et de mise en contact avec le monde émotionnel. Ce rôle est aussi mis de l'avant lorsque l'aspect temporel de la psychothérapie est évoqué, tel que par les mots « découverte », « chemin » et « voyage ». Un participant résume bien l'accompagnement au travers du voyage thérapeutique :

P18 : Therapy is a corrective emotional experience requiring the therapist to offer great deal of compassion so the client can voyage, travel to where he needs to go to confront what is holding them back in their lives, what is hurting them in their lives. (P18, H, Mtl, Ext, Occas)

Encore une fois, bien que tous visent à favoriser un certain mieux-être du patient dans leur intervention, les moyens et finalités escomptés varient selon l'approche. Si certains définissent clairement les rôles et responsabilités du patient dans la thérapie et s'attendent à ce que ce dernier apporte des changements comportementaux dans sa vie, d'autres vont plutôt utiliser l'exploration, la confrontation et l'interprétation pour amener de la souplesse dans le monde interne du patient.

Un autre ensemble d'intervention ne semble pas viser directement le changement thérapeutique, mais y contribue. Il s'agit des interventions de soutien. Il s'agit ici d'aider la personne à se reconstruire, intégrer davantage ce qui lui fait du bien et moins ce qui lui fait du mal, normaliser un aspect du patient, l'aider à s'apaiser face à une situation, donner de l'espoir face à une situation difficile et confirmer la valeur et la validité de l'expérience de la personne. On retrouve dans ces types d'intervention un rôle de témoin, de contenant affectif, qui cherche à écouter la plainte et les critiques. Ces interventions de soutien ne sont pas caractéristiques du discours de tous, et certains en font des aspects centraux de leur intervention.

Aussi, tous réalisent certaines interventions pour favoriser la relation thérapeutique, que ce soit dans les rôles d'accueil, d'écoute et d'accompagnement nommés plus haut, ou aussi, par exemple, en trouvant une similitude et en s'identifiant à ce que le patient raconte.

Certains aspects des interventions habituelles visent à préserver un cadre de travail. On y retrouve l'importance de composer avec ses propres réactions personnelles ce qui peut prendre la forme de ne pas tomber dans le contre-transfert ou travailler le contre-transfert. Il est aussi nommé qu'il est nécessaire d'établir-préserver une certaine distance dans la relation, ne pas se dévoiler, ne pas prendre parti, ne pas répondre à une demande personnelle et préserver mon rôle et mes limites.

Si ces représentations habituelles du rôle du psychologue sont le plus souvent mobilisées en situations interculturelles, certains rôles plus spécifiques à ce type de consultation sont aussi décrits. En effet, tous les participants ont manifesté une sensibilité à tenir compte des différences culturelles dans l'intervention et les façons de faire varient d'un participant à l'autre. Dans tous les cas, les participants s'identifient comme étant

différents de leur patient et leur façon de tenir compte de cette différence témoigne de leur approche de l'interculturel qui se surajoute à leur rôle strictement psychothérapeutique. Il est à noter qu'une même intervention peut avoir des visées différentes d'un psychologue à un autre. Ces interventions sont présentées dans les sections suivantes.

La « non-intervention » en situation interculturelle. On retrouve un certain discours qui dit tenir compte de la culture à un certain degré, mais dont les interventions interculturelles témoignent plutôt de limitations par rapport aux interventions habituelles. Ce discours n'apparaissait pas dans le codage initialement, mais a été dégagé après avoir synthétisé les différentes interventions interculturelles, en constatant que l'intervention de certains participants se caractérisait par une absence d'intervention spécifique à la situation interculturelle. Par exemple :

T15 : Pis... Comment est-ce que tu décris ton travail en tant que psychologue dans les situations interculturelles? Qu'est-ce que tu fais concrètement dans ce genre de situations-là?

P15 : Qu'est-ce que je fais de différent avec une situation qui est pas interculturelle?

T15 : Par exemple ouin, ça peut être ça.

P15 : Rien. Ben... Ben, oui. J'va poser plus de questions. (P15, F, Qc, Can, Freq)

Cet exemple est caractéristique de ce discours. La participante rapporte d'abord ne rien faire de différent en situation interculturelle, puis ensuite elle nomme poser plus de questions. Au contraire d'autres participants, elle ne nomme pas, ni ici, ni ailleurs, les moyens et les buts visés pour poser plus de question, ce qui laisse peu entrevoir de quelle façon cela s'exprime dans son intervention. Par ailleurs, elle rapporte aussi une situation d'intervention où elle décide de ne pas poser une question pour préserver le lien :

P15 : Euh, par exemple, avec ce même patient-là, quand euh, lui y m'regardait pas ou presque pas dans les yeux ou tout court, y regardait comme plus par terre, pis, normalement, j'avais faire des interventions, euh, pour comme essayer de comprendre ça, j'l'ai fait avec lui aussi, pis j'lui ai demandé, puis il me dit que, pour lui, si y regardait une femme dans les yeux ou si y regardait comme trop longtemps une femme, t'sais, c'était pas bien avec ses croyances, fait que, je, à ce moment-là, t'sais, j'ai pas questionné ça, j'ai pas remis en question ça. J'ai juste pu faite d'interprétation avec ça. J'ai juste laissé ça comme ça. J pense que ça pouvait m'aider à créer une alliance là tsé c'est comme.

T15 : En quoi ça t'aidais à créer une alliance?

P15 : Ben de respecter ça, son choix là, ses valeurs, pis lui, pour lui ça allait à l'encontre de ses valeurs que d'me regarder, t'sais. C'était pour respecter son choix là. (P15, F, Qc, Can, Freq)

Dans cet extrait, la perception d'être en situation interculturelle a amené une modification dans l'intervention qui a été de ne pas poser d'interprétation et d'arrêter le processus de questionnement. Or, la situation rapportée laisse plusieurs questions en suspens. Par exemple, elle pose l'interprétation qu'il y a des valeurs derrière le comportement du patient, mais ne donne pas d'information permettant d'attester qu'elle a effectivement tenté d'investiguer les valeurs de ce patient et son rapport à ses valeurs. L'arrêt du processus de clarification est justifié pour aider à « créer une alliance », mais il n'apparaît pas clair en quoi ne pas poser de questions aurait favorisé l'alliance dans cette situation. Ce type d'interventions se démarque d'autres par la présence d'une grande prudence lorsqu'il y a perception d'être en interculturel, souvent dans le but conscient de préserver le lien thérapeutique. Un autre exemple en témoigne :

P18 : J'ai eu une cliente dernièrement très bref, c'est une musulmane, jeune femme d'une famille immigrée ici. Elle s'est née ici mais... ehh j'ai essayé d'être très très prudent parce que c'était question d'une attaque qu'elle a vécu une attaque sexuelle, qu'elle parlait à un homme, moi le thérapeute, alors dans l'entrevue j'ai essayé de, j'ai expliqué je voulais être super prudent, j'ai dit « vous savez de régler ça vous devez en parler des choses tout ce qui s'est arrivé à toi en détails, êtes-vous confortable de m'en parler? Ok sinon je veux que tu me le dises, si ça fonctionne pas on va vous référer à un autre thérapeute inquiétez-vous pas. » [...] c'est sûr il y avait des éléments culturels qui m'a touchés beaucoup. Par exemple, son père savait pas qu'est-ce qui s'est passé, toute la famille protégeait, toutes les femmes de la famille protégeait le père. Alors comme thérapeute t'est « hum! » tout un coup ok...[...]

T18 : Pis vous dites que c'était culturel?

P18 : Ben dans les questions c'était comme.. c'est pas nécess.. bonne question. C'est sûr ça peut arriver à n'importe qu'elle fille qui parlerait pas à son père, peut-être même pas à sa mère. Mais je pense, j'imagine, je suis pas sûr, d'être au courant des attitudes tse elle portait un hijab, pas une robe mais sur son habillement elle était modeste. Elle m'a dit qu'elle était croyante, elle était pratiquante alors, ehh malgré que ses parents étaient éduqués, je suis très cognisant des historiques de cette maudite histoire de honor killings et tout cette ehh tout ça ... tsé les hommes qui, les mâles dans ces familles-là qui en effet, peuvent pas tolérer le fait si leur femme ou fille se sont salies, et ils tuent en conséquence ou tue l'autre en conséquence. Alors moi ça m'a touché je sais ... s'ajoute un élément

T18 : de savoir ça?

P18 : de savoir ça

T18 : pis vous l'avez appris comment cette information ?

P18 : j'ai appris ça ok on regarde et on va travailler autour de ça. Et peut-être avec quelqu'un d'occidental, je serais plus prêt à aller de discuter si c'est bon de cacher ce renseignement là et c'était pas mal clair que sa mère c'était sûr savait mais le père savait pas, c'était comme pour moi j'ai vu ça comme une obligation culturelle, comme une vision culturelle et ils ont dû le faire comme ça pis pas question de partager ça avec le père. Alors la thérapie, elle est pas venue longtemps elle... alors j'ai pas, c'est rare que j'ai quelqu'un avec des croyances moins occidentales je dirais, je l'ai pas souvent dans ma pratique, alors j'ai essayé d'être très prudent. Elle était une jeune femme, elle était abusée sexuellement, elle était, elle avait des éléments personnels qui me touchaient autant comme elle avait une certaine naïveté alors toute ça c'est, alors je dirais pas que je donnerais plus d'importance à ça au côté culturel, mais c'était une partie de mon évaluation dans comment je peux procéder, à quelle vitesse, j'étais plus prudent disons « si je touche quelque chose qui pas, moins acceptable au niveau de thème ou quoi que ce soit s'il vous plaît je suis naïf, dites-moi », alors j'essaie de ne pas faire des assumptions, d'être ouvert avec mon ignorance. (P18, H, Mtl, Ext, Occas)

Dans cet extrait, on retrouve encore ici la prudence lorsqu'il y a perception d'être en situation interculturelle, un changement dans la façon d'intervenir caractérisé par une limitation du rôle habituel et une inférence que le comportement de la patiente reflète une « vision culturelle » et qui n'est pas vérifiée. Ce qui est particulier aussi dans cet extrait, c'est que le participant a la perception d'intervenir en ne faisant pas d'« assumptions » (suppositions) alors que ce qu'il rapporte comme intervention en suppose quelques-unes, notamment au sujet du secret familial et du lien entre la religion musulmane et le « honor killing » en dépit du fait que « ses parents étaient éduqués ».

S'adapter au client (culturellement différent). S'adapter au client n'est pas unique aux situations interculturelles pour les participants rencontrés. Dans ce thème on explique aussi comment s'adapter fait partie du travail de psychologue, peu importe le type de situation rencontrée :

P19 : Euh (silence de 10 secondes). Ben au niveau du langage. Des fois c'est de, c'est sûr que ça j'vas le faire avec tous mes clients de, d'essayer de, d'utiliser les mots que le client utilise.

[...]

P19 : J'ai proposé à ma cliente si c'était, si ça pouvait être utile qu'elle vienne, pis c'est ça, pour sa, pour sa conjointe, là aussi, la thérapie c'était quelque chose de vraiment, d'impensable. Je sais pas, pour elle, je sais pas si c'est tant la culture, peut-être moins, que de sa perso, comme personne. Euh, mais bon, cette rencontre-là, elle a eu deux rencontres en fait, ont vraiment, vraiment aidé au processus thérapeutique de ma cliente, et sa conjointe a décidé d'aller consulter. Pis vraiment ça été très très très utile. Euh, donc, ce type d'adaptation-là que je peux faire, mais c'est pas particulier aux communautés culturelles, tsé à des clients qui font partie de communauté culturelle. J'vais le faire, j'vais m'adapter en fait, dépendant de la situation, si j'vois qu'y'a quelque chose qui, qui est pas, qui se résout pas, même après plusieurs mois, j'vais être patiente, mais c'est sûr que j'vais pas l'imposer c'est ça. (P19, F, Mtl, Can, Freq)

Dans cet extrait, P19 explique comment une intervention habituelle, utiliser les mots du client, lui apparaît bénéfique en ISI. De plus, elle considère que l'adaptation correspondant à inclure un proche du patient peut être utile dans certaines ISIs, sans que ce soit spécifique à ce contexte de pratique. À ce sujet, il est souvent perçu qu'en ISI il peut y avoir davantage de différences entre le cadre psychothérapeutique et les référents culturels du patient. Le but de ces adaptations vise alors à augmenter le confort du patient avec le cadre de travail proposé. Comme modalités d'adaptations, il peut s'agir de favoriser des liens avec un représentant de sa communauté culturelle, ne pas tenir une distance professionnelle, accepter un cadeau, se dévoiler, accepter de répondre à une question personnelle. On voit dans certaines de ces adaptations une flexibilité par rapport aux éléments du cadre thérapeutique nommés dans les interventions habituelles (ex. : ne pas se dévoiler, préserver une distance professionnelles, etc.). L'extrait suivant résume les différents points sur l'adaptation discutés jusqu'ici :

T09 : Hum ok euhm puis (raclement de gorge) comment est-ce que vous décririez votre travail de psychologue en situations interculturelles? Est-ce qui a des choses qu'vous faite plus concrètement qu'vous sentez justement une différence ou que?

P09 : Ben si y'a une différence concrète par exemple au niveau du langage je j'vas demander à la personne, j'vas m'adapter donc c'est moi qui rapidement va lui démontrer que j'ai à cœur de faciliter euh son euh son son travail pis j'prends la responsabilité de faciliter, j'prends pas pour acquis euh que, en tout cas j'pense que ça fait plusieurs fois que j'vous le dit de différentes manières, je prends pas pour acquis que c'est la personne qui doit s'adapter là. Donc que si à veut que je lui parle en anglais j'vas y parler en anglais, si à veut que euh que que que euh son son son son, son curé euh ou son prêtre soit mis au courant euh j'vas l'faire, j'vas lui demander d'entré d'jeux comment j'peux faire, parce que j'vas prendre pour acquis que, après avoir investigué si c'est une personne qui est isolée, qui est loin de ses repères, qui est loin de sa famille euh ben j'vas prendre pour acquis que les obstacles sont importants pis j'vas prendre à ma charge, essayer de faciliter le plus possible, le discours pis j'vas aussi m'informer sur euh le comment ça ce se passe dans son pays le traitement euh des problème psychologiques pour lesquels à consulte habituellement, j'vas essayer de m'informer les modalités qui sont d'usage dans son pays. Est-ce que c'est un sorcier? Est-ce que c'est un, est-ce que c'est un sage? Est-ce que c'est un prêtre? Est-ce que c'est u. Y'a beaucoup de pays où la psychothérapie existe pas mais, dans dans notre euh appréhension habituelle mais j'vas m'informer comment ça s'passe habituellement pis j'vas essayer m'intéresser le plus possible pour voir qu'est-ce que j'peux importer de ce type de pratique là dans ma pratique à moi.

T09 : Hum ok vous parlez beaucoup de vous adapter vous-même pour minimiser les efforts d'adaptation de la personne si j'comprends bien?

P09 : Oui que j'considère qui sont déjà habituellement surexploités là. Sur de sursollicités là.

T09 : Hum ok pis cet effort d'adaptation personnel que vous faites est-ce que vous le faites aussi dans votre pratique générale?

P09 : Oui oui oui. Oui oui mais c'est parfois moins évident là d'emblée que je j'vais le.. selon les personnes j'vas euh j'vas pas être amenée à l'dire carrément pis à l'annoncer mais y'a des personne qui viennent à qui j'vais vais carrément leur dire « ben écoutez j'suis là pour vous, c'est à moi à m'adapter à vous, qu'est-ce qui vous aiderait qu'est-ce qui faciliterait notre rencontre », mais he oui je le fais quand même de façon parfois moins explicite mais toujours. (P09, F, Qc, Can, Freq)

On peut constater dans la conception que P09 a de ses ISIs qu'elle se représente que la psychothérapie n'existe pas dans plusieurs pays, reconnaissant par là-même la possibilité que son cadre de travail soit différent du cadre culturel du patient. Dans ces situations, elle prend position à l'effet que les ressources d'adaptation de la personne culturellement

différente sont déjà « surexploitées », ce qui amène la participante à d'emblée nommer la possibilité d'elle-même s'adapter dans le cadre de la thérapie. Les moyens envisagés sont concrets (ex. : s'adapter à la langue du patient, favoriser des liens avec un représentant de la communauté culturelle) et découlent d'une évaluation des modalités de traitement psychologique d'usage dans le pays d'accueil et du sentiment d'être éloigné de ses repères.

En plus de nommer des adaptations faites de façon générale en ISI, le fait d'avoir des représentations spécifiques à un groupe culturel donné peut mener à des adaptations culturellement spécifiques :

P01 : [...] j'avais avoir des Haïtiens qui arrivent en retard. Euh..., ou bien, très très typiquement qu'ils vont venir une, deux sessions, souvent très écartées dans le temps, pis qui reviennent pu. Pis c'est pas nécessairement parce qui ont pas aimé ça, mais y vont pas appeler pour mettre une fin claire à leur rendez-vous..., soit y vont arrêter, ou y vont annuler, ou y vont..., mais tsé y'a pas cette constance, ou cette rigueur, ou cette régularité-là dans leur approche à la chose. Euh..., mais je vais avoir d'autres cultures, plus européennes, où là on va avoir plus une régularité, euh..., mais pas nécessairement dans..., ça peut avoir ses avantages et ses désavantages, c'est pas nécessairement synonyme d'engagement dans le processus thérapeutique, mais on voit que l'attitude par rapport au rendez-vous, en tant que tel, change d'une culture à l'autre. Ça encore une fois c'est quelque chose avec laquelle il faut travailler tout en mettant ses limites. (P01, F, Qc, Can, Occas)

P14 : Ben, c'est recevoir des gens, par exemple je reçois des personnes de religion musulmane, ben je suis respectueuse. Si c'est un homme, j'lui tendrai pas la main, je sais que dans leur culture, bon, les contacts physiques hommes femmes sont... donc j'ferai pas exprès pour leur tendre la main, s'ils me tendent la main oui je répondrai, mais je n'initie pas des avancées. (P14, F, Qc, Ext, Occas)

P06 : [...] Ne serait-ce que la façon de traiter le temps entre un blanc et un arabe. Je veux dire c'est c'est... ils sont à des millénaires de distance dans la façon de traiter le temps.

T06 : C'était ça que vous disiez tantôt : un blanc c'est grave si y'arrive en retard, un Arabe...

P06 : C'est ça, il faut qu'il arrive en retard.

T06 : Il faut qu'il arrive en retard?

P06 : Oui, parce que s'il arrive à l'avance, il manque... il manque de dignité enfin. Donc y'a cette composante de prestige qui est très présente alors que, bon chez le blanc occidental, elle est totalement absente. C'est-à-dire, y'a la différence chez l'occidental, l'introspection, tout à fait aisée, normale et qui vient, qui va de soi quasiment. Alors que chez l'Arabe ou chez le non-Occidental, l'introspection c'est de la folie, c'est complètement ridicule, c'est une insulte. Les gens, les gens ne tolèrent pas ça du tout du tout, donc il faut assurer le traitement sans qu'ils en arrivent à à vivre une atmosphère comparable à l'introspection. Donc c'est, c'est dur. C'est pas évident.

T06 : Et comment est-ce que c'est venu que vous avez constaté ces différences-là, par exemple dans l'introspection?

P06 : Ben c'est à force d'avoir des échecs (rire).

T06 : À force d'avoir des échecs (rire)! Est-ce que vous avez une expérience qui vous vient en tête par rapport à ça?

P06 : Ben, simplement euh, dans la pratique analytique tu as la fameuse loi... j'sais pas comment on appelle ça la... la première recommandation que qu'on fait au patient c'est de dire tout ce qui lui vient à l'esprit sans, sans sélectionner, même les choses les plus banales. Bon, comme blanc occidental ça va très bien; il est très heureux avec cette consigne. Bon il a peut-être un peu de mal au début, mais il y va après très facilement. Mais avec un non-Occidental, l'angoisse monte... au bout de, il tolère pas ça plus d'une séance, c'est intolérable, intolérable.

T06 : Pis vous qu'est-ce que vous faites à ce moment-là?

P06 : Ben j'essaie de comprendre (rire), parce que c'est un désastre. Un désastre... Donc il faut vraiment que je sois très vigilant, que jamais je ne laisse tomber mon patient dans la, dans l'introspection. Il faut tout le temps que je le soutienne, que je le soutienne, que je le soutienne... par divers moyens là. Il faut vraiment que jamais jamais il n'atteigne l'introspection. Jamais. Alors que le blanc occidental c'est l'idéal, on le met sur les rails, il y va et on a plus de soucis. (P06, H, Mtl, Ext, Freq)

P11 : Au niveau des différences culturelles, pour moi, euh, s'pour ça que j'viens toujours honte et responsabilité c'est comme ça que je le vois, entre notre monde Occidental qui est basé beaucoup sur la responsabilité, les valeurs de responsabilité et de là de la culpabilité, les problèmes de culpabilité que les gens vont arriver dans mon bureau. Quand j'arrive et que des gens qui sont nés et qui ont vécu assez longtemps dans des pays, j'veux dire, non-Occidental, euh, moins organisés, j'suis dans un niveau de honte et de fierté et les gens vont arriver, la valeur principale ça va être la fierté et ils vont arriver avec des problèmes liés beaucoup à la honte. Et bien souvent, moi, qui est, bon, québécoise, j'me *mind* avant même des recevoir sur le fait que j'suis dans la fierté. J'suis pas dans la responsabilité. (P11, F, Mtl, Can, Freq)

Ces exemples, mis les uns à la suite des autres, révèlent des similarités et des complémentarités dans les adaptations rapportées. D'abord, les adaptations culturellement

spécifiques découlent souvent de généralisations culturelles sur des groupes en particulier (ex. : les haïtiens, les arabes, les non-occidentaux, etc.). Lorsque les participants parlent d'adaptation envers un groupe donnée plutôt que dans une situation donnée, souvent ils donnent l'impression d'appliquer ces généralisations *a priori* dans toute situation avec des patients du groupe discuté. Or, les participants nuancent par ailleurs en montrant que c'est toujours considéré au cas par cas. Autre similarité parmi ces extraits, les adaptations culturelles sont possibles parce que les participants font appel à un niveau de réflexion conceptuelle pour changer leur perspective sur leur cadre habituel de travail. Par exemple, P14 conceptualise que le respect dans les relations homme-femme chez les musulmans va à l'encontre de la pratique qu'une femme psychologue offre une poignée de main à un homme musulman. P06 se représente que l'introspection est de la folie pour un arabe. P11 conceptualise que les thèmes de responsabilité, de culpabilité, de honte et de fierté n'ont pas la même importance pour un occidental et un non-occidental. Le cas de P01 fait figure d'exception car elle présente une généralisation pour comparer les haïtiens et les européens, mais élabore peu de façon conceptuelle pour donner un sens à ce qu'elle observe. Pour elle, constater une différence entre ces deux groupes sur la régularité des rendez-vous lui suffit pour être à l'aise avec ces différences possiblement culturelles.

Favoriser une identité positive et cohérente. En plus de tenir compte du cadre de l'Autre pour adapter son intervention, certains rapportent aussi valoriser la culture d'origine du patient pour favoriser chez lui une identité positive de soi et pour faciliter l'alliance thérapeutique. Cette valorisation du cadre de référence de l'Autre est ressortie notamment dans le travail dans les communautés autochtones et aussi comme outil thérapeutique pour que la personne comprenne « la valeur de ses valeurs » (P08).

Dans les situations où le psychologue conceptualisait une coupure dans l'identité, soit en lien avec l'expérience migratoire, après avoir vécu des situations extrêmes à l'étranger ou en lien avec une différence de fonctionnement entre la famille et la société d'accueil, l'intervention pouvait alors viser alors à rétablir la continuité dans l'expérience de la personne, à faire des liens entre le passé et le présent, ou à faire le pont entre deux cultures :

P14 : [J'avais un rôle] de traducteur, mais... traducteur de culture, tsé. Pas traducteur de langue, mais, parce qu'elle était parfois surprise de choses qui se passaient ici pis c'était moi qui, connaissant la culture arabe, connaissant la culture québécoise qui devait faire le pont entre différentes choses. [...] Donc être un pont entre les deux cultures. [...] Ben les questions qu'elle posait. Tsé : « Est-ce que c'est comme ça que ça se passe ici? » ou « Qu'est-ce qui est normal? Qu'est-ce qui ne l'est pas? Qu'est-ce que j'peux faire? Qu'est-ce que j'peux pas faire? » Puis là je, bon, j'lui disais comment ça se passait au Québec, mais qu'il fallait qu'elle se fie sur elle, ce qu'elle voulait prendre, ce qu'elle voulait pas prendre. Qu'elle avait la chance. Et ça, ça je dis souvent à des patients que j'ai, ils ont la chance d'avoir le meilleur de deux cultures. Et la culture d'ici et la culture de leur pays. Qui faut ne renoncer ni à l'une ni à l'autre, mais... Tsé, faire quelque chose à soi. Ben finalement, ma propre expérience. (P14, F, Qc, Ext, Occas)

Ici, le rôle de « traducteur de cultures » reconnu par P14 correspond à de la médiation culturelle. Son expérience migratoire est mise à profit pour aider sa patiente à prendre le meilleur des cultures auxquelles elle a été exposée dans sa vie.

Travail sur les réactions-représentations du patient envers les caractéristiques culturelles du psychologue. Certains reconnaissent que la relation thérapeutique peut être aussi le microcosme des rapports identitaires en lien avec l'appartenance ethnoculturelle des personnes en présence. Reconnaître les rapports identitaires dans la relation thérapeutique peut passer par l'adoption d'un rôle de porteur des projections culturelles du patient. Selon ces participants, le patient peut percevoir son psychologue comme un représentant d'une majorité blanche et potentiellement oppressante, et reconnaître ces projections est jugé utile dans le travail thérapeutique. Cela peut être l'occasion de donner une expérience autre avec la culture québécoise ou même une expérience réparatrice.

P04 : [...] moi j'ai un biais favorable pour la culture autochtone (petit rire) donc ça, ça part bien, ça va bien, mais y a plein de gens qui ont été abusés par des blancs. He, beaucoup, sinon la majorité ont été abusés par des autochtones. Mais y'en a qui ont été abusé par des blancs. Y'en a aussi que quand y'étaient petits, ils se faisaient dire « Pas de sauvage icitte ! ». [...] donc he y'a des gens qui ont vécu ça, pas des vieux de quatre-vingt-dix ans là, là mon amie elle a cinquante ans là pis elle a vécu ça. Alors hem... hem.. donc moi j't'un blanc, alors, un peu particulier, alors, alors, dans l'alliance thérapeutique ça peut être problématique (silence 2 secondes) ou ça peut être réparateur dans le sens où ils ont un bon contact avec un blanc qui est pas méprisant, qui est pas violent avec eux et ça peut être aussi une reproduction dans le sens où s'en remettre à un expert blanc et moi je reste impuissant, donc l'autochtone resterait impuissant face alors vois-tu, fak en ce sens-là c'est toujours he.. un peu touché, mais encore une fois moi je je je je porte vraiment attention à ne pas tomber dans cette posture de, de l'expert blanc he.. j'essaie de rester le plus humble possible, le plus à l'écoute possible ... (P04, H, Qc, Can, Occas)

Ce participant met en évidence comment les dynamiques identitaires qui se rejouent dans la relation thérapeutique peuvent autant être des occasions de favoriser une réparation pour le patient que des occasions de reproduire ces dynamiques. La reconnaissance de ce risque en amène certains à réfléchir à l'effet de leurs propres caractéristiques sur les patients ou à demander au patient ce qu'il pense du psychologue.

Plusieurs s'identifient dans leur rapport à l'Autre culturellement différent comme représentants de la société d'accueil. Ce rôle peut mener à des interventions telles que favoriser l'adaptation du patient à la société québécoise, souvent en donnant des informations sur les ressources du milieu ou en expliquant des aspects de la culture québécoise.

Favoriser les liens entre les croyances culturelles-religieuses et l'intervention psychologique. Une autre façon de tenir compte du culturel en ISI témoigne d'interventions qui visent à utiliser le cadre culturel du patient pour favoriser l'intervention psychologique. Par exemple, dans les cas où la personne se présente avec un attachement considéré rigide à l'égard de croyances culturelles ou religieuses, il est souvent envisagé de faire des interventions qui vont être ouvertes à faire des liens entre ces croyances et la psychothérapie :

P01 : La vision que j'aurais ce serait plus que c'est [le christianisme] central à sa vision : ça l'habite. Et parce que ça l'habite, ça va être « au-devant de » c'est comme si c'est un filtre par lequel plus facilement elle va regarder le monde et se regarder à l'intérieur. Donc, c'est plus une question de dominance ou de présence de la chose, d'omniprésence de la chose avec laquelle elle va travailler, donc c'est son cadre de référence premier. Et moi, j'ai mon cadre de référence, qui n'est pas à prime abord en conflit; y'a fallu qu'on recadre certaines petites choses, pis là ça l'a peut-être même, ça lui a donné des occasions de pousser plus loin sa réflexion spirituelle, notamment dans la notion du bien mal : ça c'est bien, ça c'est pas bien, pis de lui renvoyer aussi des fois certains messages qu'elle met de l'avant, mais qu'elle n'applique pas- qu'elle applique de manière sélective, donc ça me permet de la remettre devant certaines choses aussi, tout en utilisant son propre cadre de référence. Donc en tant que telle, mon approche thérapeutique étant très très flexible, très très ouverte, c'est assez facile de jongler à ce moment-là avec ça. (P01, F, Qc, Can, Occas)

Deux aspects caractérisent l'intervention rapportée par P01. D'une part, elle prend position comme n'étant pas en contradiction *a priori* avec le cadre religieux de sa patiente. L'idée générale que les participants ont lorsqu'ils prennent ce type de position est de diminuer la rigidité du patient et ses défenses. Dans la situation rapportée par P01, en prenant la position que son cadre psychothérapeutique n'est pas *a priori* contradictoire avec le cadre religieux de la patiente, elle lui permet de vivre une expérience où ses propres référents religieux ne sont pas invalidés par la démarche psychothérapeutique. L'autre aspect de l'intervention de P01 c'est qu'elle peut utiliser le cadre religieux de la patiente pour faire quelques interventions qui vont remettre en question une interprétation limitative de sa religion. On retrouve ce type d'intervention chez d'autres :

P14 : Ben, par exemple avec mon étudiant musulman là, de citer des versets du Coran. C'est une façon de... de prendre en compte son contexte culturel, mais en amenant un autre... un autre éclairage, d'autres versants du Coran, versets du Coran, que lui [l'étudiant] amenait comme une vérité absolue... (P14, F, Qc, Ext, Occas)

L'intervention de P01 et de P14 ont des ressemblances évidentes. Toutefois, elles se différencient sur la possibilité que le psychologue amène lui-même certains liens avec la religion. Alors que P01 précise ailleurs dans l'entrevue qu'elle ne va pas d'emblée amener des liens entre la bible et l'intervention, mais qu'elle va être ouverte aux liens amenés par la

patiente, P14 adopte une approche un peu plus active en utilisant sa connaissance du Coran pour apporter une vision alternative au patient. Cette différence de position correspond aussi à leur attitude respective envers l'exploration culturelle, où P01 adopte une attitude plus passive pour éviter que la personne se sente catégorisée, alors que P14 dit explorer les aspects culturels pour faire le différentiel entre les aspects pathologiques et culturels.

Rapport à l'exploration culturelle. L'importance accordée à l'exploration du cadre culturel de l'autre considéré culturellement différent est variable, ce qui révèle des différences d'attitude à l'égard de cette pratique.

Du côté des attitudes principalement passives à l'exploration culturelle en séance, on retrouve une participante qui pense que le patient pourrait se sentir étiqueté par des questions d'exploration culturelle :

T01 : Ok, ok. De quelle façon vous faites ça [déterminer l'influence du contexte]?

P01 : J'attends. J'attends que la personne me le montre, de par sa façon d'être ou qu'elle me le donne. Mais ce n'est pas quelque chose que je vais aller investiguer en tant que tel, parce que je cherche à éviter que la personne se sente étiquetée. Je vais demander si la personne a immigré au Canada, pour voir si y'a un contexte par rapport à ça, mais encore une fois c'est quelque chose que je fais avec le plus de délicatesse possible. (P01, F, Qc, Can, Occas)

Bien que cette participante dit ailleurs dans l'entrevue qu'il est important pour elle de tenir compte de la culture pour aller dans le sens du cadre culturel de la personne afin qu'elle se sente respectée dans l'intervention, la crainte d'étiqueter le patient l'amène à utiliser une stratégie de recherche d'information passive : attendre que la personne montre sa culture. Un autre participant est défavorable à l'exploration culturelle, car il pense que le psychologue n'a pas à questionner la culture en séance, il doit avoir ces informations avant de rencontrer le patient.

Alors que les attitudes plutôt passives sont minoritaires dans le discours des participants, on retrouve à l'inverse plusieurs exemples d'attitudes actives d'exploration culturelle en séance. P08 explique détaillé cela dans le contexte d'une rencontre de thérapie

de couple interculturelle en quoi il trouve important d'avoir des informations supplémentaires auprès des patients considérés culturellement différents :

P08 : La [conjointe] québécoise avait peur d'aller chez le médecin, parce qu'elle avait peur des médecins en général, mais en particulier, dans sa vie, [un proche est mort] lors d'un traitement médical. L'aspect culturel était moins important, parce qu'on partage le même rapport culturel [...]. Pour elle, c'est d'abord un événement de vie, la mort [d'un proche], et non une valeur culturelle générale. Donc j'ai pas exploré la même façon la valeur culturelle avec elle. Avec lui [le conjoint], il faut explorer la valeur culturelle, familiale, davantage. Deux situations qui han, cliniquement, sont comme similaires, peur d'aller chez le docteur. Mais l'environnement social n'est pas le même, ça touche pas les mêmes choses. Donc faut englober davantage avec le [l'homme d'origine antillaise] tout l'aspect social, culturel, familial, de cette peur. Avec elle, c'est davantage l'aspect familial très personnel de sa peur. Ce qui fait que un est dans un contexte interculturel, l'autre ne l'était pas. Mais le problème est similaire. Donc, de façon opérationnelle, on peut utiliser les concepts avec elle, de peur, d'anxiété, d'anticipation, de... de peur dans le contexte, d'avantage, plus.. avec le client [d'origine antillaise], là on faut aller ratisser pas mal plus large.. (P08, H, Qc, Freq)

Si dans le pendant passif de l'exploration culturelle, c'est le patient qui va amener ces informations à travers son récit de vie, dans le pendant plus actif on retrouve des exemples où des participants questionnent des aspects précis. Notamment l'exploration culturelle en séance peut viser à faire un diagnostic différentiel entre les éléments pathologiques et culturels, explorer le parcours migratoire de la personne, connaître la signification et l'interprétation culturelle de la personne et connaître le cadre culturel. Il apparaît notamment important pour certains de connaître les représentations du patient en lien avec des thèmes intimement liés au contexte d'une rencontre thérapeutique, tels que la maladie mentale et physique ainsi que les soins médicaux et psychologiques.

P19 : [...] en y revenant c'est peut-être quelque chose que je, que j'pourrais faire plus, surtout quand c'est des personnes qui viennent de cultures très différentes euh où justement la psychothérapie fait pas partie des, des, des moyens d'obtenir de l'aide. Ça serait peut-être de voir comment dans ta culture, ou comment dans ton pays, comment et où on va demander de l'aide. Ça serait, j'pense, j'pense que je l'ai fait là, mais là, c'est ça, vous m'aidez à prendre conscience comment c'est une question fondamentale en fait. Pis comment ça s'passe quand on demande de l'aide. On demande de l'aide pour quoi? Han? Pour quelles raisons? [...] cette idée-là de, c'est un contexte la psychothérapie particulier de, justement, demander de l'aide, en recevoir, messemble c'est, c'est comme le, le, le, vous savez la, la, la, l'échange fondamental, tsé l'échange qui s'passe ici, c'est ça, c'est...hum, que ça soit central dans l'exploration à différents moments-là, d'être. Hum. (P19, F, Mtl, Can, Freq)

Poser des questions précises peut aussi être une façon de vérifier une hypothèse culturelle. Dans les cas où les participants ont rapporté avoir posé ce type de question, le patient a soit infirmé ou confirmé l'hypothèse :

P11 : j'avais déjà, au point de départ j'avais exploré si le fait, son état dépressif est énorme, si y'avait pas une croyance qui était liée au Voodoo ou à des, à un mauvais sort quelconque parce que bon y'avait des... et euh... elle me disait que elle n'était pas pratiquante de ça, qu'elle était catholique, mais pas de ces choses-là. Mais là aujourd'hui elle me dit que elle croit effectivement que quelqu'un lui a, alors que ça fait quand même plusieurs mois qu'on se voit, elle croit qu'elle a été victime d'un.. d'un mauvais sort. Que probablement son ex-conjoint est allé voir la, à m'a nommé le nom mais j'me souviens pas là, qui pratique le Voodoo et que c'est, ça fait partie du fait qu'elle soit dépressive. Ce qui... ce que, j'avais comme l'impression qui avait comme une partie qui (rire), j'dirais qui était liée à ça dans sa, mais elle me l'avait pas encore exprimée. (P11, F, Mtl, Can, Freq)

Dans cet extrait, il est intéressant de noter que l'hypothèse initiale du Voodoo n'a pas été confirmée la première fois que la question a été posée, mais a trouvé sa confirmation plus tard. Cela rejoint une des caractéristiques de l'ISI (ce thème sera discuté plus loin) voulant que certaines choses se disent plus tard.

Rapport aux normes de la profession. Pour conclure sur la catégorie de la pratique professionnelle, j'aborderai un thème qui n'est pas apparu de façon évidente. En fait, très peu de codes font référence explicitement au rapport aux normes, mais les normes

transparaissent implicitement dans l'analyse de la pratique professionnelle en ISI et aussi dans les conceptualisations des difficultés du patient.

En fait, le travail des psychologues interrogés se caractérise par une normalisation de la problématique du patient selon la norme de l'intériorité. La norme de l'intériorité transparaît dans les deux principales catégories du discours que sont les difficultés du patient et le rôle du psychologue, notamment dans la conceptualisation des difficultés du patient sous un angle psychologique-interne et du rôle du psychologue dont l'effet est perçu à ce niveau aussi. Celle-ci se décline principalement selon les normes de l'autonomie et de la relation dans les discours, à des degrés divers selon l'approche de chacun. Un cas d'exception ressort cependant. P17 affirme valoriser le modèle médical dans sa pratique, mais les moyens qu'elle utilise (faire faire des devoirs aux patients) et les finalités poursuivies (augmenter le contact avec les émotions, traiter les symptômes) témoignent tout de même des normes de l'intériorité et de l'autonomie.

Les participants dont les discours témoignent plus fortement d'une norme de l'autonomie mettent une emphase plus grande sur la demande du patient pour un certain changement et sur sa mobilisation envers ce changement, notamment dans son engagement dans la thérapie. Les participants qui témoignent plus fortement d'une norme de la relation vont s'intéresser davantage à la rencontre et au lien comme moyen thérapeutique et comme finalité en soi. L'intervention développe la capacité de l'individu à être en relation.

Dans une partie des discours, les normes sont véhiculées implicitement. Alors, la proposition des normes de l'intériorité, de l'autonomie et de la relation apparaît plus forte tant elle n'est pas explicite. Dans ces discours, si des différences de normes sont exprimées à propos des différences culturelles entre patient et psychologue, celles-ci ne sont pas considérées nécessairement dans l'intervention qui se déroule comme à l'habitude.

Si certains participants promeuvent fortement certaines normes, d'autres montrent un discours où ils prennent position dans un univers où plusieurs normes sont reconnues, soit dans celles dont a hérité le patient dans son enculturation particulière, par une configuration de plus d'une norme dans le travail du psychologue ou par un positionnement par rapport aux normes d'autres professions qui ont une influence sur le patient. Dans ces cas, les psychologues travaillent dans ce qu'on pourrait qualifier « d'internormativité ».

Certains participants incarnent une complémentarité entre les normes de l'autonomie et de la relation. Le cas de P10 est représentatif d'une articulation dialectique de ces deux normes :

P10 : C'est sûr je suis toujours dans cette ligne où je peux accueillir et accompagner la personne dans sa nécessité de demeurer inchangé, mais j'oublie pas que y'a une demande de soutien à un certain changement. (P10, H, Mts, Ext, Freq)

Ici, l'accueil et l'accompagnement dans la nécessité de demeurer inchangé reflète la norme de la relation, où le psychologue incarne lui-même la capacité d'entrer dans une relation authentique qui reconnaît que le patient pourrait ne pas vouloir changer (donc entrer dans un processus de normalisation) à certains égards, tout en ayant en tête qu'il a aussi un certain rôle à jouer et que le patient s'attend à un certain changement. La posture de P10 apparaît comme étant dialectique dans cet extrait, tant il exprime qu'il se capable d'alterner entre des demandes apparemment contradictoires.

Un autre passage, particulièrement riche, exprime une situation de travail où l'internormativité est évidente :

P13 : [...] elle m'a premièrement téléphoné pour me dire, elle était en détresse et elle m'a dit: « Je viens de voir mon médecin de famille et elle m'a prescrit des antidépresseurs et euh, je ne sais pas quoi faire, je voulais avoir votre opinion. Est-ce que c'est une bonne idée? » [...] Donc euh... j'ai vraiment pas répondu, ben j'ai jamais répondu à sa répon, à sa question de « qu'est-ce que vous... qu'elle est votre opinion? », parce que c'est pas mon rôle, mais j'ai plutôt... j'ai plutôt reflété qu'elle semblait être en détresse par cette suggestion de la part de son médecin de famille. Pourquoi est-ce que le fait d'être prescrit des antidépresseurs la mettait, la faisait sentir si anxieuse. « Qu'est-ce qui se passe? Vous n'avez pas à les prendre si vous voulez pas. Mais pourquoi vous réagissez si fort? » Donc on a plutôt exploré ça un petit peu pour qu'elle se calme et je lui ai suggéré de plutôt la voir le plus tôt possible ici et en discuter tranquillement. Et... et voilà, elle m'a juste décrit euh... ben c'est sûr, normal avec le médecin dans lequel elle était: « Ben, je dors pas beaucoup. Euh... Je mange un peu moins et je suis triste, souvent. » Et euh... bon, le docteur voyant de ce que le patient m'a dit, la patiente m'a dit, il imposait pas les médicaments. Il lui a juste dit « Mais vous savez, vous pouvez prendre des médicaments pour ne pas vous sentir de cette façon, etc. » Euh...Donc, personne. Dans ma tête je me disais « Mais moi je crois pas qu'elle a besoin de prendre des médicaments. C'est trop tôt. Elle continue à aller au travail, elle prend sa douche ». [...] Mais les émotions sont là, elles existent, elles ont une fonction. Et imaginez les enlever d'une situation pour ne pas les sentir, c'est pas vraiment vivre et résoudre une situation. Euh... donc ça c'était tout dans ma tête, je sais pas moi. « Qu'est-ce que vous pensez? » Je relançais la question « Mais qu'est-ce que vous vous pensez? Est-ce que vous pensez que vous avez besoin de ça? Est-ce que vous sentez que c'est une tristesse qui vous dépasse et qui affecte votre quotidien, votre travail? » « Non, pas vraiment, mais si elle a suggéré, peut-être... » Donc ça, je pense que c'était un peu cette figure d'autorité médicale qui jouait un peu dans la manière dont elle se voyait elle-même. [...]

T13 : Puis bon, vous avez dit que votre rôle c'était de pas conseiller nécessairement la personne. Euh... est-ce que y'a d'autres choses qui décriraient votre rôle dans cette situation-là?

P13 : D'écoute, de réconfort et aussi un peu comme de guide, de guide vers le monde émotionnel. De ne pas l'éviter, mais de plutôt les accom, de plutôt l'accompagner, à toucher à ce monde émotionnel, sans avoir peur de s'effondrer. Dire, c'est juste... c'est juste la tristesse ou c'est juste de la colère. Ou c'est juste de la peur. Ça sert à quelque chose, elle est là. Cette émotion est là pour une raison, essayons d'écouter cette émotion et qu'est-ce qu'elle veut dire. [...] et c'était émouvant de la voir, de douter que c'était que c'était normal de se sentir de cette façon. « Je suis pas normale de sentir cette tristesse ». Voyons. Comme si elle me disait: « c'est pas normal de sentir point. » Et c'était vraiment émouvant et fâchant. J'étais vraiment fâchée envers, le médecin. J'avais l'impression qu'elle, que le médecin était en train d'être un obstacle à qu'elle développe des capacités internes pour faire face à ses émotions et gérer ce qui lui arrivait. Oui.

T13 : Puis est-ce que vous avez appris quelque chose de cette expérience-là?

P13 : Oui! Que j'ai le droit, à mettre en doute, le diagnostic ou euh, ou l'opinion professionnelle d'un autre professionnel. Bon. Et quand j'ai dit, et quand je dis, j'ai le droit de mettre en question pas avec le patient, mais pour moi, dans ma tête. Un autre professionnel peut faire une erreur. Moi je peux faire une erreur. Donc... oui. De mettre en question des diagnostics, des choses qui sont comme automatiquement données. Et il faut les accepter sans questionner.

T13 : Pis dans cette situation-là qu'est-ce qui était plus spécifiquement interculturel pour vous?

P13 : La pre, je pense que c'est la prescription des médicaments.

T13 : La prescription...

P13 : Oui. De... de penser ou de considérer, de considérer le médicament comme *la* solution à un problème émotionnel.

T13 : Puis vous avez fait quoi de de, cette différence de conception là?

P13 : Ben je l'ai mis sur la table et je... j'ai fait euh... j'ai essayé que ma patiente se questionne la même chose et réponde à ça par rapport à elle. Moi j'ai juste mis la question là, moi j'avais ma propre réponse par rapport à ma culture, bla bla bla. Mais euh, je voulais que d'une certaine façon elle réponde à cette question, pour qu'elle prenne la décision qu'elle voulait prendre par rapport à elle. C'est ça.

T13 : Pis d'après vous comment est-ce qu'un autre psychologue aurait réagi par rapport à la même situation?

P13 : Un autre psychologue latino-américain? (Elle rit) Je ne sais pas si un psychologue d'Amérique du Nord aurait questionné cette, ce diagnostic ou cette manière de travailler. Parce que je considère que c'est une manière de penser très de l'Amérique du Nord. Euh, j'ai lu quelques recherches en fait, pas pour ce cas-là, mais en général, euh... l'Amérique du Nord c'est une des, des communautés les plus médicamentées du monde. On prend des médicaments pour tout! Donc ça...

(P13, F, Mtl, Ext, Occas)

Dans cet extrait, la norme de l'intériorité est évidente dans la tentative d'aider la patiente à entrer en contact avec son monde émotionnel. En ne donnant pas de réponse à la question de la patiente, elle valorise implicitement son autonomie : elle croit que la patiente a le droit de choisir si elle veut un médicament ou non. En questionnant l'opinion du médecin, la psychologue est en contestation des normes biomédicales qu'elle perçoit comme étant la norme en Amérique du Nord. Ainsi, elle perçoit l'internormativité dans les rapports interculturels (les normes de son propre pays d'origine et celles représentées pour l'Amérique du Nord) et dans les rapports interprofessionnels (psychologue-médecin). Elle parlera par ailleurs dans l'entrevue que dans son pays d'origine, l'utilisation de remèdes alternatifs pour apaiser les maux est normal, ce qui l'amène à valoriser des compréhensions alternatives dans les difficultés de ses patients. Cette participante témoigne ainsi d'un

travail en internormativité. Même si elle n'ouvre pas la discussion explicitement sur les différences de norme pour arriver à une négociation, elle a « mis la question là » pour que la patiente se trouve sur un terrain internormatif et prenne sa propre décision par rapport à plusieurs façons de conceptualiser le traitement pour sa difficulté.

Dans toutes les entrevues, les critiques aux normes professionnelles se font rares. P03 remet en question la pertinence d'un cadre psychothérapeutique formaté pour une relation en un-à-un, notamment dans les situations où le « codage culturel » (P03) est particulièrement saillant. Cependant, il se demande comment arriver concrètement à offrir un dispositif alternatif dans le cadre de sa pratique privée. Un autre cas se démarque dans le même sens. P06 a remarqué des difficultés à amener certains patients arabes dans l'introspection exprimées sous forme d'une forte angoisse du côté du patient. Au cours de 40 années de recherches personnelles en collaboration avec un collègue historien, il a fait un travail de contextualisation des théories qu'il a apprises dans sa formation pour devenir psychologue afin de remettre en question le caractère supposément universel de ce qui lui a été enseigné. Il dit avoir développé une technique introspective qu'il peut maintenant appliquer à tous et pouvoir par la suite utiliser son approche thérapeutique habituelle avec les patients qui entrent plus facilement dans l'introspection. Ce cas est exceptionnel, car il est le seul participant à se décentrer suffisamment de la norme de l'intériorité pour proposer une approche novatrice qui contourne la difficulté d'appliquer cette norme à tout le monde.

4.3.2.3. *Obstacles en ISI.* Les obstacles de la consultation en ISI sont révélateurs des difficultés que l'on peut retrouver plus spécifiquement dans ce contexte d'intervention. Si certains obstacles peuvent se retrouver dans tous types de consultation, il semblerait qu'ils soient plus marqués dans les situations où il y a perception d'une différence culturelle entre le patient et le psychologue.

Rapports de pouvoir dans la relation psychothérapeutique. Ce qui est commun au discours des participants qui ont parlé de ce thème, c'est la reconnaissance que la relation thérapeutique est aussi une relation de pouvoir asymétrique. Le différentiel de pouvoir dans

la relation thérapeutique devient évident lorsque sont discutés les positions des protagonistes.

Notamment, on retrouve l'idée que la personne en quête d'une solution peut se représenter que le psychologue détient la vérité, ce qui confère un grand pouvoir d'influence au psychologue et vice versa le patient est vulnérable en thérapie :

P13 : [...] L'opinion d'un professionnel pour certaines personnes peut être ressentie comme la vérité, la manière de faire les choses et... je pense pas que comme psychologue c'est ça notre rôle. D'imposer, je pense que c'est plutôt, n'importe quelle approche, je pense que c'est une opportunité pour que la personne développe ses propres stratégies par rapport à qui elles sont et les forces qu'elles ont pour gérer la vie. Pas d'imposer les nôtres. C'est pour ça que je dis, jamais ce que je pense (rire). Avec un patient. (P13, F, Mtl, Ext, Occas)

P10 : [...] si on ne fait pas cet exercice de reconnaître notre différence, de reconnaître qu'on n'est pas nécessairement toujours sur le même diapason, qu'il peut y avoir un risque que certaines interventions exigent à la personne de s'adapter plutôt que de, s'adapter peut-être d'une façon qui est contre nature, qui est pas respectueuse de qui cette personne-là est. Donc j'essaye continuellement de être attentif à comment je peux nourrir ou contribuer à un sentiment de honte, à un sentiment d'oppression, un sentiment d'être forcé à être quelqu'un d'autre que la personne est. Donc, pour moi c'est important d'être toujours à l'affût, à la fois comment la personne, ce que la personne dit, ce que la personne amène, comment elle se positionne, mais quel est mon rôle, quelle est ma contribution. (P10, H, Mts, Ext, Freq)

P19 : [La patiente avait] la peur d'être comme embrigadée, [...] d'être trop influencée. Hein, de subir une influence euh où elle pourrait perdre, elle, son identité. Y'avait quelque chose de cet ordre-là. Donc euh...Pis ça se peut, ça peut arriver. Donc, c'est sûr que mon, bon, moi j'suis sensible aussi au pouvoir d'influence qu'on a comme psychologue. Quand on est intervenant, on travaille avec des personnes qui sont vulnérables. Oui, on a un plus grand pouvoir d'influence. (P19, F, Mtl, Can, Freq)

Si ceux qui discutent du pouvoir d'influence dans la relation thérapeutique le reconnaissent dans tout type de consultation, P10 et P19 mettent en évidence comment la différence culturelle et les difficultés d'ordre identitaire peuvent être propice à augmenter le risque que le patient se trouve en position de vulnérabilité. P19 va un peu plus loin dans son explication de ce qui met la personne qui consulte est en position de vulnérabilité. Elle

conceptualise qu'en thérapie, la personne qui consulte souhaite préserver une certaine cohésion en même temps de travailler à obtenir un certain changement :

P19 : [...] comme être humain on cherche à avoir suffisamment à avoir de cohésion et de continuité dans le temps... Et que dans toutes sortes d'expériences, mais entre-autre en thérapie, quand on est particulièrement vulnérable, on essaie de préserver cette cohésion-là, tout en étant en recherche de changement. C'est vraiment tout un défi. (P19, F, Mtl, Can, Freq)

C'est ainsi que la rencontre entre une personne souffrante et une autre qui détient l'expertise psychologique comporte son lot de bénéfices mais aussi de risques. Ces réflexions témoignent d'une perspective critique adoptée à l'égard de la profession, comme le témoigne l'extrait suivant :

P08 : [...] le mot que je retiens c'est, d'un ethnopsychiatre c'est « la psychologie c'est une déformation cohérente ». Donc mon approche de l'autre c'est toujours une déformation cohérente. [...] Donc ça donne la bonne nouvelle que c'est cohérent, mais la mauvaise nouvelle c'est que y'a toujours déformation. Et d'autant plus, quand c'est interculturel, plus, d'autant plus qu'on s'éloigne d'une langue, d'une géographie, d'une famille, ben là plus c'est difficile. Plus on s'éloigne, plus j'peux déformer, même si j'veux être cohérent. (P08, H, Qc, Can, Freq)

Si les risques liés à la relation de pouvoir entre psychologue et patient sont présents dans tous types de consultations, certaines risques spécifiques sont nommés en lien avec les situations interculturelles. Différents jeux d'identité culturelle sont nommés pour témoigner des relations de pouvoir qui se jouent dans l'ISI. Notamment, il est nommé que les étrangers sont en position d'infériorité par rapport au pays d'accueil, ce qui amène P14 à accepter les cadeaux de ces clients, au contraire de sa pratique habituelle :

P14 : Ben y va y avoir des patients des fois qui vont faire un cadeau, par exemple, que j'vais accepter. D'habitude j'accepte pas les cadeaux, j'dis « écoutez, vous me payez ». Mais pour des étrangers, c'est important de pouvoir donner quelque chose, de pouvoir... puis là j'accepte. Là peut-être c'est quelque chose d'un peu différent.

T14 : Pis pourquoi c'est différent avec les étrangers ou...

P14 : Ben parce que dans certaines cultures c'est une insulte de pas accepter un cadeau, pis y sont comme en position... y se sentent en position d'infériorité pis de... c'est une façon de rétablir quelque chose de l'ordre de de... tsé. (P14, F, Qc, Ext, Occas)

Aussi, le phénomène de la discrimination et de l'exclusion sociale rend certains participants sensibles à ce qu'ils peuvent représenter aux yeux de leurs patients considérés culturellement différents :

P10 : [...] D'être, de voir que y'a des gens qui sont discriminés, que ce soit... euh, des gens d'autres cultures ou des premières nations et de voir, ben... l'importance de la (tousse), des positions de la société blanche, de laquelle je fais partie et de... d'être sensibilisé au fait que, même quand on a les bonnes intentions, on peut être perçus comme oppresseur, contrôlant, discriminatoire, qu'on peut, malgré nous, alimenter une certaine honte. Ça m'a sensibilisé au fait d'être attentif à ça et de savoir que des fois j'peux être he, avoir pleins de bonnes intentions et utiliser les meilleures techniques, mais que j'peux être en train de m'enliser et de faire du dommage avec, à quelqu'un qui vit ça peut-être d'une façon que je soupçonne pas. Donc faut être attentif à ça aussi. (P10, H, Mts, Ext, Freq)

Il est intéressant d'ajouter ici que P10 est lui-même né à l'étranger. Il n'est pas le seul participant ayant vécu l'immigration à rapporter qu'il est aussi un représentant de la société d'accueil, du groupe dominant blanc. Il distingue comment les perceptions du patient à propos de ses interventions peuvent être associées à des expériences vécues de discrimination et d'exclusion sociale. Parfois aussi, l'identification du psychologue à la société d'accueil peut amener à s'identifier aux critiques qu'une personne peut porter envers la société québécoise :

P09 : [...] parfois ça m'est arrivé de me sentir dans un mouvement contre-transférentiel, [...] interpellée par une posture un peu défensive. Pas que je le traduis là, ça m'est arrivée de me sentir attaquée comme représentante de la terre d'accueil là...pis euh. Pis ça m'est arrivé de penser, ça m'est jamais arrivé de dire ça et même de traduire je m'en sers moi comme un, un mouvement contre-transférentiel là mais ça m'est jamais arrivé de dire « ben là! » euh... Mais ça m'est déjà arrivé d'me dire « ouin c'est pas facile à entendre ça que y'a comme un sentiment d'avoir été victime pis de de.. » ça m'est déjà arrivé d'avoir ces échos-là donc, alors euh c'est peut-être parfois à un moment plus euh fécond parce que j'me sens toute suite « ah ok » là là j'aurais envie d'me défendre mais j'me défend pas, qu'est-ce que ça me révèle. Tsé y'a des attaques, la personne est contrariée, est irritée, à veut se plaindre, pis à veut dire qu'à l'a été maltraitée, ben faut que j'écoute ça là mais ça m'est déjà arrivé d'avoir un un mouvement de d'inconfort pis d'envie un peu défensive intérieur qui se révèle. Qui me sert à euh à voir que la personne est est contrariée là. (P09, F, Qc, Can, Freq)

Dans son propos, P09 souligne à maintes reprises comment il était important pour elle de tenir compte de sa propre réaction sans toutefois la traduire dans son intervention. Elle nomme la critique du patient comme un besoin que ce dernier a d'exprimer une insatisfaction dans ses relations avec la société d'accueil.

Dans les interventions auprès de communautés autochtones du Québec, il est nommé que le psychologue peut être assimilé à un colonisateur ou un expert blanc oppresseur :

P04 : [...] moi une chose que, auquel je porte attention depuis le début [de mon travail dans les communautés autochtones], c'est de faire des efforts pour ne pas me retrouver dans la position du néocolonisateur. Alors, ce que ça veut dire (tousse)... c'est que quand un peuple a été eh.. entre guillemet he.. « soumis » ou en tout cas contraint, par un colonisateur surpuissant.. hem... y on, on peut en venir qu'à, sans s'en rendre compte, exiger que ce colonisateur-là continue de s'occuper de nous. [...] c'est facile et et, on peut même avoir une certaine pression à, se comporter en expert blanc qui vient régler les problèmes et ça c'est une reproduction, c'est une reproduction d'un, d'un colonisateur blanc, qui est surpuissant face, à des gens impuissants. Et donc c'est la perpétuation de l'impuissance, etc, etc. (P04, H, Qc, Can, Occas)

Il est aussi rapporté que le psychologue pourrait être à risque d'invalider une croyance religieuse du patient. Cela a particulièrement été discuté dans les cas où les patients associaient leurs difficultés à une possible action Voodoo :

P03 : C'est arrivé d'ailleurs, une dame [qui ne croyait initialement pas avoir été victime d'une attaque Voodoo mais qui s'est mise à avoir des indices à ce sujet et qui demande au psychologue :] « j'aimerais ça pouvoir être aidée parce que j'arrive plus à fonctionner toute... je vis pleins d'échecs à cause de ça. Puis c'est pour ça que je consulte. » Là on est dans du codage culturel assez, assez fort. Où euh.. ça pourrait être tentant d'essayer de convaincre la personne de pas croire à ça mais là on est là on est en train de vouloir imposer notre lecture de grille de lecture compréhension à ces phénomènes-là alors que si on y entre, euh.. là y peut y avoir toute une élaboration qui se fasse puis euh... un travail qui soit intéressant. (P03, H, Qc, Can, Freq)

Les participants rapportent que le psychologue en situation interculturelle est à risque de trop demander d'adaptations au patient, en demandant de se calmer, en faisant du recadrage, en demandant au patient d'avoir des comportements adéquats, en voulant donner

des conseils, en pensant que c'est au patient de s'adapter ou en ayant une vision trop centrée sur l'adaptation au pays d'accueil.

Au contraire de ces risques où le psychologue pourrait exiger trop d'adaptations de la part du patient, un participant nomme qu'il peut être tentant pour les psychologues curieux des aspects interculturels avec leur patient en ISI d'avoir le « syndrome de l'anthropologue » :

P03 : [...] ça c'est peut-être plus moi qui est sujet à, qui est sujet à ça ou d'autres personnes comme toi qui est ... des personnes qui s'intéressent à l'interculturel, le fameux syndrome de l'anthropologue.. de trop vouloir en savoir sur la culture de l'autre sur son vécu puis enquelque part que ça réponde plus à à une fascination, une curiosité qui vient de soi comme thérapeute plutôt que la personne sente le besoin d'en parler ... He, donc de respecter en queque part qu'est-ce que la personne à envie d'exprimer, à quel rythme elle a envie de le faire plutôt que de chercher un peu à aller là où pour nous comme thérapeute c'est stimulant, c'est intéressant comme.. comme vécu clinique, comme cas clinique par exemple. (P03, H, Qc, Can, Freq)

Ainsi, c'est particulier comment la curiosité culturelle, que plusieurs participants ont nommé en entrevue, comporte aussi son lot de risque si elle n'est pas utilisée dans l'intérêt du patient, lorsque l'exploration culturelle est en lien avec le mandat et ce que la personne souhaite explorer dans le cadre de son suivi.

Une autre forme de risque similaire est d'avoir une vision idéalisée de la culture d'origine du patient :

P21 : [...] T'sais j'ai appris que la culture asiatique, moi j'avais peut-être tendance à l'idéaliser la culture asiatique, t'sais c'qu'on entend que les, les chinois sont tout le temps premier à l'école pis euh oui, mais à quel prix, t'sais, à quel prix parfois, pas à quel prix toujours, à quel prix parfois euh (pause 5 secondes). (P21, F, Mtl, Can, Occas)

P03 : Pis là arrivait une clientèle [birmane] pour la première fois, ça fait quelques années que je suis là-dedans, arrivait avec ces repères-là. He.. mais aussi avec tout le défi de l'adaptation aussi puis euh... ça je dirais que ça a été une expérience interculturelle peut-être plus heum... peut-être d'utiliser le mot à la fois exotique c'est-à-dire le le le plaisir de la différence, quelque chose de beau mais qui en même-temps he.. m'a fait découvrir que ce, ce que je me représentais comme « quelle est l'Inde, quel est le Népal, quelle est la culture indienne, la culture népalaise » est pas tout à fait à l'image de la réalité. Là je dirais j'avais peut-être plus une vision idéalisée, de ces milieux-là, puis dans la réalité, quand on voit par exemple des Népalais qui sont dans une culture, c'est de toute beauté au niveau des spiritualités, au niveau des valeurs bon qui s'im, qui s'imprègnent sur des courants spirituels très très intéressants ... euh même le Bhoutan qui se veut le produit le produit produit du bonheur brut.. en tout cas qui se veulent axer leur culture sur le bonheur là ... au lieu de sur les profits, mais que c'est au prix de l'homogénéité culturelle donc les anciens Népalais ont été chassés, emprisonnés, he.. certains torturés, he ont dû quitter le pays, arriver au Népal, à cause qu'ils ont quitté le pays pour des raisons de survie, en tout cas économiques, he se font refuser de revenir dans leur pays d'origine, he c'était tout un autre temps de ces milieux-là qui était très très loin de ce que je m'étais représenté. Ça a été à la fois une expérience intéressante parce que y'avait des personnes qui, qui s'étaient construits dans ces environnements-là mais aussi de de retour au pied sur terre, à la réalité en en en, en pétant un peu ma bulle idéale, idéalisé de ces de ces, de ces pays-là. (P03, H, Qc, Can, Freq)

Dans ces extraits, on constate comment cette vision idéalisée peut amener à moins se représenter les difficultés qui peuvent être caractéristiques de l'histoire d'un groupe culturel donné. Le contact avec des réalités difficiles chez des groupes idéalisés par le psychologue peut avoir un effet de faire éclater la « bulle idéale » (P03).

Réactions des psychologues à des normes sociales et culturelles différentes. Les limites et les menaces au rôle du psychologue prennent des formes multiples. La question « comment un autre psychologue aurait réagi d'après-vous dans cette situation » a permis de recueillir un grand nombre d'informations à ce sujets et parfois les participants parlaient de ces limites et menaces dans le cadre de situations vécues.

Tout d'abord, des différences de normes sociales et de valeurs peuvent provoquer des réactions d'inconfort voire de choc culturel de la part du psychologue. Un participant a rapporté avoir vécu une situation qu'il qualifie comme étant « un petit moment social inconfortable » (P18). Celui-ci se décrit comme étant très chaleureux dans son approche, ce

qu'il exprime entre-autres en offrant une poignée de main systématiquement auprès de ses patients. Or, il s'est senti inconfortable lorsqu'une femme juive hassidique n'a pas réagi à sa main tendue. Étant lui-même juif et peu pratiquant, il s'est rappelé après-coup des normes dans les rapports hommes-femmes plus souvent retrouvées parmi les juifs hassidiques. Il n'apparaît pas déstabilisé par cette situation. Toutefois, des chocs culturels plus intenses ont été rapportés, mais ceux-ci sont relativement peu fréquents dans le discours des participants. Ce constat peut être éclairé par les propos d'une personne interviewée :

T16 : C'est ça, de c'que je comprends là, vous me corrigerez, vous parler [dans cette situation] un peu de choc culturel entre un membre, pis l'autre membre de la famille, [et] entre un membre de la famille et un intervenant...

P16 : Intervenant c'est plus rare.

T16 : C'est plus rare?

P16 : Parce que nous autres, on fait ça parce qu'on aime ça, pis on veut apprendre, pis on veut comprendre alors on, mais y va y avoir, non c'est pas tout-à-fait vrai, y va en avoir sur la question des femmes, de la relation homme-femme, y va y avoir des chocs culturels, ça c'est clair. (P16, H, Mtl, Can, Occas)

Les participants qui parlaient de leur curiosité et de leur attitude d'ouverture envers la différence culturelle expliquaient en quoi cette disposition empêchait d'être « tombée des nues » (P01) en regard des situations inhabituelles pour elles et eux. Cela peut amener un discours laissant supposer que le psychologue n'est jamais vraiment choqué par les situations qu'il rencontre. Il faut aussi souligner que l'entrevue n'était pas uniquement centrée sur le vécu de chocs culturels, ce qui laissait libre cours à l'expression d'expériences variées et pas seulement à connotation négative. Néanmoins, certains récits de chocs sont rapportés. P13 raconte le choc culturel qu'elle a vécu en constatant qu'au Québec plusieurs personnes âgées vivent seules, alors qu'il est normal dans son pays d'origine de prendre soin de ses parents lorsqu'ils vieillissent :

P13 : Les rapports qui existent, qui parfois sont un peu moins proches que... que les approches que nous avons au [pays d'origine en Amérique latine], avec les personnes âgées, surtout. Euh, des grands-mères et des grands-pères qui habitent tout seuls dans un... en appartement, personne va leur rendre visite, qui se sentent très seuls... ça c'était vraiment... très choquant. [...] j'ai travaillé avec deux personnes âgées qui se sentaient profondément seules et qui euh... qui avaient un diagnostic de dépression clinique alors que je comprenais tellement bien qu'ils se sentent comme ça, parce que je pouvais pas croire qu'elles étaient pratiquement abandonnées par leur famille. Ça c'est déjà une chose qui est considérée comme un problème de santé mentale. Moi je trouvais que c'était complètement justifiable d'un côté humain social. (P13, F, Mtl, Ext, Occas)

Elle rapporte ailleurs comment cette expérience de choc a été une source de réflexions sur son propre rapport aux aînés et celui de la société québécoise. Elle a eu l'occasion d'en discuter avec sa superviseuse, ce qui a eu pour effet de relativiser sa position initiale et d'être davantage en mesure d'intervenir auprès de cette clientèle.

Des situations de chocs ont souvent été rapportées dans le travail auprès de patients musulmans. À ce moment, c'est la question de la différence dans les rapports homme-femme qui est souvent évoquée pour dire que le patient a des valeurs que le psychologue ne peut pas partager. Le port du voile est évoqué comme sujet pouvant jouer dans les valeurs du psychologue :

P21 : Ça [le port du voile] joue un peu dans mes bibittes propres disons. Euh, t'sais, ça m'est arrivé de me confronter à des valeurs qui étaient très différentes des miennes, des valeurs que je n'approuvais pas nécessairement et, euh, j'voyais bien que c'était des valeurs qu'y'étaient fondamentales pour la personne, pis euh, j'étais pas là pour la convaincre de changer sa valeur. Donc, c'tait pas, j'avais pas à intervenir à ce niveau-là. [...] T'sais fallait que j'sois prudente. J'aurais pu dire une énormité facilement parce que des fois ça jouait dans mes valeurs à moi. [...] Elle [la patiente] ne trouvait pas personne de voilée, pis c'tait ça son objectif, elle aurait bien voulu que j'acceptes de me voiler.

T21 : Ça été dit ça?

P21 : Oui. T'sais, pis ça c'était confrontant pour elle. Mais, ça moi j'peux pas. Ça s'rait hypocrite de ma part, pis ça fait pas, ça fait pas d'moi une mauvaise personne. (P21, F, Mtl, Can, Occas)

Dans cette situation, P21 rapporte qu'à la base, le port du voile joue dans ses « bibittes » et elle sent qu'une limite est atteinte lorsque la patiente lui demande de se voiler. Un autre participant, P16, témoigne aussi du caractère inacceptable de certaines

différences culturelles sur les rapports homme-femme. Pour lui, c'est ce qu'il nomme l'autorité absolue du père ainsi que les inégalités femmes-hommes dans la famille qu'il ne peut pas accepter :

P16 : T'sais, je suis une famille en couple, pis euh, les femmes musulmanes y'a a quelques-unes ici, j'vais parler en Québécois, qui se lâchent lousse. Pis envoye par là. T'sais, y'en a quelques-unes qui font des expérimentations sexuelles, fait qu'imagines-toi quand le mari apprend ça, t'as-tu idées là? Y veut la tuer. Pis là, j'm'en rappelle, j'avais vu le monsieur, j'te raconterais pas, en thérapie de couple, « c'est moi le boss, pis nous autre dans notre culture, dans notre religion, j'divorce, c'est pas elle qui peut me divorcer, moi je peux, c'est moi qui a le pouvoir. » J'ai appelé l'association, « c'est tu vrai ça? », pis j'ai référé ma cliente, y'ont dit « non. C'est faux ». Parce que j'voulais avant d'appeler l'Iman, j'voulais appeler un Iman, t'sais. Bon un autre exemple, Parc-Extension, deux intervenantes qui me disent « (nom du participant) faudrait tu viennes avec nous-autres, pour rencontrer l'Iman », pis en sortant du métro, tu vois la Mosquée quasiment en face, y veulent pas parler à des femmes, alors j'pas allé, mais écoutes un peu là, moi j'peux pas, profondément, dans mes tripes, j'accepte pas ça là. Y faut que j'y aille pareil. [...] Je ne peux pas même si j'voudrais. On peut pas se nier soi-même, de la même façon qu'eux-autres ne peuvent pas se nier, l'autorité suprême absolue du père. Moi non plus j'peux pas nier une valeur très très profonde qu'on a tous comme Québécois, c'est une l'égalité des rapports homme-femme. Même que j'le voudrais, j'pourrais pas nier ça, et si j'le fais, je travaille mal. C'est la rencontre de deux cadres, j'sais pas si j'suis clair? (P16, H, Mtl, Can, Occas)

Dans les propos de P21 et de P16, on retrouve de façon similaire l'idée qu'il serait contre-productif de ne pas être au clair avec ses propres valeurs ou d'être hypocrite et de faire semblant que ça ne leur fait rien. Une autre participante, P11, rapporte par rapport au port du voile qu'elle a déjà pu avoir de la difficulté à ne pas s'imaginer autre chose que les sœurs religieuses qu'elle a connues dans son enfance. Elle devait alors se parler à elle-même pour mettre de côté cette image.

Les chocs les plus forts rapportés sont ceux concernant les comportements violents, notamment lorsqu'ils ont cours dans la famille. Dans un contexte passé d'intervention en CLSC, P16 rapporte une situation qu'il qualifie de choc culturel entre une famille et l'école du fils :

P16 : [...] Fait que là tu les rencontre [la famille], c'est la culture ça [d'une région au Portugal], le père y frappe son fils, le fils « envoye frappe ». Fait que là t'es là tu dis « bon », tu en a un choc culturel, c'est intolérable pour l'école [...] » (P16, H, Mtl, Can, Occas)

Ici, un stéréotype culturel est utilisé pour comprendre les comportements violents du père et de l'enfant dans cette famille. Néanmoins, P16 nuance son propos en expliquant qu'il ressent de type de choc dans toute situation de violence, interculturelle ou non, car il n'a pas été élevé comme ça dans son enfance. L'expérience de P18 à l'égard des comportements violents est similaire et lui-aussi utilise un stéréotype culturel, renforcé par les propos d'un patient, pour comprendre ces comportements :

P18 : Oui avec le patient. J'ai des patients comme ukrainiens qui vont me dire « [nom du participant]! ils sont tous misérables, ils boient pis, every party, every family gathering, everybody gets drunk and there is a fight » Ok alors ça c'est intéressant, ils sont tous misérables, bon ça c'est un Ukrainien canadien qui va me le dire

T18 : En parlant des Ukrainiens là ?

P18 : Oui en parlant de son vécu d'enfance. Que c'est normal! ... Oh ok ... il faut que je ... Alright... so I have to, so what's serious for me isn't serious for him. For me people fighting is really serious and scary, for him it's something he grew up with. C'est attendu c'est sûr, tu vas avoir une fête de famille, les gens vont boire beaucoup, ils vont devenir ivres et ils vont se batailler. [...] ça m'affecte beaucoup, parce que c'est pas du tout dans mon histoire, pas du tout dans ma culture, ni culture juive, ehh.. culture judéo chrétienne, he culture américaine ehh mon niveau du moyen classe là, ok ? C'est comme un autre monde ça c'est comme un autre monde alors « ok, ok il faut que j'adapte, il faut que je... il faut que j'accepte sa réalité comme la réalité de n'importe quel autre patient et ne pas get too upset about this right... This is just not if I say ... “Oh my god this is hard this is terrible”... He is gonna... je vais perdre son confiance en moi je vais perdre il peut pas me respecter so I have to keep that part of myself and say « ok this is » c'est de prendre ça comme lui il le prend. Si lui est formé de cette manière là, « ok c'est intéressant » faut que pas « Oh my god tu as vécu ça! » Ça marcherait pas

T18 : Vous perdriez la confiance?

P18 : Absolument, you know credibility, tu perdra ton crédibilité

T18 : Parce que?

P18 : Parce que tu fais grand-chose de rien. (P18, H, Mtl, Ext, Occas)

Limites et déstabilisations en ISI. Si plusieurs situations sont discutées sans que le participant ne fasse référence à un sentiment de déstabilisation, certaines situations, plus

chargées émotionnellement, ont pu susciter des sentiments d'impuissance très forts. Ce sont les situations extrêmes qui sont celles qui sont le plus susceptibles de susciter des réactions émotionnelles et de déstabiliser le rôle professionnel. Les récits de vie entendus en ISI sont propices à témoigner de situations extrêmes, traumatisantes et comportant des éléments de violence et de mort, ce qui ne correspond pas à l'expérience quotidienne des participants. Certaines situations vécues par les patients sont difficiles à imaginer et touchent même les conceptions sur la nature humaine des psychologues interrogés. Il est fréquent que ceux qui rapportent avoir écouté ce type de récits parlent du caractère difficile à imaginer, énorme ou incompréhensible de ces éléments.

P03 : [...] On peut pas, en tout cas pour ma part c'est ça, on peut pas comprendre comment un être humain peut en arriver à poser des gestes comme ceux-là sur un autre puis penser qu'il est justifié dans ça là, les personnes qui ont fait vivre les, les sévices à cette personnes-là .. euh.. fak en terme de valeurs en terme de.. ça... ça confronte [...] (P03, H, Qc, Can, Freq)

Une participante dit, après avoir décrit une scène d'horreur qu'elle a entendue dans son bureau, que « le réel fait irruption dans notre tête » (P09, F, Qc, Can, Freq). Le témoignage de l'Autre fait ainsi rupture avec les représentations habituelles du monde. Ce qui a été lu dans les livres ou vu à la télévision prend un peu plus de réalité dans le bureau du psychologue :

P21 : [avoir entendu le récit d'une personne qui a été boat people] ça a mit une réalité, ceux des choses qu'on entend à télé, ça mit une réalité sur un, sur un concept. (P21, F, Mtl, Can, Occas)

De façon similaire, un autre détaille :

P07 : [...] j'ai découvert quelqu'un qui avait une souffrance énorme là. Qui au premier abord ne paraît pas. Mais c'est énorme. Pis on peut pas se l'imaginer, OK on peut ben voir le film « Un dimanche à Kigali » [...]. Et puis eh... mais c'est pas toute-là. Regarde on se met dans tête nous à huit ou neuf ans .. C'est ça le monde là? C'est ça la vie là? ... Puis tu deviens adulte puis t'oublie que t'avais neuf ans, pis t'as encore ça dans tête. [...]..... Des enfants soldats a qui on a obligé de tuer leur mère pis leur père. C'est pas drôle. (P07, H, Qc, Can, Occas)

Plus encore, entendre ces récits ouvre à des questionnements existentiels sur la nature humaine :

P03 : [...] c'est ça ça a été des des situations disons he confrontantes sur le plan humain et sur le plan, ben culturel et humain, c'est-à-dire de de prendre contact avec un côté de l'être humain, qui s'exprime à travers ça. Nous ici on est très sécurisé, très codifié, très y'a presque aucune, aucune place à ce qui ait des extrêmes, des excès comme ça se produisent, même si, si y'en avait des ouvertures qui se créeraient je suis certain qu'y en a qui .. qu'y en auraient des actions, des gestes comme ceux-là. Ça fait partie de la nature humaine là. Mais he, le fait d'être en contact avec ça, sur le plan existentiel c'est des expériences bouleversantes qui amènent encore là justement à.. he c'est ça, à voir différemment un peu notre culture, à voir euh.. bon si he.. ben au plan quoi là c'est ça interculturel mais aussi hu, humain, humanitaire peut-être là des expériences qui ont été marquantes pour moi là. [...] fak en terme de valeurs en terme de.. ça... ça confronte, puis ça fait se questionner un peu sur le sens de la vie, sur euh... qu'est-ce qui fait qu'en quelque part sur la terre y'a y y y'a, y'a ces choses-là qui arrivent alors qu'ici ben on voit des ptits événements qui sont vus comme épouvantablement dramatiques, mais dans ces circonstances-là y peut avoir pleins d'événements donc qui qui qui se produisent. He zones de guerre où euh, où l'être humain va va va très loin. Euh, fak c'est toute cette vision-là de l'être humain qui est questionnée, vison de la, ben du sens de la vie aussi puis euh.. pour ma part en tout cas... (P03, H, Qc, Can, Freq)

Ou bien, certains y voient une confirmation de leur croyance déjà établie, à l'effet que l'humain est capable du meilleur comme du pire :

T07 : Et est-ce que ... vous direz que vous avez appris de cette expérience-là?

P07 : Y'a du monde méchant.

T07 : Ouin, c'est ça que vous avez appris?

P07 : Ça m'a confirmé dans les choses que je savais là mais. C'est c'est.. L'être humain j'pense comme j'disais tantôt là y'est capable de grand bonheur, mais d'un très grand malheur aussi. Et comme y'est capable de générosité y'est capable aussi de de cruauté. (P07, H, Qc, Can, Occas)

Il pourrait être tentant dans ces situations d'amener la personne à ne pas aborder les détails de ces situations :

P03 : He ouin c'est dur à dire ? bien le travail avec des situations de de stress posttraumatique comme tel, y'en a pour qui bon ils se sentent assez à l'aise, y'arrivent à à, à pas trop se laisser he.. comment je dirais? Affecter par ce genre de récit là euh.. d'autres qui vont trouver trop difficile à entendre des récits comme ceux-là fak en soit c'est possible qu'une personne soit aurais pu euh.. continuer d'accompagner comme nous on l'a fait. Nous on était deux. Ça aide aussi, ça ça a effet aussi. D'avoir été tout seul avec toutes ces confidences-là probablement que ça aurait été plus lourd pour moi à dealer avec les images avec le le récit de la personne mais quelqu'un aurait pu en queque part he, he être tenté de peut-être détourner le focus des détails, essayer de de, de sortir la personne un peu de de l'expérience parce que c'était, c'était marquant pour elle. (P03, H, Qc, Can, Freq)

Les récits de vies difficiles ou traumatisants sont propices à toucher et émouvoir le psychologue au point de parfois susciter des réactions affectives intenses. Certains ont rapporté avoir été très ému par le récit du patient au point même de pleurer, ressentir de la colère et de la rage face à ceux qui ont commis des gestes violents et abusifs et même sentir que « ça fait lever le cœur » (P16) d'entendre les sévices qui ont été subis.

L'écoute de ces récits peut avoir des impacts psychologiques et porter atteinte au rôle du psychologue. Notamment, P09 parle des sentiments d'étrangeté et d'impuissance qui peuvent survenir à l'écoute de récits traumatisants pendant la rencontre avec le patient qui se confie. Elle se rappelle :

P09 : j'viens juste de m'en rappeler mais j'ai vu une Rwandaise peu de temps après le génocide Rwandais, pis euhmm là euh j'ai été vraiment très très très émue pis très euh marquée par son, son récit atroce là [rapporte des éléments de l'histoire] pis ça ça m'avait vraiment ça m'a marqué j'vous dirais parce que là y'avait beaucoup beaucoup beaucoup d'éléments de réalité qu'à me racontait, un peu d'une façon comme euh traumatique là pis ça euh, justement j'étais pas capable de faire autre chose que d'être comme euh un peu comme spectatrice avec elle de euh ce qu'a me rapportait là, je je, était comme sous le choc encore là puis ça ça m'a marqué parce que j'ai eu de la misère à, à dire autre chose que « voulez-vous qu'on continue à en parler ». J'étais pas euh capable de umm c'était trop gros j'étais pas capable de rester dans mes euh (silence 3 secondes) j'étais pas ca...capable de retrouver mes outils d'travail là... Parce que là c'était vraiment très étranger pour moi là c'était alors c'était comme trop étranger là, la machette le euh le sang le la la mort, les membres coupés, les les la terreur, euh le non-sens là c'était comme euh là ça faisait beaucoup là. Ça ça m'a beaucoup beaucoup marquée parce que j'savais pas quoi lui dire. Je savais pas, j'ai pas aimé ça pas savoir quoi y dire. [...] J'dirais que quand ça va mal là, pis que là j'suis dans (silence 2 secondes) plus d'impuissance là, c'est peut-être ce genre d'expérience-là qui marque plus. (P09, F, Qc, Can, Freq)

Elle apparaît alors déstabilisée de ne pas pouvoir recourir à ses outils habituels d'intervention. De façon analogue, P14 parle de son expérience d'écouter le récit d'un patient ayant vécu en camp, écoute qu'elle qualifie comme étant « une expérience humaine difficilement tolérable par moments » (P14) :

P14 : [...] moi ça m'arrivait de pleurer derrière le, heureusement elle le savait pas, elle le voyait pas. Mais là je me disais je sortais de ma neutralité bienveillante. J'étais pas neutre, j'étais émue, j'étais bouleversée. Mais la patiente avait pas à le savoir, elle avait pas à me consoler moi. Ça me regardait moi. (P14, F, Qc, Ext, Occas)

Cette participante met en évidence comment elle avait l'impression de sortir de sa neutralité professionnelle et aussi l'importance dans son rôle de ne pas montrer qu'elle était bouleversée.

En plus des impacts au moment de l'écoute de ces récits, des impacts psychologiques en dehors des rencontres sont rapportés. Notamment, P04 nomme avoir été traumatisé après avoir entendu plusieurs récits difficiles dans les communautés autochtones du Québec :

P04 : Ah mon expérience d'avoir été à l'écoute de ça. Ben hem, alors, hemf... des fois c'est très touchant, des fois c'est c'est pas facile à entendre (racle). Y'a des choses assez, assez rough qui se sont passées. Hem... (silence 3 secondes) hem... pis des fois c'est correct, où j'capable d'entendre ça j, parce que j'ai beaucoup lu, parce que j'ai beaucoup participé aux, aux colloques, aux aux rencontres de la commission vérité réconciliation, j'ai entendu toutes sortes d'histoires. Bon. Mais, parfois c'est traumatisant. Hem.. donc un autre concept important, quand on travaille en milieu autochtone, c'est le concept de la traumatization vicariante, vicarious traumautization, c'est-à-dire, c'est-à-dire qu'à force de travailler avec des gens traumatisés, on le devient soi-même. Alors, à force d'entendre des histoires traumatisantes, on le devient traumatisé soi-même, on s'en rend pas toujours compte. Moi j'm'en rendais compte par exemple, j'rentrais à la maison, ou ou ou je redescendais du Nord en auto, pis là j'entends une chanson triste pis j'pleure comme un bébé, mais des fois c'tait pas une chanson triste, des fois c't'une annonce de McDo là, pis j'me mettais à pleurer là parce qu'y avait quelque chose de touchant dans l'annonce de McDo. Là tu te rends compte que y'a quelque chose, une charge émotionnelle qui s'accumule, et pis ça faut faire attention parce que ça peut être, ah ben tient un soir tu tu prends une coupe de bières de plus que d'habitude. He.. tu tu peux te mettre à porter he... donc tu deviens traumatisé secondairement. Alors ça ça arrive aussi. Pis maintenant j'essaie de faire attention à ça. He.. fak ça c'est une expérience que je peux vivre quand j'entends ce genre de témoignage-là. (P04, H, Qc, Can, Occas)

Limites à la compréhension. « P08 : [...] c'est ça qui est... qui est un piège dans la relation interculturelle, c'est de croire qu'on sait. » (P08, H, Qc, Can, Freq). Le piège de croire que l'on sait semble très difficile à éviter du côté du psychologue et il est aussi difficile à saisir dans la pratique. Les psychologues qui ont parlé du thème de faussement penser qu'il comprend le patient le présentaient comme étant plus spécifique aux relations interculturelles, bien que le risque de prendre quelque chose pour acquis est présent dans toute relation psychothérapeutique. Il en a été question surtout dans les discussions théoriques et moins dans les descriptions des situations vécues en clinique. En effet, les participants n'ont pas nécessairement eu les conditions nécessaires pour savoir s'ils auraient bénéficié d'avoir des repères ou des connaissances autres dans les situations qu'ils ont rencontrées.

Le premier cas de figure de ce risque est lorsque le psychologue manque de repères culturels qui pourraient l'aider à se décentrer de sa perspective initiale afin de considérer d'autres hypothèses de travail plus pertinentes en ISI. Selon les participants, le manque de

repères prend la forme de manquer de connaissances sur la culture de l'Autre, ne pas avoir de grilles de compréhension pour savoir quoi évaluer en situations interculturelles ou ne pas chercher à explorer les éléments culturels dans l'histoire de la personne qui consulte. Certains disent qu'ils ressentent dans ces situations une impression de « vide culturel » ou d'étrangeté. Une participante précise que ce sentiment survient lorsqu'elle n'a pas de repères pour s'imaginer le vécu de son patient ou pour savoir si ce vécu est normal ou non selon le contexte culturel d'où il provient.

Il est rapporté que ces manques peuvent avoir un impact sur l'évaluation psychologique et l'intervention. D'abord, certains avancent que le psychologue se met à risque d'avoir des difficultés à bien évaluer la problématique du patient s'il ne tient pas bien compte des aspects culturels qui peuvent s'y jouer :

P08 : Donc si je fais pas ça [explorer le contexte culturel de la personne], y'a des bouts que je ne comprendrai pas. J'peux pas appliquer la même logique de sommeil, même là, parce que c'est pas le même contexte, et géographique et familial, parce que toute la vie familiale se gère différemment dans un univers où on se couche à la même heure, se lève à la même heure parce que c'est toujours le même rythme. Si je vas pas chercher ça, j'ai des données importantes du problème qui me manquent... (P08, H, Qc, Can, Freq)

Ensuite, dans l'optique où les traitements envisagés pour aider la personne découlent de l'évaluation qui est réalisée initialement, il est aussi expliqué qu'avoir des grilles d'analyses interculturelles aide à mieux intervenir en ISI :

P12 : Euh... moi j'pense que c'est... c'est comme euh... tsé c'est drôle mon exemple, mais mettons que t'as jamais eu de formation pour de l'intervention de crise ou de l'intervention suicidaire, tsé toutes les meilleures pratiques si tu veux, pour aider, pour accompagner pour... ben j'trouve que en interculturel aussi faut avoir tes grilles. Tes grilles d'analyse tsé, faut que tu les aies quelque part pour bien accompagner cette personne-là, parce que j'pense que tu peux passer à côté des éléments complètement, tsé vraiment fondamentales là. Tsé pour des, mettons un diagnostic différentiel, quelqu'un qui est en choc culturel vs. qui est en dépression. Tsé y'a quand même des distinctions à faire. Pis... avec la personne, si tu l'accompagne « ah ben tu fais une dépression », pis tu l'orientes vers un médecin prendre une médication mais en fait non elle est plus en choc culturel, pis tu lui dis, tu y'explique c'est quoi le choc culturel, comment elle peut se sentir tsé ça peut vraiment « ah! c'est ça j'vis! » Pis c'est pas, on n'est pas dans le pathologique, on est dans quelque chose que la personne a vit mais par ces, par cette grille d'analyse là que j'ai moi j'pense que ça vient... euh... mon intervention va être plus nuancée... tsé, plus chirurgicale. (P12, F, Mtl, Can, Freq)

Toujours au niveau de l'intervention, certains ont rapporté des situations où ils ont eu l'impression qu'un manque de connaissance aurait pu même causer du tort malgré les bonnes intentions du psychologue ou l'utilisation des meilleures techniques. À ce sujet, un participant donne en exemple qu'encourager un enfant à parler de ses émotions n'est pas toujours thérapeutique selon le contexte culturel de la famille :

P16 : Autre exemple frappant en thérapie familiale, on s'exprime, pis on exprime nos sentiments. Ça marche pas de même dans d'autres sociétés. L'enfant qui exprime ses sentiments, ou qui s'oppose à papa, ça se fait pas, on ne parle pas, j'sais pas si tu vois? Y'a un changement de façon de travailler, ça c'est fondamental là quand j'te parle de thérapie familiale. Heille ça marche pu mes affaires là. Pis moi, si j'pousse l'enfant à confronter papa comme on ferait si c'était un Québécois, ça, là j'fais du trouble, j't'en train de mettre du trouble dans famille, je fais, je nuis. (P16, H, Mtl, Can, Occas)

Les deux extraits précédents mettent en évidence comment ne pas arriver à se décentrer de sa perspective de psychologue peut créer des difficultés pour bien comprendre le patient, surtout en situation interculturelle, et que cela peut même causer du tort.

Des psychologues expliquent aussi comment le fait d'avoir des repères culturels en commun avec le patient peut les amener à prendre pour acquis certains éléments de sa situation. Ce type de biais est rapporté lorsqu'il y a une perception de similarité culturelle,

ce qui n'est donc pas spécifique aux ISIs. Les participants ayant eu même immigré au Canada ont aussi pu rencontrer ce type de situation, notamment lorsque le patient avait la même langue maternelle ou le même pays de naissance qu'eux. L'un d'eux rapporte une situation qui a pris une tournure plutôt cocasse pour lui :

P10 : [...] voilà plusieurs années en CLSC je me retrouvais avec un homme [...] et j'essayais de de de lui poser des questions, j'essayais de faire de l'intervention mais y parlait à peu près pas. Et à un moment donné, sa femme, qui venait assez souvent dans ce cas-là aussi, qui l'attendait dans la salle d'attente, il a voulu qu'elle vienne dans la rencontre. D'habitude j'accepte pas ça, je suis davantage bon j'explique qu'on fait un travail individuel, mais à l'occasion j'me dis « bon, quelle est la pertinence d'accueillir donc une tierce partie? ». Et dans ce cas-là, j'ai eu l'impression que c'était important et de respecter ce que le client me demandait. Surtout que j'avais l'impression que c'était vraiment quelqu'un qui avait aucune idée de qu'est-ce qu'on faisait comme travail en thérapie là, y'avait vraiment c'était à.. mille kilomètres de son esprit. Et ce qui était curieux, c'est que je l'accueille, la dame, je l'avais déjà saluée, et on se met à parler, je continue de parler, mon client parle, puis je l'interromps- ben je l'interromps, j'interviens, et pis un moment donné, la dame, c'est elle qui m'interrompt et pis « Monsieur [nom du participant], mon mari comprend rien de ce que vous êtes en train de dire » on est tous les trois [du même pays d'origine]. « Mon mari comprend rien de ce que vous dites... » Alors ce sont des [personnes de ce pays] et moi je suis [de ce pays] du continent, eux autres sont des [nom de la région] donc y'a aussi un dialecte un peu différent. Et là, elle dit à son mari « est-ce que tu comprends? » Il dit : « non ». Alors elle lui explique ce que je disais et moi je comprends tout ce qu'elle dit. Et j'y dis « mais ça ressemble drôlement à ce que j'ai dit ». Elle le lui explique et là il comprend. Alors pourquoi je mentionne ça, c'est parce que des fois, même dans notre propre culture, que ce soit au niveau de langage, on peut avoir la l'impression qu'on va *de facto* se comprendre, mais c'est pas garanti, c'est vraiment pas garanti. Et donc j'ai vraiment appris à être très attentif, même avec les gens de mon propre, de ma propre culture, les gens avec qui je parle une langue, que ce soit le français, le [langue d'origine] ou l'anglais, est-ce qu'on est vraiment en train de se comprendre? Qu'est-ce que l'autre comprend de ce que je dis? C'est sûr que c'était pas la première fois à laquelle j'étais préoccupé si on se comprenait, mais y'avait une qualité de compréhension, y'avait quelque chose, une dimension qui m'avait complètement échappée. J'avais pris pour acquis que il parle [langue du pays d'origine], que je parle [langue du pays d'origine], j'essaie de parler de façon quand même simple [...]. Mais sa femme elle me comprenait! Pis lui il me comprenait pas. Alors c'était fascinant. (P10, H, Mts, Ext, Freq)

Cela montre comment prendre quelque chose pour acquis peut favoriser les incompréhensions dans la relation thérapeutique et comment ce n'est pas toujours évident

de savoir qu'il y a une incompréhension. Une autre participante illustre aussi comment son interprétation des questions de sa patiente a pu être initialement biaisé par la perception que tous deux avaient une langue commune :

P17 : Comme, par exemple, j'ai une dame...qui, manifestement en la voyant, vous dites « elle est Chinoise ». Bon, c'est vrai qu'était Chinoise pis, dans son histoire personnelle, a m'a marqué qu'était d'origine chinoise. Mais, ce qu'a m'a pas dit, st'une Chinoise, mais née à Madagascar. [...]. Elle a un excellent français, OK ? Mais, des fois, a me pose des questions pi là [...] Pis c'est sa, en fait elle, elle parle Malgache euh, pardon, même pas, c'est le créole sa langue maternelle [...] le français, c'est sa cinquième langue, parce qu'elle est anglophone. A travaille dans un milieu anglophone, OK ? Alors, elle, quand a me parle là, a me posait des questions pi j'me disait « c'est impossible là » [qu'elle me pose ces questions]. OK, c'est une universitaire, c'est de l'élite de l'université. C'est impossible : qu'est-ce qu'a comprend pas? [...] Alors donc, là, elle, elle comprend que...j'ai fini par comprendre que, quand a pose des questions, pi a en pose, pi a en pose pi moi je... Affectueusement et respectueusement professionnelle là, j'ai dit « vous chipotez sur des affaires là ». Mais, au début, ce que moi, j'avais dit là a m'avait dit « moi, je suis pas perfectionniste. Non, je suis pas ci. Non, je suis pas ça. » Mais, c'est vrai qu'a chipote sur des mots, mais c'est parce qu'a comprend pas bien notre langue! (P17, F, Mtl, Can, Freq)

Ainsi, la participante travaillait initialement avec l'hypothèse que sa patiente pouvait être perfectionniste tant et aussi longtemps qu'elle n'a pas saisi à quel point s'exprimer en français pouvait être difficile pour la patiente.

Ne pas être capable de se décentrer. Une autre limite nommée au rôle du psychologue est de ne pas sortir de sa grille de compréhension ou, de façon similaire, d'imposer une vision médicale au patient.

P03 : [...] c'est d'ailleurs ce qui était aussi très présent que je me travaillais avec les autochtones, que je me rendais compte que beaucoup de gens qui travaillaient auprès d'eux négligeaient, c'était de justement s'ouvrir à une autre manière de voir, une autre manière de vivre, de se représenter son expérience de la part des clients, de se représenter leurs symptômes bon, plutôt que de faire rentrer une personne dans une grille euh... qui est très occidentale. Ben à ce moment ça m'amène à être beaucoup plus prudent là-dessus euh.. (P03, H, Qc, Can, Freq)

P06 : (Silence de 20 secondes) Euh..., oui, car lui aussi [le psychologue] ses repères, c'est vrai puis... Et il s'accroche souvent à ses, ses habitudes, il... il se... devient intransigeant avec sa propre culture et veut l'imposer à l'autre. Ça peut arriver ça, ça m'est arrivé. (P06, H, Mtl, Ext, Freq)

P04 : Mais he.. he et un autre psychologue pourrait ne pas embarquer là-dedans [les méthodes de soins amérindiennes traditionnelles] et strictement regarder ça... d'un point de vue psychologique psychiatrique et puis he.. voir ça comme du.. ne pas s'intéresser à, à ça en faite là, et se concentrer sur la dépression pis l'anxiété. (P04, H, Qc, Can, Occas)

Un participant situe la difficulté à se décentrer pour les psychologues à la fois dans la formation qui aborde peu les aspects environnementaux touchant l'individu et par un biais de la psychologie qui a tendance à s'intéresser seulement à l'intrapsychique :

P10 : Je... c'est comme si pendant toutes mes années d'études universitaires, oui y'avait le fait que y'avait des collègues d'autres cultures qui étaient présents, mais l'accent au niveau de l'enseignement n'était pas là. Au niveau même postuniversitaire, s'il y'avait une préoccupation de souligner l'importance d'être sensible aux différences, d'être ouvert à l'autre dans sa différence, la dimension culturelle a été très peu mise de l'avant au fait la dimension psychosociale a souvent été très peu mise de l'avant. C'est par moment un accent presque exclusivement intrapsychique qui isole l'individu comme si ce n'était qu'une organisation psychique dissociée, non-environnement. [...] Et j'ai l'impression que le rôle du psychologue, souvent, se limite à un travail sur le, justement les tensions psychiques, mais en réalité y'a des tensions, c'est indissociable des tensions sociales aussi. Et donc, de contextualiser l'intervention, de contextualiser l'expérience de la personne en tenant compte de ces éléments-là me paraît important. Et pis j'ai l'impression que souvent on en parle pas vraiment de ça. (P10, H, Mts, Ext, Freq)

Avoir de la difficulté à poser un bon diagnostic. Dans la difficulté à poser un bon diagnostic, on retrouve à la fois l'idée qu'il est plus difficile de faire un bon diagnostic en situation interculturelle et qu'il est possible de confondre culture et personnalité :

P03 : [...] mais quelqu'un qui ne s'intéresse pas aux.. aux particularités de l'interculturel dans une situation d'intervention, je pense aurait tout simplement conclut à « c'est une personnalité euh.. limite-là qui faut he c'est ça encadrer au plus vite », aurait devenu très directif, aurait peut-être rejeté la personne carrément euh.. aurait même peut-être, se serait peut-être même levé puis dis euh.. « regardez, vous sortez puis je vous veux plus en thérapie là ». Ça allait à ce point-là à certains moments-là. Donc he, aurait peut-être rapidement fermé, coupé le lien avec, avec la personne..pour des aspects à la fois peut-être culturels et personnels. (P03, H, Qc, Can, Freq)

P10 : [...] Mais je peux aussi avoir l'impression que certains psychologues pourraient se sentir un peu interloqués par le ton, l'attitude avec laquelle la cliente elle a fait cette critique et que pourraient avoir remarqué quelque chose de plus impertinent, un peu contrôlant, de la part de la cliente et qui aurait pu rester d'avantage uniquement sur cette dimension-là. Euh... je peux imaginer certains psychologues qui se questionneraient pas nécessairement sur la différence culturelle, sur le fait qu'ils ont aussi une vision du monde avec laquelle ils arrivent dans l'intervention et que... ils oublieraient que y'a là une rencontre de deux visions différentes, pas juste une question entre un spécialiste pis quelqu'un en détresse, mais que y'a deux rencontres, une rencontre entre deux cultures, entre deux visions. (P10, H, Mts, Ext, Freq)

Limites au cadre habituel de la thérapie. Deux participants expliquent même des limites dans le cadre de l'intervention qu'ils privilégient dans leur travail actuel, notamment dans le format « un-à-un » des rencontres avec un psychologue :

P03 : [...] Pour une personne qui s'est construit dans une société traditionnelle africaine il a des croyances par exemple en la sorcellerie, le un-à-un est à se méfier. Le un-à-un euh... c'est là qui peut y avoir he par exemple, de la sorcellerie qui circule. C'est comme si la personne he, ne peut que ff.. que s'appuyer finalement sur le seul individu qui est devant elle.. connaît pas bien ses intentions. Bon, la symbolique du chaman sorcier porte un savoir ou il transige avec des esprits aussi donc il y a un certain euh... comment je dirais... Un certain privilège avec le monde des esprits qui peut servir à bien ou à mal. Donc le un-à-un est à se méfier... si par exemple aussi, il y aurait une rencontre qui serait avec une femme, où dans la représentation du euh... Euh... Bien du mariage, des valeurs un peu d'une union de mariage, une femme va pas consulter un homme seule, à ce moment-là ça peut causer problème aussi. (P03, H, Qc, Can, Freq)

P12 : Mais j'te dirais que quand, par exemple, on vient d'une... d'une famille qui s'est inscrit dans un pays qui est plus collectiviste, ben notre rapport à l'autre va être différent. Pis la thérapie, qui est très très individuelle, des fois ça va *clasher* à c'te niveau-là. (P12, F, Mtl, Can, Freq)

Résistances du patient et limites dans l'expression du patient. Une partie des résistances perçues dans les situations rapportées sont des manifestations habituelles de résistances en thérapie : terminer un processus thérapeutique prématurément, ne pas travailler dans la direction du changement souhaité ou ne pas faire les devoirs proposés, mentir et cacher des choses au psychologue, présenter une attitude défensive, irritable ou

méprisante envers le psychologue, entrer en compétition sur le terrain des connaissances théoriques, être en refus par rapport à une idée ou même devenir opposant à l'égard de la démarche thérapeutique.

P09 : Ben parfois, les gens he sont déçus ou sont contrariés ou sont pas contents des soins qui reçoivent pis y nous demandent he, y trouvent que ça va pas vite, y trouvent que c'est c'est c'est, qu'on se voit pas assez souvent, que que que je m'occupe pas bien d'eux donc c'est sûr que de temps en temps un peu de.. j'me leurre pas là je sais bien que ça dure pas tout le temps ni dans un sens ni dans l'autre, mais quand on est beaucoup mis à l'épreuve pis beaucoup attaqué au plan intellectuel au plan théorique au plan culturel, ben c'est fatigant. On le vit c'est sûr. Les patients, les gens qui viennent ici c'est des gens qui sont souffrants pis qui sont à vifs he, y faut pas prétendre he c'est pas parce que les gens sont souffrants qui veulent he, qui qui sont contents qu'on s'mêle de leurs affaires pis qu'on triture leur he leur he leur he leur he leur trippes leurs leurs.. donc y réagissent là. (P09, F, Qc, Can, Freq)

Comme le mentionne cette participante, l'expérience de travailler avec les résistances du patient en consultation peut devenir fatigant. Certains mentionnent à cet égard qu'ils deviennent vigilants pour éviter leurs propres réactions contre-transférentielles face à ces résistances. Le plus souvent ces résistances sont comprises comme étant une forme de rigidité chez le patient, et l'étiologie de cette rigidité peut être associée à des éléments de personnalité et, plus rarement, à des éléments culturels.

Certains conceptualisent les résistances en tenant compte de l'interaction entre la personnalité et les aspects culturels. C'est ce qu'on trouve dans les propos des participants qui disent que certains patients se cachent derrière la culture pour ne pas assumer la responsabilité d'un comportement :

P14 : [...] j'ai vu que les problèmes entre guillemets, problèmes culturels, étaient pas des problèmes culturels. C'était ses problèmes à lui. Il était de culture arabe, de culture musulmane, mais tellement extrémiste et comme moi j'ai eu l'occasion de lire le Coran en arabe, de connaître certains versets du Coran, je le confrontais à ça en lui disant : « Ben, oui vous dites ci, mais y'a ça aussi dans le coran ». Donc ça a été, bon, une confrontation polie, euh... [...] il était extrémiste et tous les musulmans sont pas comme ça. Ça me... Mais d'ailleurs dans les rapports que j'ai dû rédiger j'ai pu le noter que... il se cachait derrière les éléments culturels, mais que c'était ses difficultés personnelles à lui qui étaient en cause. Parce que même les Québécois se laissaient prendre à ça « Ah, ben oui c'est sa culture ». Non. Pas un problème de culture. (P14, F, Qc, Ext, Occas)

De façon similaire P16 rapporte que son client avait évoqué des raisons culturelles pour dire que sa femme ne pouvait pas divorcer, mais cette information a été infirmée lorsque le psychologue s'est informé auprès d'un informateur culturel.

Un autre type de limite attribué au patient est que « y'a des choses qui se disent plus tard » (P19), notamment sur les sujets sensibles comme le racisme ou les situations extrêmes vécues à l'étranger.

P19 : Jamais ces personnes-là m'ont parlées d'elles-mêmes du fait qu'ils vivaient du racisme. Toujours plus à mots couverts, de façon he.. par des, des, des exemples, mais où on dit pas han que on est en présence de, de, personnes qui peuvent avoir des propos, ça reste...On dirait qu'à chaque fois, y'a quelque chose où y vont devenir un peu flou. Pis ça j'ai remarqué vraiment chez les trois personnes. (P19, F, Mtl, Can, Freq)

P07 raconte qu'un de ses patients en consultation a parlé pendant une certaine période de ses difficultés liées à ses relations amicales et son parcours scolaire. Or, le psychologue a eu connaissance d'une nouvelle liée au pays d'origine de son patient et il a eu l'intuition de demander si le patient avait été enfant soldat. Cette question précise a permis d'ouvrir sur un sujet très souffrant pour la personne qui n'avait pas été préalablement abordé :

P07 : [...] Alors tsé au départ quelqu'un qui parle pas, bon.... On peut poser, on peut amener ben des hypothèses, on peut poser ben des jugements, tant qu'on sait pas. Mais moi j'avais dans mon idée que y'avait quelque chose qui l'empêchait de parler. Pis c'était ça [qu'il avait été enfant soldat]. [...] j'ai découvert quelqu'un qui avait une souffrance énorme là. Qui au premier abord ne paraît pas. Mais c'est énorme. Pis on peut pas se l'imaginer [...] (P07, H, Qc, Can, Occas)

4.3.2.4. Différences perçues. Les participants font référence à de très nombreuses occasions dans leur discours à des différences culturelles qu'ils perçoivent en ISI. Bien que certains expriment ces différences culturelles en tenant compte de la perspective individuelle du patient, la plupart les ont abordées en les généralisant à un groupe donné. Ce recours fréquent à la généralisation a complexifié le travail de classement de ces codes. En effet, il était impossible avec le discours produit en entrevue de déterminer s'il s'agissait d'une collection d'expériences vécues en clinique qui a mené les participants à construire

ces généralisations ou s'il s'agissait de stéréotypes culturels appris par les participants dans leurs milieux de socialisation. J'ai donc mis de côté l'idée de comprendre l'origine de ces généralisations pour m'intéresser plutôt à leur fonction.

Dans la poursuite du travail d'organisation des codes, il est apparu clairement qu'une grande proportion des généralisations culturelles a pour fonction de tenter d'expliquer des limites et des difficultés rencontrées dans le cadre du travail psychothérapeutique. Ainsi, par ce procédé, la difficulté est attribuée non pas au psychologue ou à l'Autre, mais plutôt dans l'écart culturel qui existe entre l'Autre et le cadre psychothérapeutique privilégié par le psychologue. Les limites à l'ISI expliquées par des différences culturelles touchent notamment le rapport aux soins (médicaux et psychothérapeutiques), au temps, à la parole, à la présentation de soi, à l'expression émotionnelle, à la proximité, aux limites interpersonnelles, aux rapports homme-femme ainsi qu'aux comportements antisociaux (violence, extrémisme et délinquance).

Généralisations sur le rapport aux soins. Des différences entre le patient et le psychologue quant aux *conceptions des soins* psychologiques et biomédicaux sont apparues dans les discours. Une représentation partagée par plusieurs est que les soins psychologiques ainsi que le vocabulaire biomédical associé (ex. : anxiété, dépression, etc.) sont moins importants, voire inexistants dans certains pays. On retrouve aussi l'idée que la personne ou sa « communauté culturelle » (P12) peuvent associer le fait de consulter un psychologue comme un signe de folie et auraient ainsi davantage une vision défavorable de ce type de soin. Le plus souvent, cela est associé par les participants à une ignorance dans le groupe culturel de la personne qui consulte de ce qu'est la psychothérapie et le rôle de psychologue. Une participante explique aussi que cette ignorance du rôle du psychologue, mais la reconnaissance qu'il s'agit par ailleurs d'un expert, peut amener certains patients à attendre que le psychologue parle. L'intervention privilégiée pour pallier aux difficultés découlant de la méconnaissance des soins psychologiques est d'expliquer clairement au patient le cadre de la thérapie.

Une autre situation s'est présentée occasionnellement dans les discours sur les différences culturelles où le patient présente des explications tirées de croyances culturelles

et religieuses pour expliquer le problème pour lequel il consulte. Un participant nomme cela des situations avec un codage culturel fort :

P03 : Le codage c'est tout ce qui, dans le discours de la personne, quand elle se présente, euh? je sais pas moi si quelqu'un arriverait en disant euh? euh bon! J'ai perdu euh .. C'est arrivé d'ailleurs, une dame [qui raconte des difficultés en lien avec la maternité] : « de plus en plus j'ai l'impression que je suis victime de.. d'un bon, d'une attaque voodoo. Attaque vaudou qui a été posée par qui, je ne le sais pas encore, mais j'ai découvert que [nomme les indices lui ont fait penser à une attaque voodoo], puis j'aimerais ça pouvoir être aidée parce que j'arrive plus à fonctionner toute... je vis pleins d'échecs à cause de ça. Puis c'est pour ça que je consulte. » Là on est dans du codage culturel assez, assez fort. (P03, H, Qc, Can, Freq)

Celui-ci croit que ces situations sont moins fréquentes au privé, car ces personnes auraient moins de connaissances sur ce qu'est la psychothérapie. Toutefois, dans la présente recherche il est arrivé à quelques occasions que des participants rencontrent ce type d'explications en pratique privée, notamment concernant le Voodoo, mais aussi avec l'Islam et la religion catholique. Un attachement fort à ces croyances est souvent conceptualisé comme un frein à la psychothérapie :

P11 : [...] mon rôle c'est de... l'aider à ... activer tout ça, tout son potentiel pour s'en sortir. Et là, j'veux dire, j'étais comme... y'avait un frein. Un frein de ces... de ces croyances-là [à propos du Voodoo]. (P11, F, Mtl, Can, Freq)

Un autre aspect important dans les discours sur les différences culturelles est la correspondance (ou non) des patients avec l'approche psychothérapeutique préconisée. Dans cette perspective, le pays d'origine des personnes ayant migré serait lié à leur capacité ou non de réaliser un traitement psychologique. Il s'est avéré dans les cas discuté que les psychologues pouvaient se sentir inconfortables, ou à l'inverse très confortables, selon la familiarité du patient avec leur propre conception de la psychothérapie. De façon générale, il est rapporté que les patients d'origine d'Europe de l'Ouest, notamment les français, auraient plus de facilité pour parler de leurs émotions et faire de l'introspection. Un participant dit aussi que les juifs aiment parler, ce qui favorable à être en psychothérapie.

Ces caractéristiques peuvent plus ou moins correspondre aux pratiques psychothérapeutiques des participants. Une participante d'approche éclectique qui utilise

l'histoire familiale trouve qu'il est plus facile de faire l'arbre généalogique avec la clientèle européenne qu'avec la clientèle québécoise, ce qu'elle attribue à l'importance de la transmission familiale en Europe. Une autre psychologue d'approche psychanalytique rapporte un plus grand confort lorsqu'elle travaille avec des personnes familières avec la psychanalyse, soit des français ou des argentins. À contrario, deux participantes, une qui dit être orientée vers le changement et l'autre qui adopte une approche médicale structurée, rapportent des difficultés à faire correspondre leur cadre psychothérapeutique avec certains patients européens, ce qu'elles attribuent justement à l'influence de la psychanalyse. Deux situations ont été discutées en ce sens et le résultat de ces rencontres a été soit une compétition pour les connaissances ou une résistance du patient à faire autrement que juste parler de ses difficultés.

Dans un registre similaire, des difficultés à faire un travail psychothérapeutique ont été rapportées avec des personnes de religion musulmane ou arabes. Le point commun entre les expériences rapportées à cet égard semble être de rencontrer des difficultés à exercer son rôle de psychologue auprès de ces clientèles mais les explications proposées divergent :

P11 : [...] dans la religion musulmane euh... quelque chose qui est mon dieu, y t'arrives de quoi, soit que toi tu as fait quelque chose ou tes ancêtres ou ta famille ou tes..., mais tu expies quelque chose. Tu expies quelque chose, donc ça vient beaucoup entraver la psychothérapie, parce que c'est comme une punition de Dieu. Donc j'dois euh... euh... comment j'pourrais dire, la subir, expier. Donc euh... bien souvent on a beaucoup de difficulté à les mobiliser [...]. (P11, F, Mtl, Can, Freq)

P06 : [...] Y'a la différence chez l'occidental, l'introspection, tout à fait aisée, normale et qui vient, qui va de soi quasiment. Alors que chez l'Arabe ou chez le non-Occidental, l'introspection c'est de la folie, c'est complètement ridicule, c'est une insulte. Les gens, les gens ne tolèrent pas ça du tout du tout, donc il faut assurer le traitement sans qu'ils en arrivent à à vivre une atmosphère comparable à l'introspection. Donc c'est, c'est dur. C'est pas évident. [...] Ben, simplement euh, dans la pratique analytique tu as la fameuse loi... j'sais pas comment on appelle ça la... la première recommandation que qu'on fait au patient c'est de dire tout ce qui lui vient à l'esprit sans, sans sélectionner, même les choses les plus banales. Bon, comme blanc occidental ça va très bien; il est très heureux avec cette consigne. Bon il a peut-être un peu de mal au début, mais il y va après très facilement. Mais avec un non-Occidental, l'angoisse monte... au bout de, il tolère pas ça plus d'une séance, c'est intolérable, intolérable. (P06, H, Mtl, Ext, Freq)

Généralisations sur le rapport au temps. Le thème des différences dans le rapport au temps a lui aussi été nommé fréquemment et il apparaît lié au cadre psychothérapeutique par la capacité du patient à venir à un rendez-vous à heure fixe. Les participants disent observer une tendance à arriver en retard chez des patients originaires d’Afrique ou d’Haïti, les Arabes ou les Autochtones du Québec vivant sur des réserves. Il est rapporté que de « savoir » que certains groupes ont tendance à être en retard ou avoir une hypothèse culturelle pour expliquer des difficultés à tenir un rendez-vous à heure fixe permettrait de mieux composer avec le sentiment de frustration que génèrent ces situations pour le psychologue :

P09 : À l'époque j'prends un exemple très spécifique quand j'avais commencé à travailler à l'université on m'avait dit les Africains sont toujours en retard, parce qu'y ont rencontré quelqu'un en s'en venant pis c'est pas une offense, euh nous on l'prend comme ça donc he, mais c'est pas un offense c'est pas un manque de respect c'est juste qui, c'est c'est comme ça pis euh après ça pis ça va prendre un moment de de. On m'avait dit ça, on m'avait dit ça, pis ce qui s'est avéré aussi mais je le, je le savais donc j'faisais avec [...]. (P09, F, Qc, Can, Freq)

P04 : Pis aussi la notion du temps, eh, moi j'rencontre des gens, j'arrive dans, dans l'avillage, pis y me disent « Ah t'es là cette semaine, super! Eh j'prends rendez-vous avec toi, OK j'appelle [la réceptionniste] pis j'prends rendez-vous». [La réceptionniste] mettons c'est celle qui prend les rendez-vous. Parfait. Prend rendez-vous pis tout ça, oups se présente pas. Je l'recroise « Ah ben oui j'ai manqué le rendez-vous, eh.. j'avais pas de gardienne » ou eh.. « mon frère m'a invité à chasse, j'partis à chasse ». Y r'prend un autre rendez-vous, y pourrait arriver qu'y se représente pas, et c'est pas parce qu'y'a pas l'goût d'venir. C'est pas parce qu'y veut te faire chier. C'est que y'a la notion du « right time », à ce moment-là y'avait quelque chose d'autre qui se présentait. Et, c'est ça. C'est une, c'est une autre relation au temps, alors si on n'a pas un peu lu, et si on n'est pas un peu ouvert à essayer de comprendre on, on on vit constamment dans, dans une frustration un désarroi, pis j'dirais que ça enlève pas toute la frustration et tout le désarroi, ça, encore après quinze ans, quand j'ai sept clients pis y en a juste un qui se présente, c'est pas l'fun. Ça arrive de moins en moins j'te dirais, c'est quand même beaucoup plus rare maintenant. Ça enlève pas tout le désarroi mais ça, ça aide à ... ça aide à ... (silence 2 secondes) à mieux vivre avec disons. (P04, H, Qc, Can, Occas)

Généralisations sur l'expression de soi. Le thème des différences dans l'expression des émotions et de la détresse est souvent relevé et apparaît comme un aspect important à

tenir en compte pour s'assurer d'avoir une bonne appréciation du vécu subjectif de la personne :

P11 : [...] y'a ça aussi [la dramatisation] qui faut que je dose dans les différentes cultures. Ok. Euh... des euh... pis là, ben on est quand même en Occident mais on ne... chez les Italiens, j'pense c'est un peu connu comment tout, tsé, j'veux dire sont beaucoup plus démonstratifs. Et dans beaucoup de cultures, les gens vont démontrer leur peine ou leur joie d'une façon plus expressive euh... chez les Latinos, les choses comme ça que nous. Des fois quand he, t'es en interaction, en thérapie, faut aussi que tu te rappelles que peut-être que oui... y'a une partie qui euh... plus démonstrative de... euh... de... tsé comme de la souffrance, de la douleur. La douleur, nous, on va être stoïque, on veut pas, ou on, tsé on va dire, c'est bien de... de pas montrer notre souffrance. Ok. De pas montrer non, c'est bien de voir que la personne voit qu'on souffre mais que on est fort et on s'plaint pas. Ok. J'veux dire, se plaindre, c'est pas... socialement euh... Accepté. Alors que dans d'autres, y faut que tu te plains. Y faut que tu te plains pour montrer que ça fait mal et nous ça nous irrite. Ok. Parce que ça vient nous... nous heurter à nos valeurs que euh... non, tu dois pas te plaindre. Tu peux dire que tu souffres, mais être correcte, alors que l'autre faut qu'à se plaigne. Fak euh j'veux dire tsé des euh... des choses comme ça, fak y faut, quand tu rencontres quelqu'un pis que c'est beaucoup dans la plainte de la douleur, regarder est-ce que ce, et ne pas, elle souffre assurément mais pas plus probablement qu'un autre Québécoise qui va dire « j'ai mal » ou un Québécoise ou un autre culture qui va te dire « j'ai mal » mais qui ne fera pas toute la plainte parce que, j'veux dire, c'est pas de... dans sa culture ben on dit « j'ai mal » (rire). Pis là tu la vois sur la chaise pis là tu sais que ça y fait mal, tandis qu'eux autres vont te le montrer. Mais tu as l'impression que ça y fait peut-être pas mal. Mais j'veux dire, bon, à souffre un peu là, j'vous dis pas qu'à souffre pas là, mais y'a des façons de démontrer différemment puis euh... et à quelque part, comment toi tu peux l'aider là-dedans, tsé. Là-dedans de... de l'autre, de faire attention que oui, c'est signe que peut-être faudrait qu'à, peut-être qu'à fasse plus attention à ses choses, pis l'autre ben peut-être que le fait d'amplifier ça l'aide pas non plus à contrôler sa douleur. Tsé de... fak euh ben, pour elle n'amplifie pas mais tsé d'une autre façon mais de... de... de regarder comment ça, comment on peut agir là-dedans. (Rire). (P11, F, Mtl, Can, Freq)

Une autre psychologue rapporte aussi avoir eu des difficultés répétées avec des patients qui présentaient des attitudes, qu'elle associe à la culture, à se plaindre sans chercher de solutions chez les européens de l'est ou à dramatiser chez les haïtiens :

P01 : [...] J'ai tendance à voir que les personnes de l'Europe de l'est sont beaucoup dans une attitude euh..., heum, très misérabiliste. Très euh..., heum, et ça, ça crée une espèce d'insatisfaction, tsé, de la misère confortable; très misère confortable. Russe, Roumain, j'ai eu cette tangente-là. [...] Je me confrontais toujours, je me frappais toujours au même mur; c'est qu'on essaie de les rendre plus proactifs, mais non non non, les changements sont jamais possibles, parce que les obstacles sont trop grands, donc on se crée toute une vision de de qui nous paralyse et on reste dans notre situation dans laquelle on souffre, pour laquelle on vient consulter, mais on se met très peu en action. [...] à chaque fois que t'amènes quelque chose, à chaque fois que t'essaies de faire un peu de résolution de problèmes..., toujours c'est des faits, de l'autre côté. Des faits, des faits, des faits. Donc c'est jamais possible, c'est jamais correct, c'est genre non non non. Donc y'a cet espèce de désir presque de rester dans cette misère confortable-là. Et je sais pas trop qu'est-ce qu'ils recherchent en venant ici, dans un bureau de psychologue, parce que j'suis pas là juste pour les écouter ventiler, ou se plaindre, ou exprimer ce qui les désarçonne, ce qui les fait souffrir dans la situation actuelle, j'suis là aussi pour les aider à en sortir, ne serait-ce que psychologiquement d'en sortir, même s'ils peuvent pas modifier la situation actuelle. Et on se retrouve devant des gens qui ont vraiment cette vision-là, où euh..., ils se présentent dans un cul-de-sac pis on dirait qu'ils veulent se maintenir dans une vision cul-de-sac. Alors c'est très limité ce qu'on peut faire comme intervention, dans un contexte comme ça. Et j'ai remarqué, effectivement, que Europe de l'est, Russie, Roumanie, Ukraine; tendance, forte tendance à être un peu dans cette mentalité-là. (P01, F, Qc, Can, Occas)

P01 : Je dirais ça pour les Haïtiens aussi, avec les tendances aux dropouts que j'ai, c'est que si la personne- parce que y'a cette tendance-là, mais de l'autre côté c'est pas tant que..., mais c'est plus dans la dramatisation que ça crée ce cul-de-sac-là pis qu'on tourne en rond, mais plus que c'est ça; c'est des populations avec lesquelles j'ai tendance à ne pas pouvoir compléter mes interventions, parce que ça manque ça manque d'engagement, donc parce que ces personnes-là ont peut-être une certaine idée par rapport à ce que c'est l'intervention psychologique pis moi surtout dans mon approche, ce n'est pas une approche où on ne fait qu'écouter du contenu, des inquiétudes à haute voix ou de la tristesse à haute voix pendant cinquante minutes. On est vraiment là pour essayer des choses, donc ça prend un certain engagement, pis si la personne est pas prête à avoir ça, j'suis pas le bon psychologue pour elle, clairement, que ce soit culturel ou pas. (P01, F, Qc, Can, Occas)

Dans le deuxième extrait, la participante met clairement en évidence que ces attitudes ne correspondent pas à son approche thérapeutique qu'elle décrit comme étant orientée vers le changement. Elle illustre aussi comment la différence d'expression des émotions entre le patient et le psychologue a pu paralyser son rôle professionnel. Bien qu'elle conceptualise ces attitudes comme étant culturelles, elle précise plus loin en

entrevue qu'elle ne considère pas que ces difficultés sont spécifiques à un groupe donné et qu'elles peuvent être rencontrées par des clients de toute origine, bien qu'elle trouve cela plus présent dans certains groupes.

De façon similaire, des différences sont relevées aussi en ce qui concerne la présentation de soi en séance. Notamment, les « asiatiques » sont souvent décrits comme étant stoïques, ne présentant pas d'émotions, qui auraient besoin d'exprimer beaucoup de honte en début de suivi et qui peuvent avoir tendance à dire ce que les autres ont envie d'entendre :

P07 : [...] les vietnamiens ne comptent pas de menteries, mais ils vont te dire ce qui pensent que t'as envies d'entendre. Ha ha ha. Alors ça il y a plusieurs peuples asiatiques qui sont comme ça. Y te mentent pas, dans leur tête y mentent pas. Ils te disent ce qu'ils pensent qui va te faire plaisir d'entendre. (P07, H, Qc, Can, Occas)

P01 : [...] Et personne aussi, très (silence 3 secondes) elle me sourit tout le temps..., très contenue, extrêmement contenue dans son affect, et en dit très peu, se livre très peu; elle se livre par petites bribes qui ont l'air d'exploser, qui ont l'air de lui échapper plus que de venir vraiment volontairement. Donc ça, ça peut être un peu plus difficile à travailler. M'a menti, m'a caché des choses, régulièrement pendant la thérapie, mais vu que c'était en lien, je m'attendais pas à ce qu'a fasse de spécial, parce que c'était moi, le comportement était bien ancré chez elle alors... Donc ça c'est un exemple un peu flagrant de ce que son environnement culturel a pu provoquer chez elle. Mais je pense pas que c'est propre aux personnes d'origines vietnamiennes de faire ça. Mais elle, placée dans cette mentalité-là de *parenting* vietnamien, a choisi cette voie-là, et l'a tenue pendant de nombreuses années. (P01, F, Qc, Can, Occas)

Généralisations sur les normes morales. Il est aussi rapporté que certaines émotions seront davantage valorisées selon certains pays d'origine, notamment en lien avec les différences de normes morales. Ainsi, les personnes issues de cultures davantage judéo-chrétiennes présenteraient davantage de culpabilité et de responsabilité, alors que ce seraient davantage les émotions de honte, de fierté et d'honneur qui seraient mises de l'avant dans des sociétés « non-occidentales », arabes, chez les personnes provenant d'Amérique Latine, d'Afrique ou d'Asie du Sud. Une participante explique sa théorie à ce sujet :

P11 : [...] Au niveau des différences culturelles, pour moi, euh, s'pour ça que jviens toujours honte et responsabilité c'est comme ça que je le vois, entre notre monde Occidental qui est basé beaucoup sur la responsabilité, les valeurs de responsabilité et de là de la culpabilité, les problèmes de culpabilité que les gens vont arriver dans mon bureau. Quand j'arrive et que des gens qui sont nés et qui ont vécu assez longtemps dans des pays, j'veux dire, non-Occidental, euh, moins organisés, j'suis dans un niveau de honte et de fierté et les gens vont arriver, la valeur principale ça va être la fierté et ils vont arriver avec des problèmes liés beaucoup à la honte. Et bien souvent, moi, qui est, bon, québécoise, j'me *mind* avant même des recevoir sur le fait que j'suis dans la fierté. J'suis pas dans la responsabilité. [...]C'est beaucoup... cette chose-là euh... pour moi j'trouve ça fondamental. Cette cette... puis, là, j'viens de lire Cyrulnik sur la honte et y'a euh... à la fin du livre, pis d'ailleurs j'étais là pis j'ai relu le passage parce que quand j'avais lu ça j'étais « ah! intéressant! » parce que moi j'sav. Lui, pis y parle que dans des sociétés euh non-organ, euh... Non organisées, moins organisées, l'honneur devient très important. C'est ça qui régularise la société. Euh... j'veux dire, dans le sens que... euh... pour euh... t'as pas la police, t'as pas le... le système car, tsé judiciaire ou des choses comme ça, donc toi, si quelqu'un attaque ta femme ou ta fille, comme homme tu dois, par honneur, les défendre. Et... te battre, tsé, te battre et tout ça parce que c'est... c'est le... pis faut pas que tu fasses honte à la famille. Euh, tsé a, et c'est... c'est... ces systèmes-là sont dans les structures non organisées où là, nous, dans nos structures, on devient, on dit, plus individualistes mais où on a pas euh... pis là y donnait un exemple des États-Unis mais c'est on était au nord et au sud, c'est quelqu'un qui mettait dans son CV j'pense qui avait tué quelqu'un qui l'avait insulté pis au nord c'était vu comme étant pas possible, ce qui était complètement, alors qu'au sud c'était vu « ah mon dieu c'est un homme fort ». Alors, et effectivement, dans les sociétés moins organisées, nous, y'a la police pis tu... pour nous, socialement euh... tu dois te référer à la police pis euh... au système judiciaire et non pas te faire justice toi-même. Ok. Et euh... j'ai trouvé ça... j'ai trouvé ça très très intéressant cette euh... euh... que lui, parce que, moi, au début, j'pensais à l'Afrique, après ça j'ai eu des Latinos pis j'ai dit « ah mon dieu ils fonctionnent comme ça ». Là ben c'est les Maghrébins sont plus récents, les Latinos c'était y'a quelque, parce qu'on j'ai eu la phase beaucoup Latinos. J'en ai, j'en ai encore... et euh... et, puis, même chez les Asiatiques, y'a beaucoup l'honneur ok. Alors... pis là j'étais là tsé pis j'me disais : « mon dieu, sont toutes »... Tsé j'veux dire, on est toutes là-dedans, là j'disais juste l'Occident pis le non-Occidental et euh... pis là, lui m'apportait un éclairage sur le fait du besoin que de... c'est ça, de l'honneur et du chef pis de... de suivre euh le chef, d'écouter et tout ça de... du... quand t'as pas de structure. Quand t'as pas de structure.

(P11, F, Mtl, Can, Freq)

4.3.2.5. Rapport à la culture dans la rencontre clinique. Lorsqu'il était demandé aux participants de me parler de leur conception de la culture et du culturel en clinique, des

définitions diverses ont été nommées. Il a été difficile initialement de les regrouper en raison d'une grande diversité de termes employés pour décrire les phénomènes culturels. Un regroupement a pu être réalisé selon le degré auquel une importance est mise entre les aspects individuels et culturels dans la rencontre psychothérapeutique. Ces différentes conceptions peuvent se retrouver dans le discours d'un même participant. Celles-ci sont brièvement résumées dans la présente section.

L'absence de perception des phénomènes culturels. Dans plusieurs situations, il est rapporté qu'il n'y a pas de différence entre l'ISI et l'intervention habituelle. D'une part, il est avancé une certaine emphase sur l'humain dans le travail psychologique, où on intervient au niveau de la personne, on la reçoit de la même manière peu importe la culture et où on ne sort pas de son rôle. Le travail est comme avec les autres patients et au final, on s'intéresse aux besoins de base et aux valeurs communes à tous.

Parfois aussi, les participants rapportent que le culturel ou les différences culturelles sont pas si importants. Il y a alors une emphase sur le fait qu'il y a davantage de ressemblances que de différences. Pour certains, ne pas tenir compte de cela met le psychologue à risque de penser qu'il y a une différence quand il n'y en a pas.

Enfin, il arrive aussi que le culturel soit ramené à une autre dimension plus proche des repères habituels du psychologue, comme la dimension familiale ou de personnalité. On retrouve alors aussi des discours sur les sous-cultures qui sont définies à partir des concepts de différences des sexes, d'orientation sexuelle, d'âge, de préférences, etc. Ces discours témoignent d'une confusion entre la dimension culturelle et ces autres dimensions de la personne qui apparaissent difficiles à départager aux yeux des participants.

L'omniprésence de la culture. À l'inverse, le culturel peut être perçu comme étant présent partout et on retrouve des définitions qui font état d'une énumération de phénomènes culturels. Parfois, ce caractère complexe des phénomènes relevés semble rendre difficile d'en tirer une définition qui soit opérationnalisable en clinique. C'est comme si en disant la culture est partout, elle n'est nulle part.

D'autres vont plus parler de l'omniprésence du culturel en mettant une emphase réelle sur cette dimension dans leur travail. Ils vont parler du culturel comme une réalité incontournable et ils ont la perception de travailler tout le temps en interculturel. Soit que c'est une définition large de la culture qui va amener cette perception ou l'identification du participant à un groupe minoritaire qui peut leur donner l'impression que toute rencontre est interculturelle. On retrouve aussi cette idée chez les participants qui ont travaillé dans les communautés autochtones et qui rapportent que c'est différent d'aller dans une communauté par rapport à recevoir un immigrant dans son bureau.

L'interaction individu-culture. Une autre conception du culturel en clinique tient compte à la fois du niveau individuel et du niveau culturel. On retrouve l'idée qu'il est important d'avoir un équilibre entre tenir compte de la culture ou mettre trop d'emphase. Aussi, il est considéré que chaque personne porte sa culture, réagit à des influences culturelles, que la culture est un aspect de la personne et qu'elle teinte la personne.

4.3.2.6. Rapport aux connaissances-ressources. Il est apparu dans les discours sur les ISIs différents rapports aux connaissances. Ces rapports témoignent d'attitudes différentes selon la fonction ou le danger attribués aux connaissances, notamment à celles qui ne proviennent pas du patient.

Attitude positive à l'égard des connaissances-ressources. Dans le registre des attitudes positives recensées à l'égard des connaissances et des ressources externes, plusieurs interventions témoignent du fait que les participants avaient déjà certaines connaissances culturelles avant la situation rencontrée. Le niveau d'élaboration de ces connaissances varie entre d'un côté des généralisations culturelles transmises par un autre professionnel ou formées par le cumul d'expériences similaires et d'un autre côté le développement de grilles de compréhension culturellement sensibles qui sont souvent le résultat d'années de formation à l'interculturel ou dans un champ connexe (ex. : théologie, anthropologie) combinées à la pratique interculturelle. Cette attitude positive se reflète aussi dans la référence à différentes ressources, telles que la supervision sur des sujets

interculturels, le travail d'équipe et de collaboration, et la vérification d'une information auprès d'informateurs de la communauté culturelle.

Attitude conditionnelle à l'égard des connaissances. L'attitude conditionnelle à l'égard des connaissances est davantage retrouvée chez des participants qui rapportent avoir peu d'expériences d'ISI. Certains dans cette situation avancent qu'ils se renseigneraient davantage sur la culture s'ils avaient dans leur clientèle une forte représentation d'un groupe culturel donné. Cette attitude semble davantage correspondre à une absence de motivation à acquérir des connaissances culturelles.

Attitudes négatives à l'égard des informations externes. Les attitudes négatives sont exprimées exclusivement à l'égard des informations externes à la consultation, souvent en lien avec la désir de *ne pas généraliser* une information sur la situation du patient. En ce sens, certains expriment une *méfiance envers l'information externe* qui pourrait même *nuire*. Par exemple, une participante dit *les connaissances et les modèles théoriques peuvent amener de la rigidité chez le psychologue* et elle préconise davantage une attitude ouverte et réceptive à toutes formes de situations.

Critiques de sa pratique-profession. Certains participants utilisent les connaissances culturelles qu'ils ont pour porter un regard critique sur la pratique de la psychologie, notamment sur les ethnocentrismes de cette profession. Notamment, un participant qui critique l'universalité prétendue des théories psychologiques dit avoir fait un long travail de recherche pour contextualiser les théories qu'il a apprises selon le milieu social et historique dans lequel elles ont vu le jour. Il en est venu par ce travail à développer une approche clinique qu'il considère applicable à tous les patients, peu importe la culture.

Parfois, c'est la rencontre avec le patient qui suscite ce recul et ce regard critique envers sa propre culture. Ici, l'expérience de l'ISI est considérée comme une occasion d'apprendre comment le groupe culturel du psychologue est perçu par les patients considérés culturellement différents.

Enfin, la critique peut être tournée envers les collègues ou l'établissement. C'est ce que l'on retrouve chez ceux qui critiquent le racisme de l'institution, qui remettent en doute une opinion d'un autre professionnel ou qui veulent expliquer des notions culturelles à leurs collègues ou développer leur tolérance.

4.3.2.7. Expériences émotionnelles. C'est sans surprise que les participants ont parlé de leurs réactions émotionnelles dans les ISI. Lorsque celles-ci n'étaient pas abordées d'emblée dans les situations discutées, j'utilisais des questions de relance pour explorer un peu plus ce vécu émotionnel.

Un premier constat général sur ce thème est que les expériences rapportées d'ISIs ont suscité des réactions affectives de tonalité et d'intensité variées. Dans les discours, il apparaît que ces réactions émotionnelles sont souvent en cohérence avec les difficultés rapportées par le patient ou avec les difficultés dans la relation thérapeutique. Parmi les mots employés pour discuter de ces émotions, on retrouve notamment : se sentir touché, ému, anxieux, inconfortable, ressentir de la peur, de la colère ou de la rage, être choqué par une réalité difficile à imaginer ou par des différences de valeur, mais aussi avoir envie de rire, trouver son expérience « le fun », se sentir valorisé dans son rôle de psychologue, sentir un enrichissement ou se sentir honoré. La réaction la plus fréquemment nommée a été de se sentir touché ou ému par les propos des patients, ce qui apparaît en cohérence avec le rôle du psychologue qui tente d'offrir une écoute empathique à son interlocuteur. Les thèmes que les participants ont trouvés touchants sont variés mais ont comme point commun la souffrance ressentie et les difficultés vécues par le patient.

On retrouve aussi l'émotion de la peur dans des situations impliquant un risque réel ou imaginé pour le patient ou le psychologue. Notamment, P17 rapporte avoir déjà eu peur pour sa sécurité et celle d'un patient en raison de l'implication d'un proche du patient comme militaire dans un autre pays. Cette participante avait d'ailleurs déjà eu une occasion où des personnes se sont présentées avec une arme à feu dans un autre emploi qu'elle a occupé avant d'être psychologue.

Le risque de violence ou d'extrémisme a occasionné de la peur aussi chez une autre participante :

P14 : J'ai appris la peur, parce qu'il me faisait peur ce jeune homme. Je... je me sentais, moi-même, tsé en me disant « Mais est-ce que c'est une graine de terroriste? Est-ce qu'il pourrait être terroriste? Est-ce qu'il pourrait faire partie d'une cellule dormante? Il est tellement extrême, il est tellement... » Et j'ai appris que je pouvais avoir peur et que... et j'aimais pas ça.

T14 : Pis quand vous dites « j'ai appris que je pouvais avoir peur » euh... peur par rapport à quoi?

P14 : Ben... euh... c'est un peu gros, mais peur qu'il mette une bombe dans mon bureau quand il était pas content. Par moment il avait l'air d'une grenade dégoupillée. La rage qu'il avait pis... Et j'ai jamais eu peur... j'ai jamais, jamais, jamais eu peur en [pays du Moyen-Orient où elle a déjà vécu]. Alors qu'est-ce qui faisait qu'ici, tant d'années plus tard par rapport à quelqu'un d'origine musulmane j'avais cette espèce de réticence, de peur... ben j'ai appris que je pouvais être raciste aussi, par moments. (P14, F, Qc, Ext, Occas)

Parmi les expériences les plus déstabilisantes, l'écoute de situations extrêmes vécues à l'étranger semble susciter les réactions les plus fortes. Cette déstabilisation a déjà été discutée dans les limites au rôle du psychologue. Néanmoins, des expériences positives sont aussi rapportées en lien avec l'écoute de récits difficiles :

P03 : [...] cette personne-là de voir comment elle en est ressorti de de son cheminement, he vraiment avec c'est la, en queque part une confiance en l'être humain, en ce qu'y est capable de de reconstruire, de ré, de réparer en lui-même à partir de ses ressources. Y'a une force de résilience he, incroyable, he, pis j'irais jusqu'à dire avec cette personne-là queque chose de spirituel j'pense, queque chose de.. qui dépasse, qui qui qui dépasse ce qui se déroule comme travail he thérapeutique comme tel, mais queque chose de plus.

(P03, H, Qc, Can, Freq)

P04 : [...] mais là queque chose qui me vient c'est que j'apprends que l'être humain est fait fort, en tout cas les autochtones sont faits forts. Hem.. qu'on peut continuer à vivre, he.. pis se développer, fonder une famille même, en ayant vécu toutes ces choses-là. Hem, passer des dizaines d'années de de souffrances, de consommations mais continuer à.. à vivre. (P04, H, Qc, Can, Occas)

T14 : Comme si, pour vous, c'était une expérience aussi que vous qualifiez d'unique justement.

P14 : Oui.

T14 : Euh... Pis dans ce que vous dites, c'qui a d'unique c'est à la fois l'ampleur des traumatismes, mais aussi euh... la force que vous avez vue chez cette.

P14 : La résilience.

T14 : La résilience...

P14 : C'est un terme qui est un peu galvaudé, mais la résilience chez cette survivante. (P14, F, Qc, Ext, Occas)

P16 : C'est beaucoup, j'avais te résumer ça, lorsqu'on a terminé notre formation à Washington, on était une trentaine, la formatrice nous a demandé nos commentaires et sans se concerter, tout le monde on a dit à quel point on admirait nos clients. Je pense que ma vision c'est la résilience des gens, c'est un étonnement incroyable comment c'que c't'e monde-là a réussi à être fonctionnel, pour moi, ça me fascine. Le, la force, c'est ça ma vision. [rapporte des expériences de personnes qui ont pu se réaliser malgré des mauvais traitements] pis c'est des personnes immigrantes qu'y'ont été sévèrement maltraitées, j'sais pas si tu vois? C'est, c'est ça ma vision. L'incroyable résilience de l'être humain, j'te dirais. (P16, H, Mtl, Can, Occas)

P21 : [...] y'a quand même une certaine satisfaction à sentir une certaine action là-d'dans, ne serait-ce que l'action d'écouter. T'sais, ne serait-ce que l'action d'être capable de recevoir. (P21, F, Mtl, Can, Occas)

Ces extraits témoignent bien du rôle du psychologue qui consiste justement à écouter et accueillir les situations de vie difficiles vécues par les patients.

4.3.3. Organisation des catégories. Les résultats de l'analyse thématique présentés jusqu'ici donnent une description des catégories et des thèmes relevés dans les entrevues semi-structurées. Pour un peu mieux comprendre comment s'organise le discours entre ces différents thèmes et catégories, il sera tenté d'en dégager une organisation générale et de voir comment cette organisation se comporte lorsqu'on tient compte des positions sociales retenues à l'étude, soit le pays de naissance et la fréquence des ISIs. Pour ces analyses quantitatives, une entrevue sera retirée car elle n'a été complétée que partiellement, ne donnant pas d'informations sur certaines des grandes catégories de l'étude. Inclure cette entrevue aurait eu pour effet d'augmenter artificiellement la représentativité des catégories abordées dans cette entrevue. Cela porte le nombre de participants considérés pour les analyses subséquentes à 20.

4.3.3.1. Organisation de l'arbre thématique. Une analyse de fréquence de mots codés par catégorie et de cooccurrence entre catégories sont opérées à l'aide du logiciel

QDA Miner pour vérifier quantitativement les proportions et l'organisation des catégories du discours. Pour l'analyse de cooccurrence, le critère retenu est que deux catégories doivent se chevaucher pour considérer qu'il y a cooccurrence. Pour faciliter une visualisation des indices de fréquence et de similarité, ceux-ci sont présentés sous forme de schéma à la Figure 7.

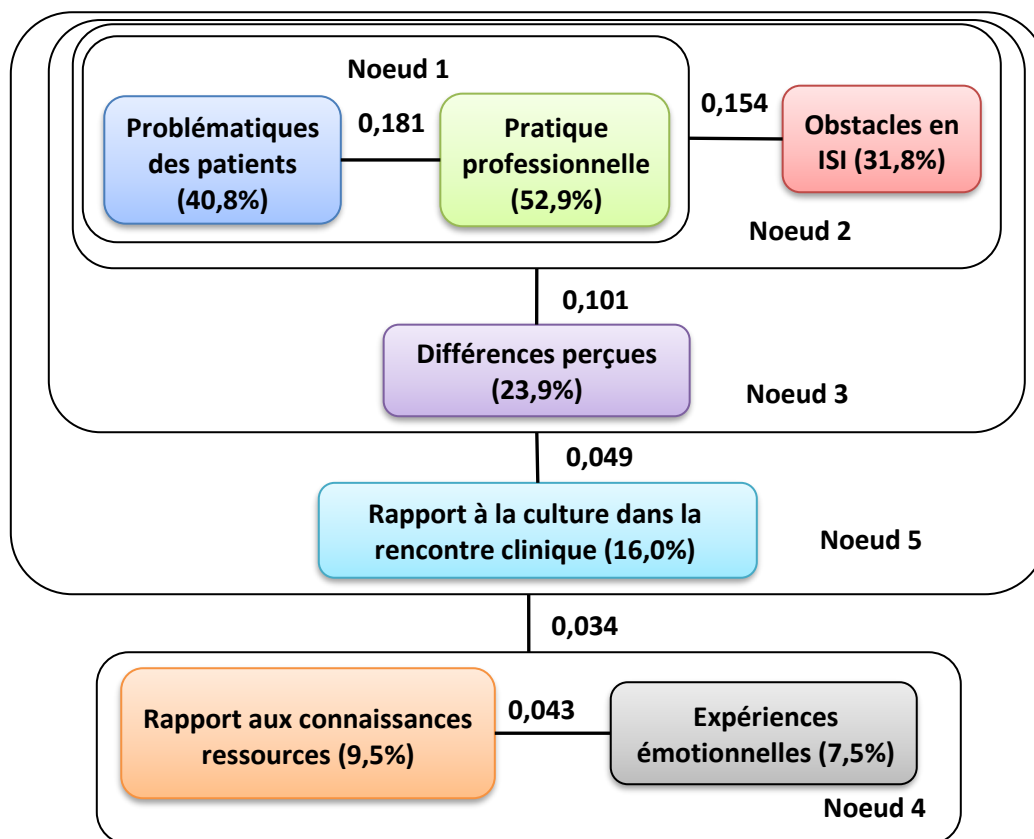


Figure 7. Représentation visuelle de l'agglomération des catégories, avec les pourcentages de mots codés et les indices de similarité entre catégories ($N = 20$)

De façon générale, la Figure 7 montre que les indices de similarité entre les catégories paraissent relativement bas. Cela pourrait indiquer que chaque catégorie développe un type de discours indépendant qui est très peu redondant avec le discours énoncé dans d'autres catégories. Toutefois, le choix du critère de chevauchement des segments (comparativement aux critères qui auraient considéré comme cooccurents des

segments espacés par un certain nombre de paragraphes ou retrouvés dans un même cas peu importe à quel point ils sont espacés) donne un calcul relativement conservateur des cooccurrences, ce qui permet de penser que ces indices ont une certaine signification malgré leur faible valeur statistique.

La classification hiérarchique montre que les catégories du nœud 2 que sont « problématiques des patients », « pratique professionnelle » et « obstacles en ISI » sont à la fois les plus fréquentes et les plus cooccurentes, alors que les autres catégories sont moins fréquentes et davantage indépendantes. Ainsi, il est possible que le nœud 2 corresponde aux éléments plus importants dans le discours sur l'ISI par rapport aux autres catégories. Cela met en évidence comment le discours des participants semble se structurer autour de la dialectique patient en difficulté-rôle du psychologue, ce qui est cohérent avec les questions de recherche qui visaient à explorer les représentations de l'Autre culturellement différent et du rôle du psychologue. De plus, cette relation dialectique semble teintée par le vécu d'obstacles propres à l'ISI qui seraient probablement les plus caractéristiques de ce type d'expérience clinique par rapport à la pratique habituelle.

Pour les autres catégories, moins fréquentes et moins cooccurentes, « différences perçues » apparaît comme la première catégorie à se surajouter au nœud 2. En effet, dans le discours sur les ISIs, les participants référaient fréquemment à des généralisations culturelles qui faisaient office de marqueurs de la différence. La perception de ces différences teintait l'interprétation de la conceptualisation des difficultés du patient, du rôle du psychologue et des obstacles propres à l'ISI.

La catégorie « rapport à la culture dans la rencontre clinique » apparaît associée aux quatre premières catégories discutées (nœud 3), mais l'indice de similarité est plus faible. Les participants n'avaient pas tendance à expliquer d'emblée leur conception de la culture dans les ISIs rencontrées et le discours à cette catégorie est davantage produit à la suite de questions théoriques que je demandais aux participants, notamment dans les premières phases de l'entrevue.

Les catégories « rapport aux connaissances-ressources » et « expériences émotionnelles » présentent une similarité plus grande entre elles qu'avec les autres catégories, ce qui fait apparaître ce groupe (nœud 4) comme étant plus indépendant du

reste. Dans l'entrevue, les expériences émotionnelles étaient souvent discutées après des questions de relance de ma part et le rapport aux connaissances-ressources recoupe aussi des questions théoriques de l'entrevue qui ne sont pas directement associées aux ISIs discutées. Toutefois, un lien qualitatif est dans les discours entre ces catégories chez certains participants : dans le discours sur les expériences émotionnelles déstabilisantes, certains expliquaient comment ils utilisaient leurs connaissances ou les ressources extérieures à la consultation pour tenter de prendre du recul et retrouver leur capacité d'intervenir.

4.3.3.2. Catégories selon le pays de naissance et la fréquence des ISIs. Les analyses de fréquence et de cooccurrence sont aussi utilisées pour faire ressortir l'organisation des catégories selon que les participants soient nés au Canada ou à l'extérieur (Figure 8) ou selon qu'ils aient eu des ISIs occasionnellement ou fréquemment au courant de leur carrière (Figure 9). Les similarités et les différences sur la taille et l'organisation des catégories seront discutées. Ces comparaisons présentent la double utilité de vérifier statistiquement en quoi le positionnement des participants est susceptible de provoquer des discours différent et aussi pour voir la stabilité des catégories lorsqu'on s'intéresse à différents sous-groupes de l'échantillon.

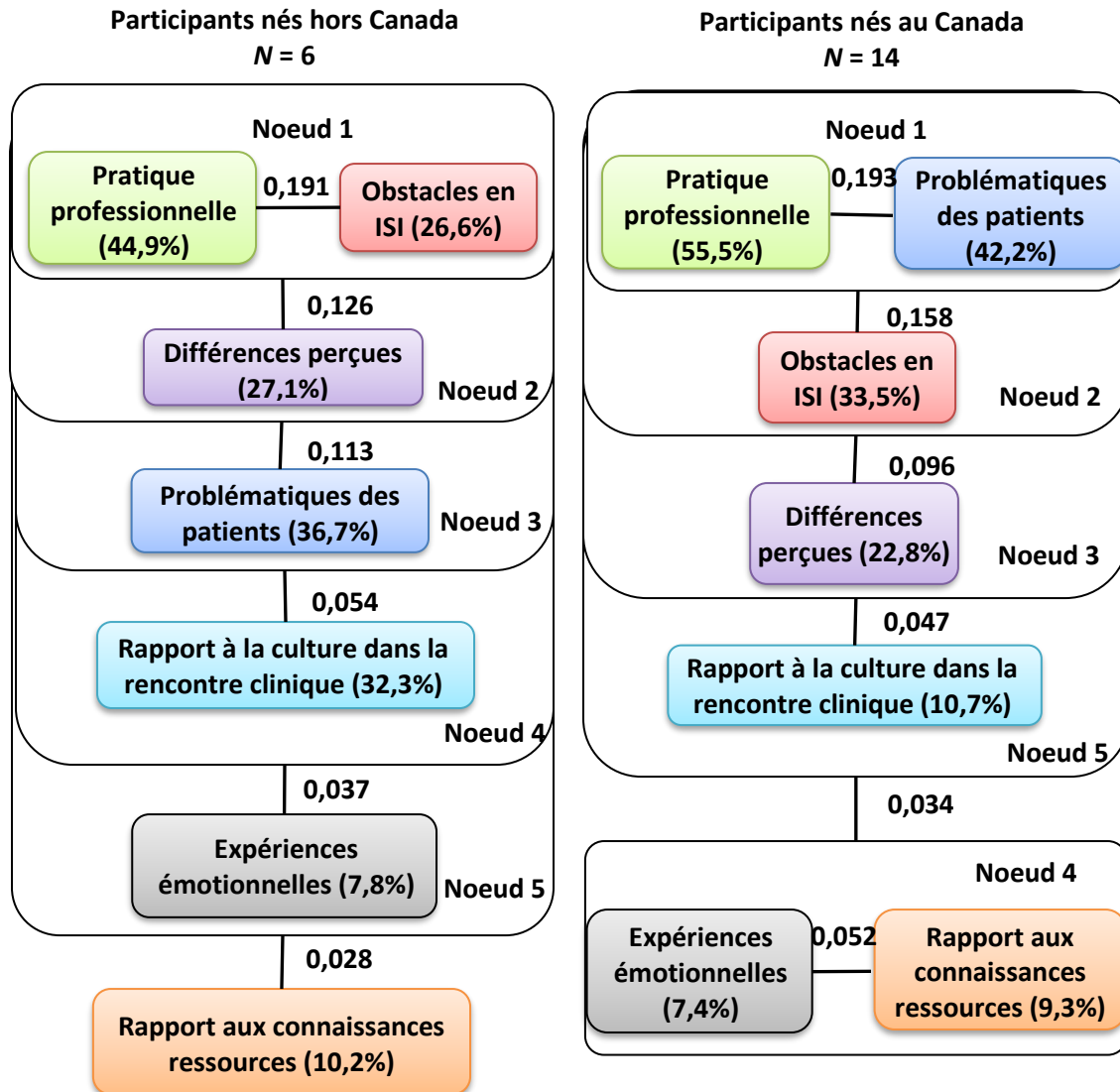


Figure 8. Comparaison de l'agglomération des catégories à l'analyse thématique selon le pays de naissance, pourcentages de mots codés et indices de similarité (N = 20)

4.3.3.3. Organisation des catégories selon la fréquence des ISIs.

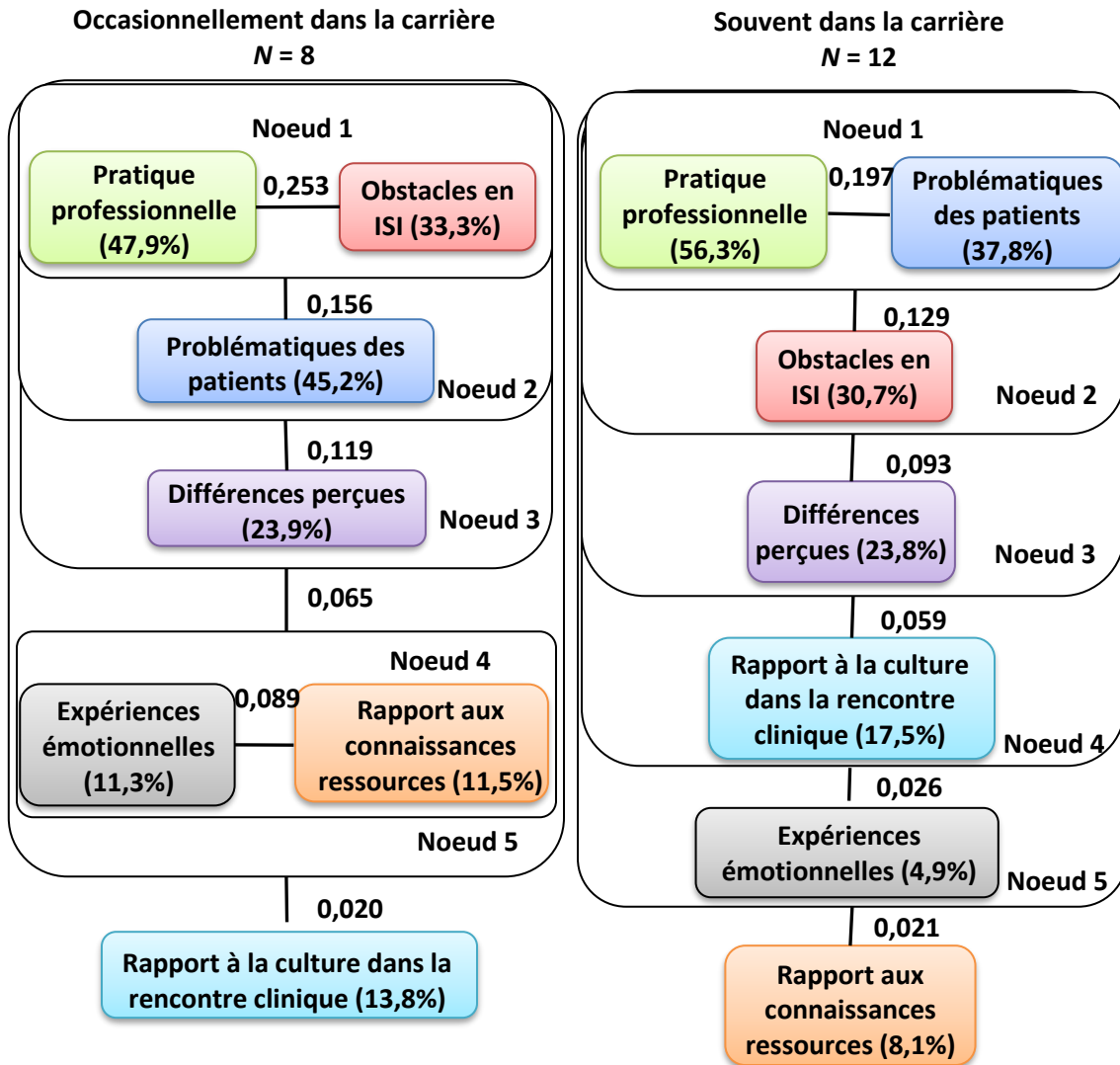


Figure 9. Comparaison de l'agglomération des catégories à l'analyse thématique selon la fréquence des ISIs au courant de la carrière, pourcentages de mots codés et indices de similarité (N = 20)

Une analyse de fréquence des codes dans QDA Miner fait ressortir que la catégorie « pratique professionnelle » demeure constamment celle qui présente les plus fortes mesures de fréquence et de cooccurrence, même après introduction de critères différenciateurs de prise de position. En effet, elle démontre les propriétés 1) d'englober plus de discours que les autres catégories, 2) d'avoir une position centrale selon les résultats

à l'analyse de similitudes et 3), contrairement aux autres catégories, elle ne semble pas présenter de tendances lorsqu'on tient compte des positions sociales à l'étude, elle apparaît donc comme la plus stable.

La catégorie « difficultés du patient » apparaît constamment comme la deuxième plus fréquente. Ce résultat est surprenant puisque l'entrevue ne visait pas directement à obtenir des informations sur les clientèles considérées culturellement différentes, mais ciblait plutôt la pratique professionnelle. Dans les discours, il était fréquent que les participants racontent des « cas » interculturels qu'ils ont rencontré en clinique avant même que des questions portant spécifiquement sur les ISIs ne soient posées. De plus, il était aussi fréquent que les participants tentent d'exprimer une idée théorique en me racontant un cas à partir duquel je pouvais poser des questions de relance afin d'approfondir leur perspective de professionnel dans cette situation. Ainsi, c'est comme si la discussion de cas avait une place essentielle dans les entrevues et laisse entrevoir combien les psychologues rencontrés ont développé une forte habileté à mettre en récit le discours du patient de façon à illustrer les idées complexes qu'ils tentent de formuler à leur sujet. Dans la perspective des représentations sociales, on perçoit que le discours du patient, et plus particulièrement sur ses difficultés, est la matière première à partir de laquelle un travail psychothérapeutique s'engage. C'est donc dans une dialectique difficulté du patient – rôle du psychologue que semble se nouer la relation psychothérapeutique.

La catégorie « obstacles en ISI » apparaît aussi relativement fréquente. Son contenu semble servir à mettre en évidence les particularités associées aux situations interculturelles, ce qui crée un contraste avec les situations habituelles.

La catégorie des « différences perçues » est associée de près au groupe qui englobe les trois catégories discutées précédemment. Ces différences sont exprimées dans le discours sous forme de généralisations et parfois de stéréotypes culturels. Lorsqu'on compare l'organisation des catégories selon le pays de naissance des participants, il est notable chez ceux nés hors du Canada que même si la catégorie « problématique des patients » demeure plus fréquente que celle des « différences perçues », cette dernière se hisse à la troisième position dans les indices de cooccurrence, ce qui en fait la catégorie la plus associée au discours sur la « pratique professionnelle » et les « difficultés du patient ».

De plus, la référence à la catégorie « rapport à la culture dans la rencontre clinique » est trois fois plus fréquente dans ce sous-groupe par rapport à ceux nés au Canada. Cela est cohérent avec le fait que tous les participants nés hors du Canada parlent à un moment où un autre de leur sentiment d'être eux-mêmes différents pour le patient dans tout type de consultation. Le rapport à la culture et les différences perçues sont davantage présents dans la trame de leur discours qui est souvent teinté d'expériences personnelles significatives.

Les catégories des « expériences émotionnelles », du « rapport à la culture » et du « rapport aux connaissances » apparaissent elles comme étant assurément moins fréquentes et moins cooccurrentes. Elles sont davantage mobiles lorsqu'on tient compte des positions sociales dans l'analyse et leur contenu a la propriété de démontrer des différences de positionnements individuels (ex. : être favorable/défavorable à la recherche d'information externe à la consultation) conditionnels à certaines représentations (ex. : avoir une perspective individuelle vs. culturelle envers les difficultés du patient). Leur mouvement en fonction des positions sociales des participants semble difficile à interpréter.