Document généré le 15 juil. 2025 17:57

Psychiatrie et violence

L’impact de la dimension culturelle en évaluation et en intervention psychiatriques et légales

A. N. Dembri, Ph.D., T. Costi, M.ps et M.A. Sanchez, M.D, FRCP

Volume 1, 2000

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1074962ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1074962ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Dembri, A. N., Costi, T. & Sanchez, M. (2000). L’impact de la dimension culturelle en évaluation et en intervention psychiatriques et légales. *Psychiatrie et violence*, *1*. https://doi.org/10.7202/1074962ar

Résumé de l'article

Le présent article situe les données du problème reliées au rôle de l’intervenant d’origine ethnique en psychiatrie légale. Il soulève les points saillants concernant l’évaluation clinique et le diagnostic de patients d’ethnies autres que Québécoise.

Un éclairage sur la problématique de l’émigré, sur les liens existant entre santé mentale et culture seront exposés. Un cas clinique étayera notre réflexion.

Nos conclusions réfutent la nécessité d’être d’une même origine ethnique pour prendre en charge ou traiter un patient. Mais lors d’évaluations ou d’expertises psychiatriques et légales, la présence de l’intervenant homoethnique qui crée un « pont inter culturel » entre le clinicien et le patient est importante. C’est ce rôle de coordination et de jonction entre deux cultures que devraient jouer les cliniques transculturelles.

Tous droits réservés © Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2000

Ce document est protégé par la loi sur le droit d’auteur. L’utilisation des services d’Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d’utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l’Université de Montréal, l’Université Laval et l’Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

L'impact de la dimension culturelle en évaluation et en intervention psychiatriques et légales

- A. N. Dembri; Ph.D.
  Psychologue, psychothérapeute, Institut Philippe Pinel, Montréal
- T. Costi; M.ps
  Psychologue, Institut Philippe Pinel, Montréal
- M.A. Sanchez; M.D; FRCP
  Psychiatre, Institut Philippe Pinel, Montréal

Résumé

Le présent article situe les données du problème reliées au rôle de l'intervenant d'origine ethnique en psychiatrie légale. Il soulève les points saillants concernant l'évaluation clinique et le diagnostic de patients d'ethnies autres que Québécoise.
Un éclairage sur la problématique de l'émigré, sur les liens existant entre santé mentale et culture seront exposés. Un cas clinique étayera notre réflexion.
Nos conclusions réfutent la nécessité d'être d'une même origine ethnique pour prendre en charge ou traiter un patient . Mais lors d'évaluations ou d'expertises psychiatriques et légales, la présence de l'intervenant homoethnique qui crée un "pont inter culturel" entre le clinicien et le patient est importante. C'est ce rôle de coordination et de jonction entre deux cultures que devraient jouer les cliniques transculturelles.

Introduction

Nous avons été sollicitées à réfléchir sur les aspects inter culturels en psychiatrie clinique dans le cadre d'une conférence intra-hospitalière. Le présent article origine de cette présentation.

Cette demande nous a conduites à nous interroger sur le rôle de l'intervenant d'origine ethnique en milieu psychiatrique compte tenu des influences d'origines culturelles sur l'anamnèse et le diagnostic clinique.
Pour mieux saisir cette intrication du culturel et du clinique, nous ferons dans un premier temps un survol de la démarche d'immigration et son implication dans le processus d'adaptation d'un individu donné. L'analyse d'un cas clinique illustrant les différents aspects de notre présentation viendra étayer notre réflexion.

Bien qu'une revue de littérature ait été consultée pour éclairer notre propos, nous n'utiliserons à dessein que notre propre expérience clinique, croyant ainsi que nous répondrons plus spécifiquement aux interrogations de notre milieu.

État de la question

Il n'est pas rare que des cliniciens homo-ethniques de 1re ou 2ième génération soient interpellés pour intervenir sur le plan clinique ou dans le cadre d'une présentation. Malgré les nombreuses présentations scientifiques et la succession de conférenciers reconnus en la matière, les mêmes demandes se réitèrent et les mêmes questions se reposent en psychiatrie inter culturelle, du moins au sein de notre milieu de psychiatrie légale.

Une interprétation au plan dynamique nous pousse à déduire que la réponse attendue ou souhaitée n'a peut-être pas jusqu'à présent été donnée. Il semble que ces différents colloques ou conférences qui n'abordent que les éléments exotiques d'une culture donnée ou ne soulèvent que des considérations de nature philosophiques, anthropologiques ou abstraites laissent l'interlocuteur clinicien "sur sa faim" et sans recette particulière à utiliser dans le cadre de son travail.
Ne devrions-nous pas plutôt nous interroger sur la pertinence d'appartenir à une autre culture pour s'intéresser aux aspects transculturels en milieu clinique? Quel rôle devrait jouer l'intervenant homo-ethnique qui accepte de répondre aux demandes qui lui sont adressées?
.

Le clinicien alloethnique

Procéder à l'évaluation ou à la prise en charge de patients d'origines différentes ne peut se faire au moyen de recettes. Le besoin de recourir à une recette est suscité par le malaise ou l'insécurité qu'une situation inusitée génère. Le face à face avec quelqu'un d'une autre culture, donc différent, peut provoquer un sentiment de malaise voir même une certaine insécurité chez le clinicien.
Sachant que la tentative d'atténuer ou d'annuler cette différence entre les deux protagonistes ne mènera nullement à un travail productif, elle imposera au clinicien confronté à son propre mode d'agir ou de pensée

l'acquisition de connaissances et de comportements relatifs à cette différence. Seul, sera-t-il alors capable d'un tel investissement? Ce serait opter pour un mode d'entrée en contact au processus long et exigeant.

En effet, le désir réel d'être en communication avec l'autre oblige le clinicien à établir une relation non pas sur le mode narcissique ou en miroir valorisant et idéalisant mais sur la base d'un contact faisant appel à une implication relationnelle nécessitant une adaptation réciproque. Autrement dit, il tentera de bâtir un "pont interculturel" entre lui et cette personne, autre et différente de surcroît. Cette forme de rencontre provoque inévitablement une destructuration temporaire de son propre schème de référence . Cette perte de contrôle transitoire sur ses repères est une condition sine qua non à la création d'un point de jonction entre lui-même et le patient. A cet égard une situation mal maitrisée comme dans le cadre d'une entrevue d'évaluation par exemple peut générer un malaise ou un inconfort inopportun.

La barrière linguistique est souvent invoquée comme explication possible à cette difficulté d'échanges. Sachant que la communication verbale est l'outil majeur de collecte d' information et d'évaluation en psychiatrie (Moffic, 1983), ce facteur est particulièrement important dans une situation d'expertise psychiatrique telle que pratiquée à l'institut Philippe Pinel et au Centre de psychiatrie légale de Montréal.

Cependant si la barrière linguistique est un obstacle incontournable , elle n'est certainement pas l'unique raison qui pousse le clinicien à solliciter la présence d'un intervenant ethnique en consultation.

Le rôle de l'intervenant homoethnique

Qu'il s'agisse de l'intervenant homoethnique qui accepte passivement toute demande d'implication ou de celui qui cherche activement à intervenir auprès de patients de sa propre ethnie ou d'ethnies avoisinantes, tous deux sont également mus par leurs propres motivations. Parfois l'intervenant tente de recréer dans une relation qui se veut dyadique l'illusion d'une reconstitution culturelle. La complexité du contre-transfert qui s'établit alors entre le patient et l'intervenant homoethnique occasionne éventuellement une alliance difficile, résultat d'une certaine perte d'objectivité ou d'une identification massive au patient. Parfois, des difficultés surviennent lorsque le patient est hospitalisé: un clivage au sein de l'équipe peut assimiler l'intervenant au patient. Dans cette perception indifférenciée, le rôle de l'intervenant homoethnique comme consultant devient précaire.

Endosser le rôle de sauveur ou de réparateur par l'intervenant homoethnique, c'est risquer d'exposer le patient à un rejet douloureux. Cette attitude pourrait être plus préjudiciable que bénéfique pour le patient. Les motifs profonds du consultant homoethnique sont multiples: souci de comprendre et d'aider le patient, désir d'une quelconque réparation inconsciente ou encore besoin de valorisation identitaire. Son rôle doit toujours demeurer celui d'un tiers entre la culture d'accueil et celle du patient.

Pour mieux cerner le rapport qui existe entre le culturel et le clinique, une incursion dans la situation du patient comme individu émigré confronté à des valeurs sociales différentes s'impose.

Problématique de l'immigré

Saisir l'enjeu de la culture dans l'expressivité de la maladie mentale ne peut prendre tout son sens si nous n'abordons pas préalablement le contexte plus large de l'immigration comme expérience d'un déracinement ou d'une transformation.

L'émigré est celui qui décide de quitter son pays. Ce départ, volontaire ou imposé, force la séparation et la rupture avec ses enfances et impose le deuil de liens familiaux et sociaux familiers donc sécurisants. Il impose de ce fait un réaménagement identitaire et une restructuration existentielle (Bibeau, 1992; Westermeyer, 1989). Dès lors, dans cette étape où le pays d'origine bascule déjà dans le passé et où le pays d'accueil n'est pas encore lieu de projections, la nostalgie, état d'âme amer et doux à la fois (Stern, 1996), devient l'alter-ego de l'émigré en quête d'un nouvel espace.

Cette quête porteuse de deuils et d'espérances en gestation, bien qu'elle emprunte un chemin parfois pénible et parsemé d'embûches, ouvre pour certains sur une bonne intégration. Cette évolution, signe évident de leur bonne capacité d'adaptation à l"Autre" (l'étranger à soi), est généralement facilitée par l'âge de l'émigré, son niveau d'instruction, le motif de son départ et l'acquisition de la langue d'adoption (Westermeyer, 1989). Cependant, la dialectique de la confrontation à l'autre, donc à l'altérité, est également ressentie par la communauté d'accueil. Dès lors, la capacité de s'aménager un espace d'apprivoisement mutuel va dépendre de la volonté réciproque de se rejeter ou de se reconnaître. Cette "aire inter culturelle" (Moffic, 1983) devient ainsi porteuse de changements et d'évolutions où chacun pourra réaménager son identité désormais hybride.

Au cours d'un processus d'adaptation qui se situe au plan instrumental et au plan des valeurs socio-culturelles, Berry décrit quatre modes possibles d'acculturation: l'assimilation qui traduit le rejet de la culture d'origine et l'appropriation de la culture d'acceuil, la séparation qui réflète le rejet de la culture d'acceuil et l'enfermement dans la culture d'origine, la marginalité qui révèle le rejet des deux cultures, l'intégration qui combine les éléments de la culture d'origine avec ceux de la culture d'acceuil. Ce dernier mode qui amène l'individu à se créer une nouvelle identité est considéré par Berry comme étant le plus intégré est le plus adaptatif (Griffith et Gonzales, 1994; Westermeyer, 1989).

En rapport avec ce qui est énoncé, nous proposons ci-dessous un schéma conçu par F, Sinatra (1996; 64) récapitulant la trajectoire de ce qu'il nomme un exil accompli.

TRAJECTOIRE DE L'EXIL ACCOMPLI		
Première phase	Deuxième phase	Troisième phase
RUPTURE	RECHERCHE DE L'AUTRE	INTÉGRATION
avec le familier,	l'étranger	du familier
l'archaïque	*langue paternelle	et de l'étranger
*langue maternelle		*langue du sujet
déracinement	adaptation	articulation

Pour d'autres émigrés et parmi eux ceux que nous côtoyons dans le cadre de notre travail, ceux-ci se retrouvent loin de leurs attaches et des repères connus, seuls face à eux-mêmes et face à l'autre, "l'étranger". Parce qu'ils sont souvent mal préparés à cette rencontre incontournable, ces émigrés tendent à s'enfermer dans une solitude qui les isole et les désarme. Cette coupure d'avec leur sève affective prend alors pour eux un sens plus aigu surtout quand ils doivent se déposséder de leur langue maternelle au profit d'une langue d'adoption mal maîtrisée ou encore inconnue. Le fait de ne pas partager encore la langue de l'autre, de l'étranger, suscite la crainte d'être incompris voire rejetés. Cette situation de faiblesse, même temporaire, met en évidence leur état de vulnérabilité. Ce désir d'une vie nouvelle est alors perçu comme inaccessible et la voie empruntée pour y parvenir s'avère ardue. Dès lors, l'étranger devient une menace potentielle, violente et parfois destructrice pour leur identité. Ces immigrés, dans une tentative de survie, tentent de se réfugier dans leur communauté culturelle qui peut devenir rapidement folklorique. Cette thébaïde culturelle qui signe leur échec d'adaptation, est vécue sur un mode traumatique pouvant raviver des souffrances et traumas antérieurs (échecs éxistentiels, mort, guerre, pertes...). Leurs possibilités d'intégration sont alors mises en péril.
Cette dimension nous place au coeur même de notre réflexion à savoir la place accordée à la culture dans la conception de la maladie mentale.

Santé mentale et culture

Chaque communauté culturelle adopte une attitude idiosyncrasique face à la conception, l'expression et l'interprétation de la santé et de la maladie (Oldham et Riba, 1995). Plus que toute autre affection médicale, c'est en psychiatrie que le rôle de la culture dans la définition de ce qui est normal et de ce qui est pathologique se pose de manière aiguë. Il est admis que des facteurs culturels jouent un rôle notable dans la classification et le recueil de données épidémiologiques des maladies mentales (Oldham et Riba, 1995; Westmeyer, 1985). De plus, ils semblent avoir un impact certain sur la manière de traduire et d'expliquer les symptômes. Il appert que le cadre socio-culturel et éducatif adopté par une société donnée joue aussi un rôle important dans le pronostic d'évolution des affections psychiatriques (Marsella, 1988).

En ce qui concerne la classification, certaines études ont démontré que les nosologies et nosographies diagnostiques diffèrent d'un pays à l'autre (Oldham et Riba, 1995; Fernandez et Kleiman,1995; Bibeau, 1992; Marsella, 1988; Westermeyer, 1985). Cette différence relèverait apparemment de facteurs socio- culturels. Par ailleurs on a pu constater que des diagnostics solidement établis se sont avérés caduques ou impropres avec le temps. Ce changement qui obligeait à des révisions diagnostiques, était relié à une évolution dans les moeurs et coutumes sociales. Il suffit de rappeler à titre d'exemple l'homosexualité qui fut jadis considérée comme une pathologie psychiatrique.

Dans une optique ethnologique et de géographie humaine, même si certaines études ne partagent pas les conclusions des recherches qui prônent l'existence d'un lien entre profil culturel et prévalence psychiatrique, il est désormais reconnu que l'expression de la psychopathologie porte bel et bien l'empreinte d'un caractère culturel spécifique (Oldham et Riba, 1995; Waynik, 1985; Westermeyer, 1985). Epidémiologiquement, la distribution des pathologies tout comme leurs variations symptomatologiques et leurs pronostics d'évolution selon les pays paraissent s'expliquer également par cette cartographie culturelle (Marsella, 1988). On parlera alors de syndromes spécifiques dits "exotiques" ou autrement dit de "syndromes culturellement déterminés" (Culture bound syndrome) tel que le Koro (Oldham et ribas, 1995; Westermeyer, 1985).

Certains travaux qui se sont penchés sur l'étude du degré de crédibilité des diagnostics auprès de populations d'ethnies différentes démontrent que les diagnostics qui obtiennent entre eux un degré de consensus élevé, relèvent de syndromes graves de forme schizophréniques ou de troubles thymiques. Par contre, les diagnostics les plus divergents sont ceux qui sont associés aux troubles anxieux, dissociatifs, comportementaux ou de la personnalité. Néanmoins, ce sont les comportements normaux qui s'avèrent les plus sensibles à la variabilité interculturelle (Marsella, 1988).
En effet, si on considère que la personnalité est ce qui caractérise l'unicité, la singularité et la permanence d'un individu ou d'un groupe social, on comprend aisément que les facteurs culturels ont un impact particulier sur les troubles où les composantes comportementales et de la personnalité dominent. Cet aspect est bien illustré par le tableau de Marsella (cf, tableau 1).

Qu'elle soit construite sur un raisonnement scientifique ou animiste-magique, toute culture possède donc une logique intrinsèque pour expliquer et traduire la santé, la maladie et la souffrance. L'immigré même loin de ses attaches n'échappe pas à la dialectique de cette essence culturelle. Mieux encore, il semble s'y référer pour représenter son mal-être et sa détresse (Weiss et al, 1995; Lopez et Nunez, 1987).

Bien qu'il soit important de considérer les codes culturels et linguistiques qui régissent un mode d'être, pour éviter une "pathologisation" outrancière, il ne faut pas non plus accorder à tout trait culturel une omnipotence explicative (Griffith et Gonzales, 1994). Le risque encouru est de perdre tout sens relatif nous permettant de distinguer entre ce qui est culturellement normal et pathologique, entre ce qui est culturellement sain et déviant.

Dans le contexte d'une réalité clinique quotidienne dont le multiculturalisme est en croissance exponentielle, on peut alors réaliser toute l'ampleur et la complexité que revêt une évaluation clinique, surtout si celle-ci pose de surcroit un problème de diagnostic différentiel.
A cet égard, de quels paramètres doit se réclamer une évaluation qui s'inscrit d'emblée dans cette préoccupation culturelle et linguistique ?

L'évaluation

L'évaluation doit s'effectuer dans une aire transitionnelle où la rencontre des deux cultures doit devenir possible. La réussite de cette communion culturelle n'est pas le résultat d'une recette mais provient plutôt de l'adoption d'une attitude respectueuse et sensible à l'autre. Cette considération pour l'autre, dans l'acceptation de sa différence, est sous-tendue par le désir d'examiner sans a-priori et sans conclusions précipitées la détresse du patient par rapport à ses schèmes culturels de références. Cette forme d'évaluation implique plus que d'ordinaire le souci de comprendre l'autre (Westemeyer, 1989). Il faut donc davantage d'ouverture et d'empathie. Afin de faciliter la rencontre, la technique d'évaluation doit être adaptée. Quelques points de repères techniques sont alors essentiels pour la structuration autant de la forme que du contenu de l'évaluation.

Au niveau formel, le premier point à considérer est la langue. En effet la langue étant un outil de communication essentiel en santé mentale il est donc primordial d'en tenir compte lors de l'évaluation

(Moffic,1983). De ce fait il faut encourager le patient à s'exprimer dans la langue où il est le plus à l'aise. Il faut dans ce cas faire appel à un interprète si la langue utilisée par le patient n'est pas familière à l'évaluateur. Cependant l'interprète ne doit pas seulement traduire textuellement les propos du patient, il doit en éclairer le sens (Oldham et Riba,1995; Griffith et Gonzales, 1994; Westermeyer, 1989). A cet égard il est important de préparer cet interprète à l'entrevue psychiatrique, tout en lui précisant les interrogations du clinicien. En général, il faut éviter les membres de la famille comme interprètes potentiels, considérant les biais que cela peut entraîner. Ex: le parent risquera de passer sous silence des propos qui affectent l'image familiale (Oldham et Riba, 1995).

Certains patients pourraient s'objecter à l'idée que l'entrevue se déroule dans leur langue. Ils peuvent alors se montrer méfiants ou se sentir insultés. C'est le cas d'immigrés généralement scolarisés et qui s'expriment bien dans une des langues de la majorité. Dans ce contexte l'attitude la plus sensible serait celle de proposer au patient de communiquer dans la langue où il se sent le plus à l'aise.
Il est noté que c'est dans la langue maternelle que l'affect est le mieux traduit, et la pathologie le plus facilement exprimée (Oldham et Riba, 1995).

L'évaluateur doit aussi faire preuve de prudence quand il veut s'improviser interprète dans une langue qu'il ne maitrise pas assez et dont il ne saisit pas toutes les subtilités linguistiques et culturelles.
Le contexte même de l'entrevue doit être organisé en fonction du patient et de ses repères socio-culturels. Ex: si la notion du temps n'est pas la même, cela peut compliquer l'établissement des schédules de rendez-vous. Les lieux physiques peuvent avoir un impact sur l'état d'être du patient. Ex: un patient qui arrive d'un pays où les gens ont l'habitude de s'asseoir par terre sera peut-être plus intimidé dans un bureau meublé d'une table et de chaises (Oldham et Riba, 1995). La manière de se placer en entrevue peut aussi avoir une influence sur son déroulement. Ainsi, lorsqu'il y a un tiers comme interprète, il est souhaitable de former un triangle plutôt que de se placer côte à côte. Au niveau de la durée de la rencontre, il faut s'allouer plus de temps, faire des entrevues plus longues. Cette dimension permet au patient d'établir un lien avec l'évaluateur alloethnique et de s'apprivoiser à l'entourage. Le patient est ainsi mis en confiance, ce qui va favoriser l'instauration d'un bon contact avec lui (Oldham et Riba, 1995).

Pour affiner la compréhension d'un individu d'une culture autre, le contenu de l'évaluation sera quelque peu réaménagé. Il faut préalablement se pencher sur les symptômes et sur les signes que le patient rapportent le plus spontanément (Oldham et Riba, 1995). Il s'agira en général de symptômes somatiques. Par la suite on procédera à l'investigation de thèmes plus délicats telles que la pathologie psychotique ou les problématiques familiales.

L'évaluation doit aussi prendre en considération la compréhension que le patient a de sa situation et du niveau auquel il se situe par rapport à sa culture. Cette dimension permet de cerner les aspects réellement pathologiques. Il faut porter attention aux explications tant médicales que culturelles formulées par le patient pour donner un sens à ce qu'il vit. Quelle est la réaction de son entourage à son état physique ou mental? Comment son état serait perçu dans sa propre culture? Il faut vérifier aussi quelles sont les perceptions du patient à l'égard du traitement et des services qui lui sont offerts (Weiss et al, 1995; Oldham et Riba, 1995; Moffic, 1983).

L'évaluation exhaustive de l'histoire socio-culturelle, familiale et migratoire est ici essentielle pour mettre en évidence les éléments existentiels clés. Il faut examiner avec le patient son passé, sa vie familiale, son mode d'éducation, son style de communication . Il faut essayer d'apprécier l'importance, le poids et l'impact de certaines valeurs dans la culture du patient. (Oldham et Riba,1995; Bibeau, 1992; Moffic, 1983). Ex: contrairement à certains québécois, ne pas être le gagne-pain de sa famille pour un immigrant italien aura un effet plus dévastateur sur son estime de soi et son état psychologique .
L'investigation doit examiner les motifs qui ont présidé au départ et à la décision d'émigrer. Cela permettra de cerner et de saisir le sens de certaines ruptures existentielles, a apprécier la distance qui existe entre la culture du patient et la culture d'accueil, estimer aussi son degré d'acculturation, comment il s'est réalisé et la manière dont il influt sur la compréhension de son problème (Oldham et Riba, 1995; Westermeyer, 1989). Dans ce cadre il ne faut pas hésiter à contacter des sources d'informations collatérales, comme la famille, la communauté ethnique. Il ne faut pas hésiter à faire appel à un consultant bien au fait de la culture du patient (Westermeyer, 1989).

Au plan interculturel, l'évaluation demande aussi de la fléxibilité et de la créativité surtout au plan de l'évaluation psychométrique. En effet la majorité des instruments, même traduits, ne sont pas adaptés à la culture du patient. Il ne sont généralement pas validés . C'est le cas de plusieurs tests psychologiques, telles que les épreuves d'intelligence (Oldham et Riba, 1995; Westermeyer, 1985).

Il est important d'éviter certains pièges qui affecteront la qualité de l'évaluation. Il faut s'assurer de ne pas succomber à une généralisation, héritée de certains stéréotypes culturels tout comme se contenter d'une normalisation ou d'une "pathologisation" hâtive. Il faut aussi abolir les modes de relations où le rapport de force domine. Tout comme l'absence de distance par familiarité exagérée est nuisible à une bonne entrevue (Oldham et Riba, 1995).

L'évaluateur alloethnique doit tenir compte des différences culturelles sans déraper dans une attitude d'anthropologue clinicien. L'évaluateur homoethnique doit instaurer une distance relationnelle thérapeutique avec le patient afin de garder toute son objectivité et préserver sa neutralité comme intervenant.
Le patient lui adoptera face à l'évaluateur alloethnique soit une attitude défensive ou soumise. Il voudra parfois abolir les frontières culturelles entre lui-même et son clinicien. À l'égard de l'évaluateur homoethnique il pourra le percevoir comme omnipotent ou omniscient ou à l'inverse comme un traître et voire même un raciste (Oldham et Riba, 1995; Moffic, 1983).
.
Tous les facteurs mentionnés devraient concourir à guider l'évaluateur afin de porter un diagnostic valide et exhaustif.

Le cas clinique qui suit tend à éclairer de manière probante les differentes étapes de notre article.

Illustration clinique.

Le cas clinique présenté concerne un patient âgé de 28 ans, célibataire, d'origine marocaine et résidant au Canada depuis cinq ans. Il a été récemment reconnu coupable de vol qualifié. Une expertise présentencielle concernant cette personne était demandée par la cour.

Avant la rencontre avec ledit patient et suite à la consultation de divers documents le concernant, de multiples hypothèses pouvaient être retenues. La complexité clinique liée à ce patient semblait déjà prévisible puisque les éléments cliniques recueillis ne formaient pas un tout cohérent correspondant à une psychopathologie connue. Ils paraissaient relever de plusieurs pistes cliniques sans liens entre elles. Plusieurs hypothèses diagnostiques ont été ainsi avancées à savoir: l'état d'épilepsie non controlé du patient, une consommation excessive d'alcool, la possibilité d'un trouble du comportement d'allure délinquante. On évoquait aussi un retard intellectuel probable consécutif aux crises épileptiques ou à des traumatismes craniens mineurs répétés. A la lumière de brûlures inexplicables au cuir chevelu on mentionnait l'idée d'un comportement automutilatoire. La psychose et la déviance sexuelle étaient des diagnostics également envisagés. Compte tenu des difficultés rencontrées à cause de la barrière linguistique, la présence d'un interprète était conseillée. Cette recommandation explique la présence d'une psychologue originaire d'Afrique du Nord et oeuvrant à l'institut aux deux rencontres d'évaluation.
.

Suite à l'analyse de ces informations, nous avions identifié certaines situations que l'on pourrait nommer ici de contreculturelles ou paradoxales. Par exemple nous étions confrontées dans un premier temps à la mise à distance du patient par rapport à sa famille, alors que nous connaissons l'importance des liens familiaux fort étroits dans la culture arabo-musulmane. De plus, sachant l'importance que revêt la religion musulmane dans ce milieu culturel, nous tentions de donner un sens aux informations selon lesquelles le patient s'était converti au christianisme. Dans un deuxième temps, nous étions face à un possible retard intellectuel alors que le patient avait complété une dixième année.

Le patient s'est présenté très tardivement à ses deux rendez-vous. Nous avons décidé de procéder quand même à l'évaluation étant donné les embûches rencontrées par nos prédécesseurs et aussi à cause des délais impartis par la cour. Nous avions cependant interprété les retards du patient comme une résistance face à cette évaluation ou comme une opposition passive bien que respectueuse puisqu'il téléphonait pour expliquer ses retards.

Notre première rencontre a été volontairement centrée sur la précision du caractère insaisissable ou étrange de la situation actuelle du patient.
Comme le patient était capable de s'exprimer en français, l'obstacle linguistique se révélait être une résistance du patient à vouloir coopérer. Nous avons souligné au patient la responsabilité qui lui incombait dans l'incompréhension dont il faisait l'objet. Après avoir surmonté sa gêne d'être interrogé par deux femmes, le patient collabora avec une relative confiance.

Notre évaluation a mis en évidence les faits suivants. Concernant l'épilepsie, ce fait semble se vérifier puisque le patient souffre de cette affection depuis bon nombre d'années.

Depuis son arrivée au Québec, cette maladie semble peu controlée vue la non-observance du traitement justifiée par une intolérance aux effets secondaires de la médication prescrite. Bien que le patient maîtrise de façon acceptable la langue française, il ne s'agit pas en fait de sa langue maternelle. Aussi nous décrit-il en français les symptômes de son épilepsie d'une manière qui lui est propre et qui est différente de celle que nous utilisons pour traduire une telle pathologie. Le patient utlisait un vocabulaire descriptif, concret et basé sur des sensations physiques insolites. Il parlera alors d'une sensation de brisure ou de cassure dans la tête associée à la perception d'un bruit mal défini précédant la crise convulsive. Il s'agit là de la description d'une aura, mais selon un vocabulaire qui peut s'apparenter dans notre registre à une symptomatologie psychotique. Or, un interrogatoire clinique rigoureux n'a mis en évidence aucune perception délirante.

Quant au présumé conflit avec sa famille, le patient considère qu'il est non fondé. Il nous révèle par contre que depuis son arrivée au Québec, il a été confronté à une grande permissivité sociale et à certains comportements qui seraient prohibés par sa religion. Comme il entretient des relations régulières avec une femme de religion chrétienne, ce fait explique sa présence dans un lieu de culte chrétien. Il nous dit avoir aussi une vie sexuelle hors mariage, ce qui est contraire aux principes de l'Islam. Tout ce nouveau mode de vie a ébranlé ses repères socio-familiaux. Aussi pour respecter les valeurs culturelles encore actives de sa famille sans les heurter et tout en adoptant les siennes propres, il a préféré s'éloigner géographiquement de sa famille.

Concernant le retard intellectuel, nous ne pouvons objectivement relever d'indices en ce sens. Interrogé sur ses connaissances et ses aptitudes au raisonnement abstrait, le patient a démontré des ressources intellectuelles satisfaisantes. De plus il a une formation confirmée en tant qu'imam. L'imam est habilité à la formation théologique de fidèles. Cette fonction de chef religieux islamique qui est difficilement accessible au Maroc, suppose l'acquisition de certaines aptitudes cognitives.

Questionné sur les brulûres au cuir chevelu interprétées comme des automutilations, il nous explique qu'elles sont plutôt accidentelles. Il semble avoir eu une absence (petit mal) alors qu'il prenait sa douche. Pressentant une crise convulsive, il n'a eu que le temps de fermer le robinet d'eau froide avant sa crise. Il ne s'agissait pas d'un rituel de purification ni d'idées délirantes ou paranoides. Cette hypothèse fut infirmée.

L'exploration de la sphère sexuelle nous confronte au même écueil. Aucune déviance sexuelle n'est mise en évidence. Le patient dit avoir une augmentation de libido assez importante. Il identifie cette libido en excès comme un facteur de risque pour le déclenchement de ses crises convulsives. Sa compagne ne rapporte aucun problème lié a la vie sexuelle du couple. Par contre étant au courant des préocupations du patient face à son excessive libido, elle lui aurait déconseillé d'en informer son omnipraticien, réalisant qu'il pourrait être identifié comme un déviant sexuel.

Suite à cette évaluation, nous n'avons retenu aucune psychopathologie. Nous sommes demeurées néanmoins conscientes des multiples inquiétudes et interrogations exprimées par diverses personnes, inquiétudes que nous avons partagées avec le patient. Nous lui avons décrit le rôle actif qu'il pouvait jouer dans les perceptions et les jugements qu'il induisait dans son entourage.

Les informations recueillis nous ont confirmé au moins l'absence d'un dysfonctionnement aigu. Nous avons recommandé qu'il soit soumis à un suivi probatoire et d'être attentif à des comportements insolites ou à des bizarreries évolutives qui pourraient survenir à moyen ou à long terme. Si un telle éventualité se produisait, nous serions disposées à revoir le patient afin d'approfondir l'investigation et conclure éventuellement à une pathologie. Tel n'était pas le cas au moment de l'évaluation.

Un travail de liaison avec la cour et les différents professionnels de la santé a permis de normaliser le caractère insaisissable de l'individu. Tout au long des trois rencontres, c'est le mécanisme de clarification quasi continuel que nous avons instauré entre le patient et nous-mêmes qui représente l'élément-clé ayant permis et facilité l'évaluation.

Conclusion

Nous nous questionnions au départ sur la nécessité d'être nous-mêmes d'une "appartenance ethnique" donnée pour oeuvrer dans des secteurs qui dispensent des services aux ethnies.

Nos expériences professionnelles et nos réflexions cliniques nous portent à croire qu'il n'est pas nécessaire d'être d'une même origine ethnique que le patient, quand il s'agit d'un traitement ou d'une prise en charge. Il nous semble (sous toute réserve) que cette relation thérapeutique ne doit pas s'inscrire absolument dans un cadre d'intervention homoethnique mais plutôt se dérouler dans un espace "inter culturel".
Parce que ce dernier nous apparaît chargé de différences et confronte à une altérité porteuse d'un équilibre

intégrateur, les effets cliniques qui en découlent nous semblent plus bénéfiques et plus prometteurs en terme de pronostic.

Par contre, la présence d'un évaluateur homoethnique serait pertinente et d'une importance certaine surtout dans le contexte d'expertise psychiatrique et légale dont les conclusions comportent parfois de graves implications pour le patient.
En effet, en tant qu'évaluateur homoethnique ayant été "soumis" à l'épreuve de conciliations de deux cultures, nous pouvons aider à créer un "pont inter culturel" entre celui qui traite et celui qui est traité. C'est ce rôle de coordination et de décodage culturel entre les deux protagonistes que devrait à notre avis jouer les cliniques transculturelles en constant développement.

Bien que ce rôle de liaison soit assujetti aux motivations et aux intérêts présentés par l'équipe qui sollicite notre présence, nous croyons pourtant qu'il est toujours possible d'effectuer une évaluation assez exhaustive et valable, pourvu que le désir de se décentrer de sa propre culture et d'être oblatif à l'autre soit constamment présent.

Tableau 1.

Variabilité des symptômes à travers les cultures

Désordre neurologique sévère	
Désordre neurologique mineur	
Désordre psychotique	
Désordre névrotique	
Troubles transitoires	

Troubles de la personnalité

comportement normal

-_____+

Variabilité culturelle

(Adapté de A.J. Marsella)

Bibliographie

Bibeau, G; et al; 1992, La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriéthnique au quotidien, Gaëtan Morin, boucherville.

Fernandez, R. L; Kleinman, A; 1995, Cultural psychiatry: Theoritical, clinical and research issues. The psychiatric clinics of North America, 18, no. 3, 443-447.

Griffith, E. H; Gonzales, C. A; 1994, Essentials of cultural psychiatry in Hales, R. E; ed. American Psychiatric Press, Texbook of Psychiatry, Washington, 1379-1404.

Lopez, S; Nunez, J. A; 1987, Cultural factors considered in selected diagnosis and interview schedules. British Journal of Abnormal Psychology, 96, no. 3, 270-272.

Marsella, A. J; 1988, Cross cultural research on severe mental disorders: Issues and findings. Acta Psychitrica Scandinavica, 78, no. 344, 7-22.

Moffic, H. S; 1983, Sociocultural guidelines for clinicians in multicultural settings. psychiatric Quarterly, 55, no. 1, 47-54.

Oldham, J. M; Riba, M. B; 1995, Cross-cultural psychiatry in Riba, M. B; ed. American Psychiatry Press, Textbook of Psychiatry, Washington, 467-507.

Sinatra, F; 1996, Étranger singulier ou la passion de l'éxil. Filigrane, no. 5, 62-71.

Stern, J; 1996, L'immigration, la nostalgie, le deuil. Filigrane, no. 5, 18-25.

Waynik, M; 1985, Paranoia as a cultural phenomenon: Treatment of an Indian physician. American Journal of Psychotherapy, 39, no.4, 587-591.

Weiss, M. G; et al; 1995, Cultural dimensions of psychiatric diagnosis. British Journal of Abnormal Psychology, 166, 353-359.

Westermeyer, J; 1989, Psychiatric care of migrants: A clinical guide. American Psychiatric Press, Washington.

Westermeyer, J; 1985. Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. American Journal of Psychiatry, 142, no.7, 798-805.

1