

5. Discussion

5.1. Retour sur les questions de recherche

La question de recherche principale, celle qui a guidé l'ensemble de l'investigation, est « comment sont représentées et vécues les expériences d'intervention interculturelle chez des psychologues du Québec ». La méthodologie et les résultats ont permis de faire ressortir un ensemble de représentations et d'expériences, autant individuelles que partagées, de l'ISI. Les sous-questions de recherche visaient à étoffer un peu plus cet objectif en faisant émerger les représentations se rattachant au patient considéré culturellement différent et au rôle du psychologue. Il était de plus envisagé de décrire quels types de rapport à l'Autre se trouvent dans les ISI en fonction du cadre théorique qui repose sur les notions : 1) de sensibilité aux différentes identités culturelles; 2) de reconnaissance des influences acculturatives; 3) de pratiques qui tiennent compte des particularités et difficultés spécifiques à l'ISI; et 4) du rapport aux normes professionnelles.

Au final, tant les résultats à l'association libre qu'à l'analyse thématique ont permis de fournir des informations sur ces différentes questions et angles d'analyse. Une discussion plus approfondie des résultats mettra en lumière comment le devis de recherche et les résultats répondent aux questions initialement posées.

5.2. Représentations de l'Autre

Les représentations de l'Autre culturellement différent ont émergé plus facilement que les représentations de soi comme psychologue, autant à la tâche d'association libre que dans les entrevues. Quatre constats seront mis en évidence dans les prochaines sous-sections de la discussion. Premièrement, les représentations de l'Autre sont fortement teintées par le rôle social du psychologue qui vise à travailler sur des difficultés personnelles d'ordre principalement psychologique. Deuxièmement, les représentations de ces difficultés sont souvent cohérentes avec les difficultés recensées dans les recherches sur la santé mentale des immigrants. Troisièmement, les représentations de l'Autre favorisent chacune des discours qui témoignent d'orientations d'acculturation différentes.

Quatrièmement, les généralisations sur l'Autre révèlent les menaces aux cadres psychothérapeutique et social qui entourent le rôle du psychologue.

5.2.1. La représentation générale du patient. L'analyse thématique montre combien le patient est le plus souvent représenté comme une personne en difficulté, tel qu'il était formulé dans la préconception 1. Les difficultés sont nommées ou sous-entendues dans presque l'ensemble des thèmes touchant le patient. De plus, la catégorie des difficultés du patient constitue celle qui représente la plus grande proportion des discours. Les thèmes se rapportant aux difficultés non-spécifiquement liées à un aspect interculturel montrent qu'elles sont conceptualisées en termes de troubles psychologiques et d'un vécu de situations de vie difficiles. La perspective adoptée est individuelle et interne.

Bien que cette représentation générale légitime le rôle social du psychologue qui travaille sur ces difficultés, adopter une perspective uniquement psychologique interne pourrait limiter la capacité du psychologue d'adopter d'autres conceptualisations et rôles notamment sur les enjeux systémiques et culturels liés aux problématiques du patient en ISI (Sue et al., 1982). Pourtant, la compétence interculturelle consistant à pouvoir avoir conscience des enjeux socio-politiques qui touchent le patient est rapporté comme étant associé positivement à la satisfaction du client (Constantine, 2002).

Il est néanmoins remarquable que c'est une minorité de participants qui adoptent une style d'intervention plutôt psychologisant. Nombreux sont ceux qui greffent à la représentation du patient des représentations élaborées autour de certaines figures de l'altérité culturelle.

5.2.2. Les représentations de l'Autre culturellement différent. Les représentations de l'Autre considéré culturellement différent ont en commun avec la représentation générale du patient d'être aussi centrées sur ses difficultés. Cette observation se retrouve autant à la tâche d'association libre qu'à l'analyse thématique. Bien que le thème de la résilience apparaisse aussi, c'est pour illustrer comment la personne a pu trouver la force de traverser des épreuves humaines difficiles, ce qui ramène la perspective des difficultés. Ce rapprochement entre les représentations habituelles du patient en

psychothérapie et les représentations de l'Autre considéré comme culturellement différent semble donc se faire par le biais d'une perception commune qu'il s'agit d'une personne en difficulté. Cette représentation permet probablement aux psychologues de continuer à mobiliser leur rôle en situation interculturelle.

D'autres représentations de l'Autre culturellement différent se dessinent, et s'ajoutent à celle de la personne en difficulté, en fonction des problématiques spécifiques qui sont discutées et des différences culturelles relevées comme étant plus marquantes. La thématique a mis en évidence des représentations récurrentes à cet égard. Il faut cependant noter que ce sont les portraits d'ensemble qui permettent de dégager ces différentes représentations, qui ne correspondent pas avec les positions individuelles. D'une part, chacun présente un discours qui montre une élaboration plus ou moins grande des représentations autour des différentes figures de l'Autre. D'autre part, des divergences de position face à ces représentations apparaissent. Les représentations de l'Autre considéré culturellement différent les plus courantes sont discutées ici. Elles ont toutes en commun de traiter d'enjeux acculturatifs qui seront discutés plus loin.

5.2.2.1. L'immigrant en adaptation. L'analyse thématique montre que l'Autre culturellement différent est très souvent représenté comme un immigrant qui doit nécessairement s'adapter à de nouvelles réalités. En effet, la plupart des catégories portant sur les difficultés potentiellement liées à des situations interculturelles décrivent des personnes aux prises avec des enjeux migratoires et adaptatifs qui touchent différentes sphères de leur vie comme leur identité, leur appartenance sociale et leur statut socio-économique.

Le discours des participants sur ces difficultés d'adaptation migratoire apporte un certain éclairage sur les représentations sous-jacentes. Lorsque l'autre est considéré comme un migrant, il est rapporté que celui-ci peut vivre des difficultés d'adaptation et des obstacles à son intégration, il peut ne pas savoir s'il veut s'établir ou repartir à ce moment-ci de son parcours et certains sous-groupes (femmes, réfugiés) sont plus vulnérables. Il peut ne pas être en mesure de (re)connaître la valeur de ses particularités personnelles et culturelles et il peut vivre des difficultés d'appartenance tant auprès de la société d'accueil

qu'auprès de sa communauté culturelle. Plusieurs situations sociales hors de son contrôle peuvent mener à son exclusion et la famille peut être à risque de décohésion et de tensions à la suite du contact avec la société d'accueil. En plus, il se peut que lui ou ses proches aient vécu des situations extrêmes dans leur pays d'origine. La migration peut occasionner une rupture dans l'identité en faisant une coupure entre le passé et le présent. Ainsi, on ne peut pas demander une adaptation rapide au migrant, car l'adaptation culturelle est un processus long et en étapes. En ce sens, les participants démontrent généralement une capacité à tenir compte de l'impact de certains facteurs migratoires recensés comme étant liés aux problèmes psychologiques des patients migrants (Kirmayer et al., 2011).

5.2.2.2. L'immigrant vulnérable. Cette représentation de l'Autre comme un immigrant en adaptation est plus ou moins teintée, selon les positions individuelles, d'une représentation d'un immigrant en position de vulnérabilité. Cette représentation rejoint celle de la personne en difficulté, qui s'explique par la position sociale des psychologues qui s'intéressent aux difficultés vécues par le patient afin de légitimer l'aide qu'ils peuvent apporter par leur rôle. Toutefois, les participants qui mettaient davantage l'accent sur une représentation de l'immigrant vulnérable ont aussi tendance à discuter surtout de l'adaptation de la personne à la société québécoise ou des facteurs de vulnérabilité qui entravent cette adaptation. Une représentation fortement teintée par la vulnérabilité pourrait mettre à risque de considérer l'Autre comme une personne désavantagée en raison de ses appartenances culturelle (Qureshi & Collazos, 2011). De plus, adopter uniquement cette perspective pourrait aussi occulter d'autres dimensions de la personne, notamment son besoin de valoriser son identité culturelle. D'ailleurs, il est rapporté dans la littérature que conserver certains aspects identitaires de la culture d'origine serait associé à un meilleur bien-être psychologique (Horton & Shweder, 2004). Ainsi, bien que vouloir favoriser l'adaptation à la société d'accueil comporte de bonnes intentions, des ISIs principalement centrées sur cet objectif pourraient être quelque peu réductrices par rapport à l'ensemble des particularités de la personne et à ses besoins identitaires.

5.2.2.3. Nuances sur l'immigrant idéal. Une représentation inverse, celle d'un immigrant idéal, est aussi apparue en négatif des discours qui présentent avec nuance les difficultés qui peuvent joncher tout parcours d'adaptation culturelle. En effet, si les participants ont jugé bon de m'informer de ces difficultés, c'est que celles-ci ne vont pas de soi. Il est probable que leur discours en tant que groupe ait comme fonction de contrer un stéréotype d'un immigrant qui serait idéal aux yeux de la société d'accueil, c'est-à-dire un immigrant : qui s'adapte rapidement et sans difficultés importantes, qui sait clairement où il en est dans son parcours migratoire et ce qu'il souhaite pour l'avenir, qui est en paix avec son histoire de vie et son parcours migratoire et sait tirer le meilleur de sa vie passée et actuelle, qui connaît bien ses particularités personnelles et culturelles et qui les valorise sainement, qui affirme ses besoins et ses limites lorsque nécessaire, qui crée des liens avec la société québécoise. Celui-ci s'intègre bien et prend racine, en même temps qu'il préserve de bonnes relations avec sa famille et sa communauté d'origine. Ainsi, il est reconnu par la société comme membre à part entière et il ne serait donc pas isolé, exclu ou marginalisé. Cet idéal social d'un immigrant adapté, ou adaptable, semble en lien avec certaines valeurs cadres-guides (Cohen-Emerique, 2015) prônées en contexte québécois. Notamment, la Charte des droits et libertés reconnaît qu'un individu qui jouit pleinement de ses droits dans la société est respecté dans ses droits à la liberté de conscience et de religion, à l'égalité, à la vie et à l'association pacifique (Québec, 1975). Sans dire que les psychologues témoignent de représentations d'un immigrant idéal dans leur discours sur l'ISI, ils semblent reconnaître les points d'achoppement à la capacité de leur clientèle immigrante de jouir pleinement de leurs droits citoyens fondamentaux. À plusieurs égards, les conceptualisations faites par les participants à propos des difficultés du patient et leurs interventions qui en découlent favorisent le respect et la sauvegarde de ces droits. On voit ici une fonction sociale de la pratique de la psychologie comme profession à l'intérieur d'une société interculturelle comme le Québec.

5.2.2.4. La deuxième génération assimilée ou biculturelle. La deuxième génération apparaît dans le sillage de la représentation de l'immigrant. Lorsque les rapports intergénérationnels sont discutés, on retrouve une distinction entre le parent identifié au migrant et l'enfant de deuxième génération souvent devenu adulte au moment de la

consultation. Le statut de vulnérabilité est davantage représenté du côté des parents, qui sont perçus comme ayant des difficultés d'adaptation à la société, notamment au niveau de la langue, et comme étant davantage liés au pays d'origine. Il est rapporté que la deuxième génération est porteuse des rêves des parents et qu'elle se débrouille mieux qu'eux. De plus, les difficultés des enfants de migrants sont souvent conceptualisées comme la résultante de conflits internes ou relationnels entre évoluer dans la société québécoise et vivre certaines formes de pressions parentales associées à des normes culturelles issues du pays d'origine. Cette conceptualisation est cohérente avec la littérature qui rapporte une tendance envers une prévalence plus élevée de symptômes internalisés chez les enfants de migrants par rapport aux migrants de première génération (Belhadj Kouider, Koglin, & Petermann, 2014).

La perception que la deuxième génération est similaire à la société québécoise amène à penser l'acculturation sur un plan intergénérationnel où l'héritage culturel de la famille d'origine est peu mis de l'avant au profit d'une identité perçue comme étant très québécoise, ce qu'on ne retrouve pas dans le discours sur les personnes considérées immigrantes. D'un point de vue acculturatif, il semblerait que les participants qui se représentent l'Autre comme un migrant présentent un discours davantage de type intégration, alors que parler de la seconde génération est associé à un discours assimilationniste semblable à ce que Bourhis et Bougie (1998) décrivent par rapport aux théories acculturatives unidimensionnelles où l'assimilation est la dernière étape de l'intégration culturelle. D'ailleurs, la recension de Belhadj Kouider et ses collègues (2014) souligne que les éléments contextuels liés à la migration familiale ont une influence probable sur la santé mentale des enfants de migrants. Avoir une représentation trop centrée sur l'identité québécoise des enfants de migrants pourrait mettre les psychologues à risque de ne pas bien investiguer les aspects intergénérationnels de la migration familiale.

Certains participants considèrent aussi l'héritage culturel intergénérationnel, la biculturalité des enfants de migrants ou les aspects systémiques de la migration familiale. Cela témoigne d'une capacité à reconnaître la part de l'identité qui prend racine dans l'histoire de la migration familiale, ce qui est plus difficile dans une perspective assimilationniste.

5.2.2.5. L'autochtone. Les discours sur les autochtones sont moins présents en raison du nombre peu fréquent de participants qui ont eu des expériences de travail auprès de cette population. Néanmoins, certains recoupements peuvent être faits en fonction des diverses informations récoltées. La représentation de la vulnérabilité est très présente dans le discours sur les autochtones et cette vulnérabilité n'est plus seulement perçue sur le plan individuel, mais aussi collectif. Une grande partie des thèmes portent sur le vécu de traumatismes individuels et collectifs, la consommation d'alcool et la violence. L'aspect collectif est expliqué par les politiques assimilationnistes qui ont été mises en place au fil de l'histoire, notamment par le biais des pensionnats autochtones.

Contrairement aux représentations du migrant ou de la deuxième génération où le psychologue peut percevoir qu'il adopte un certain rôle d'agent acculturatif, les deux participants qui ont travaillé dans une réserve autochtone décrivent comment c'est eux-mêmes qui ont dû changer leur perspective. Dans ce contexte d'intervention, l'identification historique à un blanc oppresseur devient plus évidente et ces participants en sont très sensibles. Les deux expriment comment ils ont développé une attitude flexible, voire créatrice, par rapport à leur cadre thérapeutique pour travailler dans ce contexte. En effet, tenir un cadre à l'occidental comporte des limites pour intervenir dans ce contexte.

Alors que l'intégration culturelle est valorisée pour l'immigrant et que l'assimilation est sous-entendue dans certains discours sur les enfants de migrant, ces orientations d'acculturation ne s'expriment pas du tout dans le travail auprès de communautés autochtones. Pour les participants qui ont parlé de ces expériences, c'est très différent de recevoir un migrant que de se déplacer sur un territoire autochtone. C'est comme si, au sein de la rencontre clinique, la direction du mouvement dans la rencontre de l'Autre (aller sur le territoire de l'Autre vs. l'Autre vient sur son propre territoire) légitime ou interdit certains rôles acculturatifs en fonction de la position sociale des protagonistes en présence. Alors qu'il apparaît tout à fait aisé de dire que l'immigrant doit nécessairement s'adapter à la société d'accueil, on ne retrouve pas du tout de discours qui valoriserait une assimilation culturelle des communautés autochtones à la majorité Québécoise. Cette différence au niveau des représentations traduit probablement les contacts acculturatifs trouvés au sein de

la société. Alors que l'immigration internationale met en contact des minorités culturelles avec une majorité québécoise, les réserves autochtones, notamment en régions plus éloignées des grands centres, traduisent plutôt une ségrégation entre groupes culturels différents. Probablement que des discours différents auraient été retrouvés dans le travail auprès de patients s'identifiant comme autochtones et résidant en ville.

5.2.3. Les généralisations sur l'Autre culturellement différent révèlent les cadres du psychologue. Il était parfois très frappant de constater dans le discours des participants comment la description des différences culturelles pouvait être presque identique d'un à l'autre, notamment lorsque ces descriptions correspondent à des grands groupes (ex. : les africains) et non pas à un cas individuel. La référence à des situations générales, ce que Flick (1997) nomme comme étant des répisodes ou des épisodes répétés, suscite des représentations davantage stéréotypées. La grande présence de généralisations et de stéréotypes culturels à travers les discours est révélatrice de certaines micro-agressions raciales qui pourraient avoir un impact négatif si elles étaient exprimées, même involontairement, dans le contexte de la relation psychologue-patient (Sue et al., 2007). Parmi les généralisations exprimées par rapport à certains groupes culturels, certains participants ont assumé un comportement donné ou ont normalisé des comportements dysfonctionnels en fonction de l'appartenance à ces groupes (Constantine, 2007), présentant ainsi sur des aspects dévalorisants du groupe culturel d'origine de certains de leurs patients.

Au-delà de la stéréotypie de plusieurs représentations de la différence culturelle, on peut aussi s'intéresser à la fonction que comportent ces représentations. Par exemple, à quoi ça sert de penser que les africains sont souvent en retard? Ici, la position prise dans l'analyse n'a pas été de vérifier la part de vérité statistique dans ce que rapportent les participants, ni de prendre ces propos comme une donnée objective parce que rapportée de façon similaire par certains, mais de voir qu'est-ce que révèlent ces stéréotypes du point de vue de ceux qui l'énoncent.

L'hypothèse qui est apparue de plus en plus plausible au fil de la réflexion serait que les généralisations culturelles révèlent des éléments qui constituent le cadre de travail des

psychologues et qui sont perçus comme étant menacés dans certaines ISIs. Les thèmes qui sont le plus souvent évoqués dans les stéréotypes sont l'engagement dans le temps, qui nécessite de se présenter à l'heure aux rendez-vous prévus, et le travail à l'intérieur de la relation thérapeutique (un-à-un) et non pas à l'extérieur comme le feraient d'autres professionnels tels que les travailleurs sociaux. Ce sont d'ailleurs les deux points qui sont les plus remis en question dans le travail dans les communautés autochtones. Ces deux points sont aussi les menaces les plus évidentes au cadre de travail des participants en général.

D'autres menaces sont nommées moins fréquemment et sont moins partagées. Elles reflètent alors des aspects du cadre dont l'importance paraît moins partagée. Dans ce registre, certains rapportent des difficultés lorsque le patient a des difficultés à s'exprimer, à montrer ses réactions émotionnelles et à faire de l'introspection. Aussi, quelques-uns rapportent que le psychologue est appelé à certaines prescriptions dans son rôle en fonction du cadre psychothérapeutique. Notamment on retrouve l'importance de ne pas dire son opinion personnelle, ne pas démontrer ses réactions émotionnelles et de maintenir une certaine distance professionnelle qui empêche de tomber dans un lien social. On retrouve aussi l'importance parfois de préserver le cadre ou de recadrer dans les discours sur l'intervention auprès de troubles de la personnalité et auprès de personnes ayant des différences culturelles marquées. Il est aussi nommé que le travail est facilité lorsque le patient partage des représentations communes avec le psychologue, notamment sur les représentations de la santé et des soins (psychologiques). À cet égard, la familiarité du patient avec la psychanalyse, souvent associée à des origines culturelles européennes, est perçue positivement par les psychologues qui utilisent cette approche, alors que d'autres perçoivent plus négativement ces patients. De plus, les attentes envers l'engagement au changement thérapeutique ne sont pas les mêmes d'un participant à l'autre. Ainsi, la perception que le patient a une propension à être davantage dans la plainte que le changement génère chez certains des discours stéréotypés sur les patients provenant d'Europe de l'Est, d'Amérique Latine ou d'Italie. D'autres disent plutôt accepter que le patient souhaite à certains égards ne pas changer, alors on ne retrouve plus ces généralisations culturelles.

Le discours sur les différences culturelles, qui représente d'ailleurs une des catégories les plus fréquentes, fait donc apparaître les zones où la rencontre de l'Autre est le plus susceptible de susciter une menace au cadre psychothérapeutique. Alors que la littérature s'est surtout attardée, sans arriver à des conclusions claires, à établir des liens entre l'approche théorique et les compétences interculturelles (Maxie et al., 2006; Tummala–Narra et al., 2012), il apparaît plutôt ici que l'approche thérapeutique semble en lien avec les menaces pouvant potentiellement déstabiliser le psychologue. Lorsque le cadre psychothérapeutique ne correspond pas à certaines caractéristiques du patient, l'origine du choc est plus facilement attribuée aux origines culturelles du patient plutôt qu'à la différence des cadres, ce qui constitue un obstacle à la décentration de son propre cadre. L'Autre devient une altérité radicalement différente de soi et cette altérité est maîtrisée à partir de concepts réifiantes qui permettent d'attribuer un sens à la différence qui diminue le sentiment de menace. Les généralisations sur l'Autre révèlent le processus de totalisation de l'altérité (Michaud Labonté & Leanza, 2013) dans sa forme la plus évidente.

Parfois aussi, la menace interculturelle apparaît plus largement en lien avec la rencontre de systèmes familiaux qui représentent des valeurs sociales différentes aux yeux de psychologues qui valorisent une société basée sur l'égalité. Cette menace traduit les valeurs guides qui agissent souvent au niveau inconscient mais qui activent des réactions fortes lorsqu'il y a perception qu'elles sont menacées (Cohen-Emerique, 2015).

Contrairement à ce qui était avancé dans la préconception 2, ce ne sont pas tant les expériences interculturelles antérieures qui semblent imprégner les représentations spécifiques de l'Autre culturellement différent. Ce serait plutôt l'adhésion à un certain registre de pratiques et de valeurs définissant l'identité professionnelle et sociale qui met en relief les situations où cette identité se heurte à des façons de faire différentes. C'est là où il y aurait construction, représentation, d'une altérité, entre autres par le biais de généralisations et de stéréotypes.

5.3. Représentations du rôle du psychologue

Lorsqu'on s'intéresse aux représentations du rôle du psychologue, les résultats à l'association libre et à l'analyse thématique sont beaucoup plus idiosyncrasiques et les

regroupements conceptuels deviennent plus difficiles à faire. Cela peut être le résultat de parler de soi-même, où chacun présente les nuances de sa position amenant une impression d'idiosyncrasie. Or, malgré la diversité des explications sur le rôle, des tendances ressortent selon le degré auquel chacun rapporte s'adapter en ISI.

5.3.1. La représentation générale du rôle du psychologue. Du côté du rôle du psychologue, la représentation dominante du patient comme un individu en difficultés suscite des interventions telles que l'accueil de la parole du patient, l'exploration par sa propre mise en récit des difficultés l'ayant poussé à consulter, la compréhension empathique de celles-ci, le soutien dans un travail thérapeutique pour obtenir des changements internes et l'accompagnement tout au long de ce travail. Tout comme les difficultés du patient sont conceptualisées sous l'angle des impacts et des contributions individuelles et internes, ces interventions visent elles aussi à obtenir des impacts individuels, bien que des impacts sur l'entourage puissent être escomptés. Les participants perçoivent dans une grande majorité des ISIs rapportées qu'ils ne sont pas sortis de leur rôle et une minorité présente aussi un style d'intervention qui change peu entre les situations considérées habituelles et celles considérées interculturelles. Cette perspective sur son propre rôle, si elle n'admet pas une réflexion plus large, comporte le risque de ne pas tenir compte de ses propres valeurs et biais qui influencent inévitablement toute ISI (Sue et al., 1982; Daniel et al., 2004).

5.3.2. Rôles du psychologue en ISI. En dehors de la perception partagée de ne pas faire différent, à un certain degré à tout le moins, plusieurs décrivent certains rôles spécifiques en ISI et les interventions rapportées témoignent d'une sensibilité à l'Autre considéré culturellement différent. La perception d'une différence culturelle dans l'ISI par rapport aux situations habituelles entraîne chez plusieurs une modulation de certaines interventions qu'ils posent déjà dans leur cadre habituel. Ces adaptations, de nature et d'amplitude variées, vont dans le sens de la préconception 7 qui suggérait un lien entre les représentations de l'Autre culturellement différent et de la consultation interculturelle avec les représentations du rôle. À l'exception des situations de déstabilisation où l'intervention

peut être limitée, les interventions des psychologues sont cohérentes avec les représentations qu'ils ont des éléments contenus dans la consultation en ISI.

C'est ainsi qu'explorer l'histoire du patient, l'accompagner et le soutenir, favoriser des changements internes et favoriser la relation thérapeutique apparaissent pertinents dans tout type de situation. Cela rejoint l'idée que la capacité de l'intervenant à exercer son rôle habituel est une ressource importante en situation interculturelle (Cohen-Emerique & Hohl, 2002) et que la nécessité de s'adapter aux aspects interculturels peut être variable selon les situations rencontrées (Chang & Berk, 2009; Chang & Yoon, 2011).

C'est autour de trois rôles habituels du psychologue qu'ont pu être observés un plus grand nombre d'adaptation témoignant de leur flexibilité, soit l'exploration, les interventions visant un changement interne et l'établissement de la relation thérapeutique. Ainsi, l'ISI semble se pratiquer à l'intérieur des frontières du cadre psychothérapeutique habituel où certaines flexibilités dans le rôle sont envisagées mais non pas de sorties de rôle. Ces points de flexibilité sont autant de tentatives de s'adapter à des situations où il y a perception de différences culturelles et ce tout au long du processus de la consultation psychologique. Cet effort, peu importe les expressions qu'il prend, est considéré comme étant favorable à la satisfaction des patients envers leur psychothérapie en ISI (Chang & Berk, 2009; Smith, 2010).

5.3.2.1. L'exploration culturellement sensible. Les participants qui se représentent l'ISI comme étant plus à risque d'incompréhensions montrent des adaptations de leur recherche habituelle d'information pour explorer aussi la sphère culturelle. L'exploration culturelle peut viser à comprendre comment la personne vit et porte sa culture pour adapter l'intervention afin qu'elle soit mieux acceptée par le patient. On retrouve aussi l'idée de tenir compte de la culture afin de bien pouvoir faire le différentiel entre ce qui est culturel, familial ou lié à la personnalité dans la problématique du patient. Aussi, devant la reconnaissance de différences de représentations des soins, certains cherchent à décoder la vision du monde culturelle du patient, notamment sur la façon de recevoir un traitement ou de l'aide dans le pays d'origine. Ces adaptations visent à réduire l'incompréhension du côté

du psychologue et à ajouter des éléments dans l'évaluation de la situation posant problème pour le patient.

Bien que des réticences à investiguer les éléments culturels dans la rencontre apparaissent lorsque les participants craignent que le patient se sente étiqueté, une certaine forme d'exploration culturelle, ne serait-ce qu'en étant sensible aux éléments culturels dans l'histoire de vie de la personne, est rapportée chez presque tous. Une seule personne se montre défavorable à la recherche d'information culturelle auprès du patient. Celui-ci cherche à ce que le patient puisse obtenir une réduction rapide de ses symptômes et il pense que ce dernier n'a pas à informer le psychologue sur sa culture, mais que le travail d'information culturelle devrait être fait avant la rencontre. Au final, chez les participants en tant que groupe, il apparaît qu'explorer davantage ou explorer des thèmes spécifiques en ISI est la norme, quoi qu'il soit aussi possible d'avoir une opinion défavorable à ces pratiques. L'attitude généralement favorable à l'exploration culturelle au sein de la relation de consultation psychothérapeutique ouvre à la possibilité de mettre en place certains des processus simples des ressources interculturelles (Cohen-Emerique & Hohl, 2002), notamment la recherche d'indices dans une position de découverte de l'Autre et l'engagement dans une démarche d'éclaircissement. Il n'en est pas de même concernant la recherche d'informations externes, ce qui sera discuté plus loin dans la sous-section portant sur le rapport aux connaissances.

5.3.2.2. Tenir compte de la culture dans l'intervention. Parmi les adaptations touchant plus spécifiquement l'intervention psychologique, un certain nombre constitue des adaptations d'interventions habituellement utilisées dans la pratique alors que d'autres découlent spécifiquement d'aspects qui ont été considérés comme étant interculturels dans la conceptualisation des difficultés du patient.

Les adaptations des interventions habituelles en fonction de particularités culturelles sont similaires à celles proposées par le modèle de Bernal et Santiago (2006), qui pourraient alors être conceptualisées comme des adaptations comportementales visant à rendre les interventions psychothérapeutiques davantage cohérentes avec les particularités culturelles du patient. Il peut s'agir notamment d'adapter son langage, utiliser des symboles

culturels, tenir compte des valeurs de la personne ou considérer le contexte migratoire, par exemple. Dans les discours, ce type d'adaptation est rapporté comme favorisant l'intervention, en permettant par exemple de surmonter certaines impasses thérapeutiques en intégrant les croyances religieuses du patient dans l'intervention.

Un autre registre d'interventions découle des représentations de l'Autre considéré culturellement différent. Concernant les représentations de l'immigrant en difficultés, les psychologues qui présentent une vision centrée sur l'adaptation à la société québécoise perçoivent dans leur rôle qu'ils favorisent l'adaptation culturelle en donnant des informations ou en représentant la société d'accueil dans la rencontre thérapeutique. Ceux qui conceptualisent davantage les impacts identitaires à la migration sont portés à aider la personne à intégrer son passé et son présent dans son identité personnelle et à reconnaître et valoriser ses particularités culturelles. L'écoute de récits traumatisants amène à se percevoir dans un rôle de témoin et de contenant affectif de ces récits. Les interventions pensées à l'égard de la deuxième génération visent souvent à développer la capacité du patient à pouvoir assumer ses choix personnels malgré la pression familiale ou de rétablir une meilleure communication avec les parents. C'est donc dire combien les représentations de l'Autre culturellement différent ont un impact sur les interventions envisagées, ce qui, encore une fois, va dans le sens de la préconception 7. La sensibilité théorique et interculturelle du psychologue est susceptible d'influencer ses grilles d'analyse, ce qui peut avoir un impact sur les thèmes qui seront plus saillants en thérapie.

Les adaptations de l'intervention psychothérapeutique en fonction d'éléments culturels est associé dans la littérature scientifique à une meilleure efficacité thérapeutique (Bernal & Sáez-Santiago, 2006; Griner & Smith, 2006; Smith et al., 2011). Sur ce registre, les participants se montrent généralement volontaires à intégrer des éléments culturels à leurs interventions et perçoivent des résultats positifs pour le patient et la thérapie à la suite de ces adaptations.

5.3.2.3. Tenir compte de la culture pour créer le lien. L'ensemble des adaptations retrouvées pour l'exploration et l'intervention sont aussi susceptibles, selon les participants, de favoriser une relation de confiance entre le psychologue et le patient. Par exemple, en

tenant compte de la culture dans l'exploration des difficultés du patient, certains expliquent comment le patient peut trouver des explications non psychologisantes à ses difficultés et faire en sorte qu'il se sente davantage compris. Certaines interventions sont aussi mises en place pour viser spécifiquement l'établissement et le maintien du lien de confiance : ne pas mettre trop d'emphase sur les différences et trouver un point commun avec le patient, adopter une attitude calme, sans jugement, curieuse et ouverte face à des comportements même socialement inacceptables, adopter une posture humble plutôt qu'experte, explorer les possibles incompréhensions tant sur le plan de la langue que des significations, adapter la communication non-verbale (poignée de main, façon de s'adresser à la personne) selon les connaissances que l'on a des normes culturelles, accepter de répondre à une question personnelle ou se dévoiler si cela peut aider le patient à être plus confortable.

Ce lien positif entre les adaptations culturelles et l'alliance thérapeutique est aussi appuyé empiriquement (Chang & Berk, 2009; Smith, 2010) et pourrait favoriser la sauvegarde du lien psychothérapeutique nécessaire pour que d'autres processus simples des ressources interculturelles puissent se mettre en place, tels que la poursuite de l'interaction malgré les possibilités de rupture (Cohen-Emerique & Hohl, 2002).

5.4. Représentations des expériences d'intervention en situation interculturelle

Dans les discours, trois types principaux d'expériences de l'ISI se distinguent selon le potentiel de déstabilisation et le niveau d'étrangeté perçus dans celles-ci. Premièrement, certaines ISIs sont vécues comme des expériences familières qui ne changent rien par rapport aux autres situations vécues en clinique. Une conceptualisation psychologique des difficultés du patient et la mise en place des interventions habituelles (adaptées) apparaissent suffisantes. Deuxièmement, des expériences plus inconfortables teintées d'incompréhensions et d'étrangeté sont rapportées, mais ne sont pas vécues (consciemment) comme étant déstabilisantes pour le rôle professionnel. Troisièmement, des expériences extrêmes où le psychologue est plus à risque de tomber dans la déstabilisation de son rôle et dans l'impuissance sont plus rarement discutées. Ces trois niveaux de déstabilisation en ISI valident la préconception 5 en reconnaissant que les ISIs peuvent être vécues avec ou sans sentiment de déstabilisation. Les deux premiers types d'expérience sont les plus

fréquemment rapportées et souvent vécues comme n'étant pas déstabilisantes voire même comme n'étant pas différentes de la pratique habituelle. Cela contraste avec les recherches empiriques qui montrent une diversité de réactions d'inconfort (Utsey, Hammar, & Gernat, 2005) ou même de menace (Hohl & Cohen-Emerique, 1999; Cohen-Emerique & Hohl, 2004) à la différence culturelle. Ce constat appuie deux hypothèses qui pourraient être vérifiées ultérieurement.

D'un côté, il se peut que le discours de psychologues sur des ISIs vécues de façon générale montre que cette pratique n'est pas vécue et représentée comme étant plus déstabilisante que la pratique habituelle. Cela vient nuancer ce qui avait pu être avancé au départ à la préconception 4 : bien que des défis et difficultés spécifiques soient discutés en lien avec l'ISI et les clientèles considérées culturellement différentes, certains sont considérés comme peu différents de ceux rencontrés habituellement. En ayant choisi d'interroger les expériences de l'ISI de façon générale plutôt que d'avoir interrogé d'emblée les expériences plus difficiles, comme on le trouve dans les études qui emploient la méthode des incidents critiques (Cohen-Emerique, 2015), il apparaît normal que le discours des participants témoigne d'un registre d'expérience plus variées et pas nécessairement vécues comme difficiles.

Comme hypothèse alternative, on pourrait aussi penser que l'ISI serait généralement plus déstabilisante que la pratique générale, mais que certains éléments du contexte de la recherche ont limité la possibilité d'en rendre bien compte. Quelques indices appuient cette hypothèse. À cet effet, l'analyse des situations rapportées montre que les réactions des psychologues en ISI ne sont pas nécessairement traduites consciemment dans leurs discours comme étant des réactions à la différence culturelle. D'ailleurs, plusieurs auteurs parlent du caractère non-intentionnel ou inconscient des réactions à la différence (Sue et al., 2007; Qureshi & Collazos, 2011; Cohen-Emerique, 2015). Cette part difficile à conscientiser peut mettre à risque des psychologues de ne pas réaliser pour eux-mêmes qu'ils ont moins accès à leurs ressources professionnelles, ce qui limite la possibilité de réaliser des apprentissages face à ces situations et ce qui favorise l'équilibration simple du système cognitif plutôt que l'équilibration majorante (Cohen-Emerique & Hohl, 2002, 2004). Autrement dit, ne pas avoir conscience d'une déstabilisation en soi limite la capacité à percevoir les défis spécifiques aux situations d'ISI et de développer les compétences et ressources

interculturelles pertinentes à ce contexte d'intervention. Par contraste, dans les expériences d'écoute de situations extrêmes, la déstabilisation est reconnue facilement, faisant apparaître à la fois les limites à une écoute empathique face à ce genre de situation (Kirmayer, 2008), mais les psychologues parlent aussi des ressources qu'ils ont mis en place pour leur permettre de préserver leur rôle professionnel (Cohen-Emerique & Hohl, 2002). Comme autre indice à l'hypothèse d'une plus grande déstabilisation en ISI, il était notable que certains participants se surprenaient de raconter les expériences qu'ils ont trouvées les plus difficiles plus tard en entrevue. Il se peut que parler du caractère menaçant de certaines expériences nécessite une grande confiance envers la personne qui reçoit cette confiance, ce qui aurait pu limiter le recueil de tels discours. Un contexte alternatif où il aurait pu y avoir une réflexion continue sur des ISIs, comme on retrouve dans une supervision réalisée sur une base régulière, aurait pu favoriser de nouvelles compréhensions sur les situations vécues et aurait peut-être été plus à même de mettre en évidence des réactions de menace. Dans le cadre de cette recherche sur les ISIs, ces réactions sont la plupart du temps inférées par l'analyse des situations rapportées.

5.5. Rapport à l'Autre en intervention en situation interculturelle

En plus de cette description synthétique des résultats sous l'angle des représentations des participants, les résultats seront aussi mis en dialogue avec les théories visitées dans la construction de la présente recherche. Ici, c'est davantage le discours en entrevue qui a permis de voir comment les participants se situaient selon les différentes théories. Ce travail de catégorisation a été aidé par la réalisation d'une matrice synthèse thèmes x participants (annexe D).

5.5.1. Rapport aux identités culturelles différentes. Parmi les six stades du développement de la sensibilité interculturelle prévus dans le DMIS (Bennett, 1986), les participants ont tous présenté un discours qui peut être caractéristique au moins du stade de la minimisation, ce qui rejoint la préconception 8. Ce stade était initialement prévu dans le DMIS comme un stade ethnocentrique, mais les développements théoriques subséquents le posent plutôt comme un stade intermédiaire et transitoire entre l'ethnocentrisme et

l'ethnorelativisme (Hammer, 2009). L'absence des niveaux nettement ethnocentriques témoigne d'un certain niveau de sensibilité interculturelle chez les participants, ce qui n'est pas surprenant en raison de leur motivation à participer à l'étude.

Au stade de la minimisation, les différences sont comprises à partir de catégories familières et universelles ou de concepts transcendants (biologiques, religieux, économiques ou philosophiques). Les participants catégorisés à ce stade sont ceux qui se représentent de façon prédominante les difficultés du patient en tenant peu compte des aspects culturels, qui se représentent les différences culturelles surtout sous l'angle des différences de traits psychologiques associés à des généralisations culturelles ou qui mettent l'emphase sur les besoins humains universels au détriment des particularismes culturels.

Les discours associés au stade de l'acceptation et de l'adaptation se ressemblaient, ainsi ils ont été regroupés dans une seule et même catégorie d'acceptation-adaptation. L'acceptation-adaptation se caractérise de façon générale par l'utilisation des catégories culturelles pour identifier des différences et des contrastes, une relativisation des différences de valeur, une capacité à changer de cadre de référence et une empathie cognitive, affective et comportementale. Les participants catégorisés dans ce stade sont nombreux et ont tous exprimé tenir compte d'aspects culturels dans la compréhension empathique qu'ils portaient sur les situations rencontrées.

Enfin, l'intégration a aussi été retrouvée, surtout chez les participants ayant vécu eux-mêmes l'expérience de la migration, mais aussi chez un participant né au Québec qui s'identifie à différents groupes culturels. De façon théorique, ce stade englobe le précédent. De plus, on y retrouve une version encapsulée où la biculturalité fait se sentir dans la marge et une version constructive où la biculturalité est appréciée dans le développement identitaire. Ces deux formes ont été retrouvées dans les discours, notamment en lien avec les expériences personnelles vécues autour de la migration. Dans l'ensemble des discours, l'intégration apparaît comme une dimension supplémentaire à l'analyse qui correspond au développement identitaire davantage qu'à la sensibilité interculturelle telle que traduite en ISI.

Tableau 20

Catégorisation des participants selon le concept de sensibilité interculturelle (Bennett, 1986).

Minimisation	Acceptation-Adaptation	Intégration
Différences comprises à partir de catégories familières et universelles, concepts transcendants (biologiques, religieux, économiques ou philosophiques)	Utilise des catégories culturelles pour identifier des différences et des contrastes. Relativise les différences de valeur. Capacité à changer de cadre de référence, empathie cognitive, affective et comportementale.	Appréciation de la biculturalité dans le développement identitaire / sentiment de marginalisation en lien avec l'identité culturelle
P01, P02, P15, P18, P05	P04, P07, P08, P09, P11, P12, P13, P16, P17, P19, P21	P03, P14, P06, P10

5.5.2. Rapport acculturatif. Les représentations de l'Autre culturellement différent révèlent les orientations d'acculturation des participants. Le rapport aux différentes figures de l'altérité met en évidence comment chaque participant perçoit son rôle acculturatif dans la rencontre avec le patient considéré culturellement différent. Les positions qui se dégagent à l'égard des discours acculturatifs peuvent être comprises à l'aide des orientations d'acculturation définies par Bourhis (1998). Aucun participant en lui-même ne correspond tout à fait à une catégorie, mais ceux-ci ont pu être catégorisés à partir de la prédominance de leur discours envers l'une ou l'autre des formes d'orientation d'acculturation. Cette catégorisation ne préjuge pas non plus de la capacité des participants d'adopter d'autres positions que celle dans laquelle ils ont été identifiés dans la présente recherche.

Trois participants avaient un discours principalement centré sur les difficultés psychologiques des patients. Ils parlent peu ou pas de l'impact des contacts interculturels dans la vie du patient, même lorsqu'il est identifié comme étant migrant. Pour eux, les différences individuelles prévalent sur des différences plus globales et leur discours ne fait