

Présentation
L'ethnopsychiatrie
Introduction
Ethnopsychiatry
Presentación
La etnopsiquiatría
Apresentação
A etnopsiquiatria

Yves Lecomte, Ph.D., Sophie Jama and Gisèle Legault

Volume 31, Number 2, Fall 2006

Ethnopsychiatrie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014800ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014800ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Lecomte, Y., Jama, S. & Legault, G. (2006). Présentation : l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 7–27. <https://doi.org/10.7202/014800ar>

Article abstract

This introduction is a literature review of the two major models of intervention in ethnopsychiatry : transcultural psychiatry and ethnopsyoanalysis. After distinction of these two approaches, the authors describe cultural competence considered as the central concept of transcultural psychiatry, followed by a description of the major parameters of ethnopsyoanalytic intervention : foundations, problems related to consultation, operation, role of professionals who refer, principal therapist and co-therapists, translator and finality of this approach.



Présentation

L'ethnopsychiatrie

Yves Lecomte*

Sophie Jama**

Gisèle Legault***

Cette présentation est une revue de littérature sur les deux principaux modèles d'intervention en ethnopsychiatrie : psychiatrie transculturelle et ethnopsychanalyse. Après avoir distingué conceptuellement ces deux approches, la présentation décrit le concept central dans la psychiatrie transculturelle qu'est la compétence culturelle. Ensuite, elle décrit les principaux paramètres de l'intervention ethnopsychanalytique : les fondements, les problématiques de consultation, le fonctionnement, le rôle du référent, du thérapeute principal et des co-thérapeutes, du traducteur et du médiateur, et la finalité de cette approche.

L'année 1992 fut une année prolifique dans le champ de l'intervention ethnopsychiatrique au Québec. Le Comité de la santé mentale du Québec publiait le rapport *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien* (1992), alors que la revue *Santé mentale au Québec* éditait deux numéros spéciaux intitulés « Communautés culturelles et santé mentale I et II » (vol. XVII, n° 2 et vol. XVIII, n° 1)¹ issus du colloque « Solidarités, cultures, santé mentale... un dialogue en devenir » tenu à Montréal en septembre 1992. Depuis ce temps, comprendre la réalité des personnes issues des communautés culturelles, et répondre adéquatement à leurs besoins de santé mentale ont été l'objet de multiples études et de nombreux rapports. Parallèlement, des intervenants ont initié des projets d'orientation transculturelle et ethnopsychanalytique. Afin de refléter cette nouvelle réalité, la revue réalisa en novembre 2004, en collaboration avec la télé-université

* Ph.D., professeur au DESS en santé mentale, Teluq (UQAM).

** Docteure en anthropologie, chargée de cours à l'UQAM au Doctorat en études et pratiques des arts, et thérapeute à la clinique transculturelle de l'hôpital Jean-Talon.

*** Professeure titulaire Travail Social Université de Montreal et thérapeute à la Clinique transculturelle du CSSS du Cœur-de-l'île (Hopital Jean-Talon).

(UQAM)², une journée d'échange et de concertation sur la psychiatrie transculturelle au Québec (cf. le commentaire de Serge Arpin sur ce colloque). Par ce dossier axé sur l'intervention, la revue poursuit sa démarche en approfondissant les principaux projets d'intervention en cours et les questionnements qu'ils suscitent³.

Par une revue de littérature des publications des initiateurs et des chercheurs de ce domaine, nous résumons les modalités et les principes sur lesquels reposent ces modèles. Avant de les décrire, une première question se pose : qu'est-ce que l'ethnopsychiatrie⁴ ? L'ethnopsychiatrie est le « domaine de la psychiatrie consacré à l'étude des troubles mentaux en fonction des groupes culturels et ethniques auxquels appartiennent les sujets qui en seraient atteints⁵ ». De cette définition découlent des questions⁶ relatives à la ressemblance ou à la différence des maladies mentales entre les pays, de même que sur l'universalité ou la spécificité des maladies mentales selon les cultures.

La psychiatrie transculturelle

Deux courants majeurs traversent le champ de l'ethnopsychiatrie. Le premier, la « psychiatrie transculturelle », désigne une pratique qui postule l'universalité de la pathologie mentale, mais considère qu'il est essentiel de repérer les manifestations spécifiques de cette maladie reliées à la culture dans laquelle le sujet a été élevé. Même si la psychiatrie transculturelle tente de s'adapter à la culture des personnes qui consultent, les modalités d'intervention utilisées sont celles de la psychiatrie conventionnelle et reposent sur ses conceptions.

Cette pratique, centrée sur « l'interprétation du discours culturel des patients⁷ » a surtout été explorée et développée dans le monde anglo-saxon. À Montréal, cette approche est exercée à l'Hôpital général de Montréal et à l'Hôpital général juif — Sir Mortimer B. Davis⁸ (cf. l'article de Noël qui décrit ces cliniques tout en s'interrogeant sur leur réponse aux communautés autochtones ; de même que l'article de Rousseau et al. qui décrit un programme d'expression théâtrale élaboré entre autres par l'équipe de Pédopsychiatrie transculturelle de l'hôpital de Montréal pour enfants). On peut toutefois la retrouver à certains endroits dans le monde francophone, en particulier dans deux centres de santé mentale : le Centre Françoise Minkowska⁹ à Paris et le Centre de santé mentale de Laeken à Bruxelles¹⁰.

Cette pratique nécessite de nombreux pré requis dont l'un, aussi partagé par le champ de l'intervention interculturelle, est celui du recours à un modèle systémique adapté à la culture (culture sensitive) selon les termes de Bibeau et al. (1992) (Sylvaine de Plaen dans ce numéro propose

le terme de pédopsychiatrie culturellement sensible vu son travail dans ce milieu. Elle décrit dans son article comment peut fonctionner une équipe qui s'inspire de ce concept). Comment implanter un tel système ? La solution généralement prônée est l'amélioration de la « compétence culturelle », qui peut s'appliquer autant aux intervenants qu'à l'organisation des services eux-mêmes. Qu'en est-il pour les intervenants ?

Précisons d'abord que la compétence culturelle n'est pas une compétence « isolée des autres compétences et modes de communication du champ social¹¹ ». Elle sous-tend la présence des capacités de relation d'aide, d'écoute, d'empathie, etc., qualités qui se retrouvent généralement chez tout intervenant de la relation d'aide. Comment la définir ?

Anne Flye Sainte Marie¹² définit la compétence interculturelle « comme cette capacité qui permet à la fois de savoir analyser et comprendre les situations de contact entre personnes et entre groupes porteurs de cultures différentes, et de savoir gérer ces situations. Il s'agit de la capacité à prendre une distance suffisante par rapport à la situation de confrontation culturelle dans laquelle on est impliqué, pour être à même de repérer et de lire ce qui s'y joue comme processus, pour être capable de maîtriser ces processus ».

Dans le monde anglo-saxon, la définition la plus souvent citée est celle de Campinha-Bacote¹³, pour qui la compétence culturelle « est le processus par lequel les dispensateurs de soins s'efforcent d'atteindre continuellement les habiletés pour pouvoir travailler avec efficacité dans le contexte culturel d'un client, d'un individu, d'une famille et d'une communauté ».

À partir de cette définition, l'auteure élabore un modèle « The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services » qui repose sur cinq concepts : conscience culturelle (cultural awareness) et savoir culturel (cultural knowledge), rencontres culturelles (cultural encounters), habiletés culturelles (cultural skill) et désir culturel (cultural desire). Le processus de la compétence se situe à l'intersection des cinq concepts. À mesure que l'espace de l'intersection des concepts devient plus large, les dispensateurs de soins internalisent plus profondément les concepts sur lesquels la compétence culturelle est basée. Ce modèle reflète donc la dynamique du processus menant à la compétence culturelle.

Sans trop s'attarder sur ce modèle, puisque le dossier actuel s'inspire surtout de la deuxième approche sous-jacente à l'ethnopsychiatrie, soit l'ethnopsychanalyse, il nous apparaît tout de même important de définir les cinq concepts du modèle qu'en donne Campinha-Bacote afin

d'en saisir la richesse et la complexité: 1) la « conscience culturelle », désigne le processus par lequel un intervenant en vient à respecter, à apprécier et à être sensible aux valeurs, aux croyances, aux façons de vivre, aux pratiques et aux stratégies culturelles de résolution des problèmes d'une personne; 2) le « savoir culturel », est la compréhension de la vision du monde des autres cultures, alors que 3) les « rencontres culturelles », désignent le processus qui incite l'intervenant à s'engager directement dans des interactions interculturelles avec des clients d'origines culturelles différentes; 4) les « habiletés culturelles », permettent de recueillir des données culturelles pertinentes sur l'histoire de la santé du patient et de son problème en vue d'une évaluation culturelle. 5) enfin, le « désir culturel », est la motivation à vouloir s'engager dans le processus de compétence culturelle.

L'ethnopsychanalyse

Deuxième courant de l'ethnopsychiatrie, l'ethnopsychanalyse considère la différence socioculturelle « comme le fondement même de l'ethnopsychiatrie, faisant de celle-ci, une science autonome, même si elle doit rester pluridisciplinaire¹⁴ ». Le fondateur de ce courant, décédé en 1985, est Georges Devereux. Actuellement, cette approche est représentée par deux chefs de file: Tobie Nathan¹⁵ et Marie-Rose Moro¹⁶ (cf. l'article de Ferradji et al. dans le dossier « Impasse dans le traitement... » qui décrit une intervention auprès d'une famille d'Afrique du Nord). Son postulat de base est le suivant: « Les identifications successives qui ont formé un sujet ne se font qu'en intériorisant des modèles culturels imposés par la société. Le sujet, dans la mesure où il se socialise « participe forcément au modèle culturel dans lequel il s'exprime¹⁷. »

La psychiatrie transculturelle et l'ethnopsychanalyse s'opposent tout en se rejoignant lorsque les rapports du psychisme au culturel sont envisagés. L'enjeu auquel se confrontent ces deux pratiques est celui du lien entre « une conception antisociologique de l'individu » ou « anti-psychologique du social ». Ce dilemme a été dépassé par Georges Devereux dans la notion de complémentarisme, qui « a montré que tout fait humain doit être rendu compréhensible par les deux approches, psychologique d'un côté, socioculturelle de l'autre, dans un complémentarisme qui n'est pas forcément simultané et qui n'a pas à tenir compte d'une succession particulière¹⁸ ».

Sous l'impulsion de Devereux et de Nathan, et par la suite de Moro, ce courant a connu un développement théorique et pratique soutenu dans le monde francophone, en particulier en France. Mentionnons le Centre Georges Devereux, sous la direction de Tobie Nathan, et la consultation

transculturelle de l'Hôpital Avicenne (Université Paris 13, Bobigny), sous la direction de M. R. Moro, situés tous deux à Paris. Cette pratique est même utilisée dans le milieu scolaire à Paris (cf. l'article de Duveillé dans le présent numéro). Au Québec, cette pratique est moins utilisée mais donne tout de même lieu à des expériences extrêmement riches. Mentionnons la clinique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon, initiée par Franz Raphaël¹⁹ en association avec Carlo Sterlin, qui est actuellement le pôle de référence²⁰ (cf. leurs articles dans le présent numéro). Carlo Sterlin présente ses réflexions critiques sur cette clinique et l'ethnopsychiatrie en général, alors que Franz Raphaël discute du phénomène des grossesses chez les jeunes filles d'origine haïtienne). À Québec, à l'Université Laval, on retrouve aussi un lieu de pratique sous la direction de Jean-Bernard Pocreau, psychologue²¹ (consulter son article dans le présent numéro qui présente le modèle du Service d'Aide Psychologique Spécialisée aux Immigrants et Réfugiés). Mentionnons dans le milieu pédiatrique «La clinique transculturelle à la clinique de psychiatre de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont» décrite dans le présent numéro par Pedneault et al.

Ce modèle d'intervention auprès des personnes migrantes accorde une place centrale à la culture des ces dernières. Il résulte de ce choix l'élaboration d'un modèle extrêmement riche, mais qui n'est pas exempt de vives controverses²² (consulter l'éditorial de Yolande Govindama dans le présent numéro pour une présentation de certains concepts de Devereux et de l'ébauche d'un nouveau débat en émergence entre ethnopsychiatrie et ethnopsychanalyse).

Malgré les critiques parfois acerbes qui mettent en garde contre les dérives possibles de ce modèle, il n'en demeure pas moins un modèle riche, tant au point de vue psychopathologique que culturel. Nous en présentons les principaux aspects pour comprendre comment cette intervention se déroule.

1. La Clinique transculturelle de l'hôpital Jean-Talon²³

La population souffrante, traitée dans une clinique psychiatrique transculturelle comme celle de Jean-Talon, peut provenir de tous les pays du monde et de toutes les ethnies possibles. Sans tenir compte d'une quelconque classification, voici, pour les quelques derniers mois, les pays ou régions d'où étaient originaires les familles présentées en consultation : Haïti, Bulgarie, Algérie, Liban, Portugal, Tunisie, Congo-Zaïre, Afrique du Sud, Sénégal, Sierra Leone, Rwanda, Vietnam, Salvador, Kabylie, Colombie, Afghanistan, Burundi, Chine, Nigeria... La personne souffrante est, obligatoirement, déjà prise en charge

individuellement, par un professionnel — le référent — qui, constatant le manque de progrès vers la guérison de son patient ou l'impasse du suivi, s'adresse à la clinique transculturelle Jean-Talon pour lui réclamer son aide. C'est l'échec des thérapies classiques à l'égard de populations immigrées en détresse psychologique qui a motivé un autre mode de réflexion et de pratique.

Aussi, en matière de santé mentale, la question est de savoir si un traitement identique peut être administré à un patient originaire de la société occidentale, c'est-à-dire ayant sensiblement les mêmes référents culturels que le soignant, et à un patient provenant d'une toute autre aire culturelle. La réponse est souvent négative. Il arrive fréquemment, en effet, que les protocoles de soins classiques, mis en place dans les services de santé du Québec, échouent lorsque le patient est un immigré qui a emporté avec lui ses traditions, ses croyances, ses rituels, sa manière de lire et de donner du sens au monde et, d'une manière générale, toutes les formes de pensée et d'agir qui correspondent à sa culture d'origine. Un problème identique se rencontre encore chez les enfants d'immigrés, même lorsqu'ils sont nés dans la société d'accueil. Ainsi, la psychiatrie occidentale a-t-elle dû se doter d'une sous-discipline qui adjoint l'anthropologie aux soins de la psyché.

Folk-psychiatry, Transcultural, Cross Cultural Psychiatry, Medical Anthropology, aux États-Unis ; ethnopsychiatrie, ethnopsychanalyse, psychiatrie comparée, clinique interculturelle ou transculturelle en France et au Québec ; telles sont, avec d'autres, les dénominations de cette forme de soins qui reconnaît la place de la culture dans la thérapie. La racine « trans », de transculturel, est entendue par certains comme ce qui « transcende » les cultures, et par d'autres comme ce qui se « transmet ». Dans tous les cas, il s'agit de dispositifs thérapeutiques spécifiques, conçus pour prendre en charge les populations migrantes dans leurs problèmes de santé mentale, en tenant compte de la dimension culturelle en jeu.

Il convient de préciser toutefois que, pour la psychanalyse, la culture n'est pas une nouveauté. Elle est présente chez Freud dès les débuts de la discipline, intimement liée à l'objet initial, à savoir l'inconscient. C'est parce que patient et soignant partagent en général les mêmes références que la dimension socioculturelle du psychisme est souvent négligée, voire méconnue. Mais la culture appartient autant au domaine de la psychanalyse que la psychanalyse à celui de l'anthropologie. À ce propos, Georges Devereux²⁴ distingue trois types de situation.

1. Celle où thérapeute et patient appartiennent à la même culture : c'est la *thérapie intraculturelle*.

2. Celle où thérapeute et patient ne partagent pas la même culture, mais où le thérapeute connaît bien la culture du patient et l'utilise dans la *thérapie interculturelle* (cross-cultural psychiatry).
3. Celle où thérapeute et patient ne partagent pas la même culture, où le thérapeute ne connaît pas la culture du patient, mais utilise, par la pratique du décentrage, le concept de culture dans l'établissement du diagnostic et dans la conduite de la *thérapie métaculturelle* (transcultural psychiatry).

Clinique transculturelle peut donc être entendue comme une appellation générique des formes de thérapies tenant compte de l'altérité culturelle du patient. En conséquence, une anthropologie psychanalytique se doit d'être fondée sur une double pratique : la psychanalyse par laquelle le patient entreprend la découverte de sa propre altérité psychique, et l'ethnologie, grâce à laquelle le thérapeute élabore la connaissance de l'altérité culturelle de sa propre société. L'anthropologie permet de décoder le cadre et le contenant psychique du conflit. La psychanalyse intervient sur la subjectivité du patient et sur l'expression de son conflit à travers son histoire²⁵. La clinique transculturelle est alors un espace de négociation entre des acteurs (patient, famille, thérapeutes, institutions québécoises...) dont les attentes, les représentations et les valeurs diffèrent.

À la clinique psychiatrique transculturelle Jean-Talon, on nomme « ethnopsychiatrie » le dispositif petit groupe et grand groupe, et, de manière générale, « clinique transculturelle » le fait de tenir compte de la dimension culturelle du problème du patient, que ce soit dans un tête à tête entre lui et le thérapeute ou dans un dispositif de groupe²⁶.

2. Raisons et problématiques de la consultation

La consultation en ethnopsychiatrie répond à des demandes du secteur de l'hôpital ou de l'extérieur lorsque les intervenants (désignés par des référents) estiment que les problèmes présentés ont des connotations culturelles ou religieuses importantes. Par exemple Ursula Streit²⁷ mentionne qu'à cause des facteurs culturels, l'aide traditionnelle apportée aux personnes immigrantes n'est pas suffisante comme celles qui se plaignent « de sorcellerie, d'envoûtement, de possession etc., donc de patients non occidentaux qui présentent une symptomatologie ayant un fort codage culturel ». L'intervention de la clinique est toutefois ponctuelle et ne se substitue pas à la prise en charge de la situation par le référent.

Plus spécifiquement les problématiques²⁸ qui font l'objet d'interventions ethnothérapeutiques sont en relation avec le a) parcours migratoire (conditions de vie et histoire personnelle et familiale avant le départ; le contexte socio-politique, les traumatismes vécus, et les conditions de départ et les motivations); b) avec les problématiques de la fonction culturelle car «la culture, toujours en évolution dynamique, permet de décoder, d'interpréter, d'anticiper et de donner un sens à notre vie et guider nos actions²⁹»; c) avec les problématiques mystiques et de croyances («De tout temps, les différentes cultures se sont données des univers de sens pour expliquer les grandes questions existentielles, comme la vie, la souffrance, la mort, l'au-delà, etc., incluant une capacité d'en appeler à une transcendance: Dieu, Jésus-Christ, Bouddha, Mahomet, Jéhovah, déesses et divinités etc.³⁰»

3. Fonctionnement de la consultation d'ethnopsychiatrie

La clinique de psychiatrie transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon a été mise sur pied en 1994, s'inspirant de la technique de consultation d'ethnopsychiatrie telle que pratiquée en France par Nathan³¹ et Moro³². Non pas que cette clinique soit la seule au Québec mais nous l'utilisons, dans le présent contexte, comme un prototype de cette approche relativement récente chez nous. La clinique compte deux équipes d'intervention constituée de cinq membres de la clinique externe de psychiatrie et 10 à 15 autres thérapeutes bénévoles d'institutions et organismes divers. Ces personnes sont soit médecins, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières psychiatriques ou art-thérapeutes. Elles ont aussi des appartenances culturelles diverses: actuellement, les cultures québécoise, péruvienne, marocaine, algérienne, tunisienne, haïtienne, égyptienne, congolaise, chilienne, irakienne, libanaise y sont représentées. Ce qui caractérise ces personnes, c'est qu'elles sont intéressées à la communication entre les cultures, à la psychopathologie transculturelle et à la santé mentale des migrants, et qu'elles ont été formées à l'approche ethnopsychiatrique.

3.1 Le groupe comme dispositif

Selon Nathan (1991), l'approche groupale est essentielle à cause de la «conception de la personne et du fonctionnement des systèmes étiologiques traditionnels qui exigent un dispositif groupal, car ces systèmes qui comportent une médiation entre des univers (par exemple, ordinaire et extraordinaire) ne peuvent fonctionner dans une situation duelle³³» (ou de face à face). De plus, le groupe permet l'abord de diverses perspectives culturelles à cause de la diversité d'origine des thérapeutes s'y trouvant. Il s'en suit que «L'éthique de la confidentialité

devient l'éthique du témoin (du visage de l'autre), les choses sont dites devant *témoins* (visibles et invisibles dont l'ancêtre est souvent le premier évoqué de ces invisibles), ce qui amène détente et appui, appui du retour à la culture d'origine, base de l'*humanité* de la personne. Le patient migrant est alors arraché à l'universalité et placé dans ses appartenances, ce qui le rend profondément humain³⁴».

Dans les sociétés traditionnelles, la maladie est un événement qui ne concerne pas que le sujet souffrant, mais l'ensemble de son entourage (famille, groupe social, monde invisible). Le malade est un intermédiaire entre les humains et les autres. Aussi la maladie est-elle soignée par le groupe social ou par une communauté thérapeutique. Le groupe effectue une médiation entre les univers ordinaire et extraordinaire, médiation qui peut rarement être réalisée en situation duelle, c'est pourquoi l'ethnopsychiatrie s'est positionnée pour un dispositif de groupe. La rencontre duelle est inhabituelle dans les sociétés traditionnelles et peut être ressentie comme menaçante pour le patient, car si le thérapeute individuel détient la clé de la maladie c'est qu'il est aussi capable de la transmettre, d'effectuer de la sorcellerie, par exemple. La présence d'un groupe permet de contourner cette réticence et permet à la thérapie de ressembler davantage à celles qui sont connues des patients (pour l'Afrique, le Maghreb, Haïti, par exemple).

Selon Nathan (1991) le groupe assure les fonctions d'étayage grâce au recours à la langue maternelle et aux étiologies traditionnelles ; de médiation entre les thérapies traditionnelles principalement en groupe et la thérapie psychanalytique, et de la relation entre le patient et le thérapeute principal grâce aux co-thérapeutes³⁵.

Il y a deux types de groupes : le grand groupe (entre 8 et 12 thérapeutes) et le petit groupe (environ 4 à 6 thérapeutes). Le petit groupe autorise un cadre moins rigide qu'un grand groupe. Marie-Rose Moro parle de dispositif souple à géométrie variable (Moro, 1998, p. 102). Le petit groupe est constitué en fonction de la représentation culturelle de la famille. Pour certaines aires comme l'Extrême-Orient, un groupe trop important peut être considéré comme une menace. Le petit groupe est le dispositif décidé en consultation, lorsque le référent présente le cas clinique à l'équipe de soins qui pressent une trop grande fragilité vis-à-vis d'un grand groupe.

3.2 *Déroulement de la consultation*

Les thérapeutes font cercle avec le patient et les personnes qui l'accompagnent (famille, amis, référent, parfois un membre de son réseau). Un interprète ou, plus rarement, un des co-thérapeutes traduit

les paroles dans les deux langues en présence, si bien que pour une thérapie grand groupe, il est fréquent de retrouver entre quinze et vingt personnes dans la même pièce.

On réunit des thérapeutes d'âges et de sexes différents, provenant d'aires culturelles variées, pratiquant plusieurs langues et exerçant des métiers aux spécialités diverses telles que la psychiatrie, la psychanalyse, l'anthropologie, la médecine, la criminologie, le travail social, etc. La présence de références multiples d'altérité culturelle sert en quelque sorte à « porter » le patient.

Dans ce cadre, une relation thérapeutique entre les différents participants peut se mettre en place. La thérapie collective est un compromis entre les dispositifs traditionnels en vigueur dans la société d'origine du patient et ceux de la société d'accueil.

Quel que soit le symptôme ou l'âge du patient, son entourage est invité à participer à la thérapie. Il arrive que le patient ne soit qu'un porte-symptôme d'un problème familial. La plupart du temps, la famille contient, au moins, une partie du sens de la maladie. Dans tous les cas, une compréhension collective du désordre du patient souffrant est un gage de réussite pour une adaptation de tous les membres de la famille.

La séance débute par la présentation de chacun des participants, thérapeutes, membres de la famille et de l'entourage, référent, interprète. Chacun décline sa profession et son origine culturelle. Ceci étant posé, le thérapeute principal explique les éléments du cadre (parole qui passe toujours par lui, confidentialité, professionnalisme des thérapeutes, possibilité de parler dans la langue maternelle puisque présence d'un traducteur), puis s'informe auprès du référent et de la famille sur ce qui les amène en thérapie. Cela constitue le préalable de la première rencontre. Cette demande se renouvelle partiellement à chaque séance dans la mesure où le thérapeute principal commence toujours par s'informer des événements vécus depuis la dernière rencontre.

Lors des premières séances, de nombreuses questions sont posées par le thérapeute principal sur les antécédents migratoires (histoire personnelle, circonstances de la migration, ses motifs, etc) et sur le système d'appartenance de la personne (comment on l'a nommé, sa culture, ses croyances, le système de parenté). Ces questions permettent à la personne d'en arriver à présenter son problème, ses explications et stratégies de résolution qu'elles auraient utilisés si elle était restée dans son pays. « L'accent est donc mis dans un premier temps sur l'histoire culturelle de la personne et de sa famille pour éventuellement appréhender et établir des liens avec la dimension psychique³⁶ ».

On tente ainsi d'élaborer un sens culturel de la maladie, après quoi le matériel individuel est traité grâce à la psychanalyse, mais avec des retours réguliers sur le culturel. Jamais la logique culturelle n'est interprétée en termes psychanalytiques. Ce cadre clinique permet une grande variété de paroles et de mondes possibles ; la rencontre duelle est remplacée par la diversité des théories et des expériences culturelles vécues.

Au cours des entretiens, de nombreuses théories étiologiques de nature culturelle, psychodynamique, systémique, etc. seront énoncées en vue d'expliquer le problème (consulter l'article de Duvillier pour une description des grands systèmes de thérapie rencontrés parmi les populations immigrantes qui consultent). Cette énonciation est nommée bombardement sémantique qui « a pour fonction de favoriser les associations chez le patient et d'ouvrir une nouvelle réorganisation des représentations du patient. Les étiologies traditionnelles et culturelles seront favorisées dans un premier temps, particulièrement avec les patients provenant de cultures non occidentales pour leur permettre de dérouler leurs associations d'idées à partir d'un univers familier et accessible... L'interprétation sera donc de nature culturelle et l'interprétation psychanalytique ne sera donnée que s'il existe un relais culturel qui le permet i.e. un cadre sur lequel la famille et les thérapeutes vont pouvoir co-construire un sens autour du récit, un sens culturel qui permettra ultérieurement l'énoncé d'un sens individuel donnant accès au monde interne du sujet³⁷. »

Parfois, à la fin d'une séance, une prescription est faite par le thérapeute principal « (en ethnopsychiatrie, elle consiste en une des recommandations thérapeutiques faites par le thérapeute principal. Elle permet d'établir de nouvelles interactions entre l'individu et les membres de sa famille. Il peut ainsi être question de ramener un objet qui servira à faire la transition, à établir des liens entre les personnes, les lieux et qui pourra faire émerger certains souvenirs précis se rapportant à la difficulté vécue), ou une proposition thérapeutique pourra être donnée à la personne et à sa famille à partir de la problématique culturelle élaborée et des façons traditionnelles d'y remédier. La prescription peut prendre la forme d'un rituel, d'une cérémonie, d'un rite ou encore d'une activité favorisant l'ancrage dans la culture d'origine, favorisant l'affiliation à la culture des deux parents ou d'un en particulier. La prescription peut avoir effet d'interprétation en proposant une activité de type traditionnel dans un contexte moderne, suggérant ainsi la coexistence des deux mondes et la possibilité d'éventuellement les réunir³⁸. »

Quand la famille, le référent et les traducteurs se sont retirés de la pièce, les co-thérapeutes et le thérapeute principal consacrent un temps indispensable à l'analyse du contre-transfert affectif et culturel. C'est grâce à cette phase de la thérapie que les thérapeutes pourront être efficaces dans leur travail clinique lors de la rencontre suivante. Entre deux séances, espacées d'environ quatre à six semaines, le référent possède de nouveaux éléments pour continuer son travail avec le patient.

4. Référent

L'ethnopsychiatrie constitue une « sur-spécialité » dans le système de soins en santé mentale du Québec. À la clinique transculturelle Jean-Talon (ce qui peut être différent dans d'autres établissements), l'ethnopsychiatrie est située en troisième ligne de soins. Le patient et sa famille ne sont jamais pris en charge directement, sans la présence et l'intervention du référent.

Le référent est le professionnel (psychiatre, psychanalyste, travailleur social, criminologue, médecin) qui, appliquant son protocole de soin standard avec le patient en question, bute sur des difficultés et voit son travail piétiner. Soupçonnant qu'il y a dans le cas traité une note culturelle qui lui échappe, il fait une demande de consultation à la clinique transculturelle Jean-Talon.

Le référent est alors invité à se présenter, seul, pour présenter le cas clinique de son patient à une équipe de thérapeutes. C'est ce qui est nommé « consultation ». Il dispose d'une vingtaine de minutes pour expliquer ce qui l'amène. Suivent dix minutes de questions d'éclaircissements de la part des thérapeutes. Une discussion s'engage ensuite qui propose certaines interprétations. Enfin, l'équipe de thérapeutes décide si le cas présente une note culturelle qui justifierait l'intervention de la clinique transculturelle Jean-Talon, et elle fait, enfin, quelques recommandations au référent, puisque celui-ci continue à voir le patient régulièrement, à raison de une ou deux fois par semaine. S'il est convenu d'une prise en charge, le patient est invité à se présenter avec sa famille et parfois d'autres personnes de son entourage, accompagné du référent qui participera à chaque séance de thérapie ethnopsychiatrique de groupe.

5. Thérapeute principal et co-thérapeutes

Le groupe, grand ou petit, est constitué d'un thérapeute principal et de co-thérapeutes. Les deux ont une position différente (cf. l'article de Duvillier pour un tableau récapitulatif des divers rôles selon les membres de l'équipe). Le thérapeute principal mène la séance, s'adresse

aux membres de la famille, au traducteur, au référent et à ses co-thérapeutes, directement. Tous les autres participants à la thérapie passent de façon unique et égale par lui. Aussi, toutes les paroles convergent-elles et repartent-elles sur et à partir du thérapeute principal. C'est lui qui dirige la séance, accueille la famille et lui énonce les éléments du cadre ; c'est lui encore qui mène la thérapie, annonce la fin de la séance et donne un prochain rendez-vous. Au cours de la séance, il se réserve le droit d'interroger l'un ou l'autre de ses co-thérapeutes et d'utiliser ou non la parole émise en fonction de la manière dont il mène la thérapie.

Le thérapeute principal possède trois tâches de base simultanées. Tout d'abord, porter toute son attention au récit élaboré par le patient et sa famille, et n'en jamais perdre le fil ; ensuite, avoir en tête que chacun des co-thérapeutes a en lui sa propre résonance à ce qui se dit ; enfin, considérer le fonctionnement dynamique d'une famille comme différent de celui d'un seul individu³⁹.

Un co-thérapeute ne s'exprime que s'il a été sollicité par le thérapeute principal ou après lui avoir demandé la parole. Il ne s'adresse jamais directement à la famille mais passe — comme les autres participants — par le thérapeute principal en le regardant et en disant à quoi ce qui vient d'être dit lui fait penser.

Comme l'analyste en psychanalyse, le co-thérapeute doit éviter toute idée préconçue et respecter la culture de l'autre. Il se met dans une condition de neutralité bienveillante et d'attention flottante. Il ne fait aucune interprétation mais associe à partir de son propre inconscient. Le patient n'est pas celui dont on interprète la souffrance : il est plutôt un informateur sur sa propre culture qui discute les observations des thérapeutes, évalue ou ne fait, apparemment, pas cas de leurs hypothèses, entre dans un débat contradictoire, entend les différents ressentis des thérapeutes et s'approprie ce qui fait sens pour lui. Dans les cultures traditionnelles, on préfère souvent une manière indirecte de s'exprimer, d'où le grand usage des proverbes auxquels ont recours les co-thérapeutes pour engager la négociation avec le patient. Les co-thérapeutes s'expriment également sur ce qui se dirait à propos de la maladie ou de l'histoire du patient dans leurs propres sociétés.

Par leur multiplicité culturelle, les co-thérapeutes offrent au patient des représentations multiples et non une vision unique qui serait seulement celle de la société d'accueil dans laquelle l'ensemble des participants vit. Chacun peut entendre ainsi que l'identité est multiple. Ils établissent des ponts entre un univers culturel et un autre, entre une situation et une autre, entre un passé et un présent.

En fin de séance, il arrive que le thérapeute principal fasse une proposition thérapeutique à la famille ou propose un mode de fonctionnement particulier pour la séance suivante comme nous avons vu précédemment.

6. Traducteur, interprète, médiateur

Une langue est un objet vivant qui est créé par un groupe d'individus mais qui, simultanément, façonne les individus de ce groupe. En effet, toute nouvelle expression, prononciation, règle de syntaxe de la langue, issue de n'importe quel individu, est susceptible d'être adoptée par le groupe. Il va de soi que, réciproquement, la langue structure l'individu, lui fournit les manières d'être et de penser pour pouvoir vivre dans sa société ; elle est aussi une contrainte dans la mesure où le sujet n'a pas le choix de sa langue.

Une langue n'est pas seulement un mode de communication. C'est un ensemble de représentations, de symboles, de rituels. Le discours contient des valeurs traditionnelles, des notions de temps et d'espace, des systèmes de compréhension et d'interprétation du monde. Il articule l'expérience sensible et renferme tous les éléments culturels qui permettent de construire un sens.

Parfois, la langue maternelle demeure présente dans la famille car, même dans un bain linguistique autre, elle est la mieux maîtrisée sinon la seule pratiquée. Dans tous les cas, la langue constitue un retour à l'origine, à une certaine cohérence du sujet, désormais loin de son pays.

Le *traducteur ou interprète* a pour charge de traduire à la lettre les propos du patient, des personnes qui l'accompagnent et des thérapeutes. La traduction se fait dans les deux sens. Le traducteur se place à côté du patient de manière à ce que celui-ci soit porté à regarder le thérapeute principal. Si le patient captait exclusivement le regard du traducteur, il parlerait avec moins de spontanéité, cherchant essentiellement à rectifier la traduction.

Le traducteur est invité à repérer, dans les paroles du patient, le mot prononcé, susceptible de comporter une forte charge polysémique. Le thérapeute principal lui demande alors de décrire dans quels contextes et circonstances le mot en question se dit dans la société du patient.

Notons que lorsque la langue est traduite, l'interprétation psychanalytique perd de sa profondeur. En effet, la compréhension littérale prime sur le lapsus et tous les arrangements signifiants pour le psychanalyste. Mais d'un autre côté, une discussion fructueuse est susceptible

de s'instaurer à propos de la langue, de la signification de tel proverbe, de la nuance de telle expression. Cette discussion a aussi une vertu thérapeutique. À un co-thérapeute qui intervient en ajoutant ce qu'on dirait à propos de telle expression dans sa propre culture, répond un membre de la famille qui apporte une précision en expliquant que les choses sont un peu différentes chez lui. Le traducteur peut alors confirmer les dires du patient en se faisant médiateur culturel. Les différentes hypothèses sont débattues, confrontées les unes aux autres, argumentées, illustrées, etc. Elles entraînent l'évocation de souvenirs, d'associations d'idées, d'élaborations. Le discours se déroule, la négociation se précise. Dans cette discussion, ce partage, il ne s'agit pas d'opposer les mondes, mais de tirer bénéfice les uns des autres.

Dans la mesure où l'altérité culturelle du patient est une donnée acceptée et intégrée dans la thérapie, elle entraîne la pratique possible de sa langue maternelle par la présence d'un interprète ou de co-thérapeutes connaissant cette même langue. Le patient aura ainsi le choix de la langue. Il pourra ne parler que par l'intermédiaire du traducteur ou préférer aussi s'exprimer dans la langue d'accueil, celle partagée par les thérapeutes, ou encore alterner de l'une à l'autre. Il sera actif dans la thérapie au lieu de subir une langue qu'il ne maîtrise pas ou qui, dans tous les cas, n'est jamais exactement celle de sa situation d'origine. Ce dispositif qui se soucie du fait que le patient puisse recourir à sa langue maternelle constitue un signe de reconnaissance de son histoire qui a débuté avant sa présence dans la société d'accueil.

Les événements vécus, les émotions seront souvent plus faciles à exprimer dans la langue de naissance, celle des premières émotions et expériences, celle de l'intimité. La présence des deux langues, maternelle et d'usage actuel, constitue également un pont possible entre les deux cultures, ainsi le patient est-il accompagné, soutenu, dans son processus d'apprentissage de la culture d'accueil. Sans ce dispositif de traduction, l'incompréhension et les malentendus s'ajouteraient à la souffrance du migrant ; la traduction matérialise un espace intermédiaire entre les deux cultures.

Le *médiateur* a un rôle de protecteur du patient par rapport au groupe de thérapeutes. Il est la référence en matière culturelle. Puisqu'il connaît les deux cultures, celle du patient et celle de la société d'accueil, il est dans cette position médiane qui lui permet de se faire l'interprète des éléments culturels que le groupe de thérapeutes ne peut pas comprendre.

Conformément à la théorie d'espace intermédiaire édictée par Winnicott, il s'agit de créer une zone commune entre patient et

thérapeutes qui n'est ni la société d'origine ni le pays d'accueil⁴⁰. C'est un contenant qui constitue un espace en dehors de ce qui fait conflit, un lieu où peut être déposé et travaillé le désordre qui amène le patient. Parce que l'espace unit tout le monde, qu'il est un pont, une interface entre deux cultures, il permet d'élaborer sur ce qui se heurte dans le conflit, du point de vue de l'appartenance du patient et de celui de son histoire personnelle.

7. Finalité de la clinique transculturelle

La finalité de la clinique transculturelle est double :

1. apporter un soulagement, voire une guérison aux patients pris en charge ;
2. améliorer sans cesse le dispositif par un travail de recherche et de questionnement.

En quoi consiste la guérison ? Elle revient, pour le patient, à la liquidation de toute résistance, en vue de la disparition des symptômes et d'une adaptation sociale. Elle mènerait à une normalisation de la vie sexuelle, à une capacité de s'insérer dans la vie sociale et à une reconnaissance par le sujet de sa vérité historique.

Le dispositif de groupe a pour objet de permettre au patient de s'ouvrir à sa parole et de se laisser appréhender dans sa vérité historique. Lorsque le patient parle de lui comme s'il parlait d'un autre c'est qu'il laisse libre cours à ses mécanismes de défense.

Le mieux-être des patients a été attribué au « transfert » par Géza Roheim, à la « suggestion » par Sigmund Freud, à « l'efficacité symbolique » par Claude Lévi-Strauss, à un « effet palliatif » par George Devereux, à « l'effet placebo » ou à la « réorganisation sociale ». Tobie Nathan regrette l'usage de ces concepts « occidentaux » qui permettraient de rejeter les explications culturelles⁴¹.

L'objectif du thérapeute de la clinique transculturelle est d'entrer en relation avec le patient qui n'appartient pas à la même culture que lui, de prendre en compte les variables culturelles dans une approche thérapeutique, et d'utiliser, à des fins thérapeutiques, l'articulation entre le « dedans » du patient (son psychisme, son histoire personnelle) et le « dehors » (sa culture).

Mais la finalité de la clinique dépend de la souffrance et du conflit de chacun. D'une manière générale, les thérapeutes aident le patient à construire les sens culturels du désordre attachés à ses sens individuels. Il s'agit de réduire l'élément de choc provoqué par l'absence

d'enveloppe culturelle en arrivant à donner un sens au désordre, d'entamer une perspective de métissage pour le patient qui, sans renoncer à son appartenance culturelle originale, ira vers son inscription dans la société d'accueil.

Il n'y a pas de visée d'adaptation à priori. Il s'agit plutôt de construire avec la famille un chemin qui permettra à ses membres de poursuivre leurs projets de vie, d'engager le patient et son entourage sur des rails qui autorisent une conciliation entre leur culture d'origine et la culture de la société d'accueil.

Pour toute une série de facteurs qu'il énonce, l'analyse de l'efficacité de la cure est considérée comme difficile par Tobie Nathan (Nathan, 1993). Mais comme toute technique et théorie, la recherche permanente, le retour sur les pratiques, la formation, les divers questionnements sont les gages d'un progrès dans les actions menées auprès des patients. Même si certains paramètres sont désormais admis par l'ensemble de la communauté thérapeutique, l'ethnopsychiatrie reste une discipline en recherche et en construction.

Notes

1. [http://www.teluq.quebec.ca/smq/pour consulter les articles intégraux de ces numéros.](http://www.teluq.quebec.ca/smq/pour_consulter_les_articles_integraux_de_ces_numeros)
2. http://www.teluq.quebec.ca/sed/xml/sabplXml.php?p_no_url=1&p_etb_code=TELUQ&p_cycle_inf=1&p_cycle_sup=3&p_prg_code=3578&p_herit=ETU&p_ref_xslt=siteweb/etudes/xml/info_prg_xsl
3. Ce dossier sera suivi au printemps 2007 par d'autres articles que nous n'avons pu publier faute de temps.
4. Pourquoi une telle question ? Une brève analyse des dénominations des cliniques québécoises montre qu'en général elles se réclament du vocable transculturel qui renvoie à un champ spécifique d'intervention. Mais lorsque nous analysons les postulats, principes et modalités d'intervention dont se réclament ces cliniques, on s'aperçoit qu'elles sont parfois celles d'un autre champ d'intervention, l'ethnopsychiatrie. Une confusion conceptuelle peut s'ensuivre. Pour cette raison, nous avons choisi pour cette présentation de catégoriser les termes afin d'en dégager une définition permettant de mettre en évidence les ressemblances et différences, mais tout en sachant que dans les faits les interventions peuvent recourir concurremment aux principes et aux modalités du champ transculturel et de l'ethnopsychiatrie.
5. *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, 1998, p. 219.

6. Ces questions ont été formulées par Henri Ellenberger, psychiatre d'origine suisse décédé en 1993, Ce dernier a enseigné à l'Université de Montréal durant la deuxième moitié de sa longue carrière. Il a écrit entre autres *À la découverte de l'inconscient: histoire de la psychiatrie dynamique*, Simep, Villeurbanne, 1974. Les questions sont les suivantes : « les maladies mentales sont-elles toutes les mêmes d'un pays à l'autre, ou sont-elles le résultat d'une culture particulière ? La notion de maladie mentale est-elle universelle ou spécifique de certaines cultures particulières ? Si elle est universelle, la maladie mentale se manifeste-t-elle par des signes et une évolution spécifiques à un milieu socioculturel ou ethnique déterminé ? » (*Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, 1998, p. 220).
7. Bibeau et al., *La santé mentale et ses visages*, Boucherville, Gaëtan Morin, 1992, p. 257.
8. www.mcgill.ca/ccs/report/final/jgh/
9. <http://www.minkowska.com/>
10. Snacken, J., 1991, Guide pour la pratique dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire in Leman, J. et Gailly, A., *Thérapies interculturelles*, De Boeck, Université, Bruxelles.
11. Marc Thomas dans son mémoire de DESS en psychologie (2000), www.mediation-interculturelle.com/
12. 1997, La compétence interculturelle dans le domaine de l'intervention éducative et sociale, *Les Cahiers de l'Actif*, 250/251, 53-62.
13. Josepha Campinha-Bacote, *Model of Practice to Address Cultural Competence in Rehabilitation Nursing*: www.rehabnurse.org/ce/010201/010201_a.htm; 2002, *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Culturally Competent Model of Care*, www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm; 2001, *A Model of Practice to Address Cultural Competence in Rehabilitation Nursing*, www.rehabnurse.org/ce/010201/010201_a.htm
14. *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, 1998, p. 219.
15. Voir l'entrevue de Tobie Nathan dans *Filigrane*, n° 5, automne 1996, 72-94.
16. Pour visionner une conférence sur le parcours de Marie-Rose Moro, et une description de son modèle d'intervention, prière de consulter le site suivant : <http://rsmq.cam.org/smq/document/SiteBOA.htm>
17. *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, 1998, p. 220.

18. *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, 1998, p. 220.
19. Ce dernier dirige une clinique transculturelle au CLSC St-Michel
20. www.hopitaljean-talon.qc.ca/1_0/prix.htm
21. www.psy.ulaval.ca/~sapsir/
22. pro.wanadoo.fr/tansen/bioethics/bioethics.htm#biases et *l'homme*. revues.org/document14.html.
23. La clinique transculturelle de l'hôpital Jean-Talon s'inspire de la pratique ethnopsychanalytique. Mais son initiateur voulait en faire une clinique dépassant cette approche comme nous le montre son article dans le présent numéro.
24. Devereux, G., 1978, L'ethnopsychiatrie, *Ethnopsychiatrica*, I (1), 7-13.
25. Moro, 1998.
26. En cela, nous suivons la ligne directrice du *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique* de Jacques Postel pour qui, « ethnopsychiatrie » est le terme générique recouvrant la psychiatrie comparée (J. L. Kirmayer) et l'ethnopsychanalyse (T. Nathan).
27. 1996, Les migrants : Adaptation de la théorie psychanalytique dans un contexte interculturel, dans Doucet, P. et Reid, W. *La psychothérapie psychanalytique*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 390.
28. Raphaël, F., 2002, Sésame « ouvre-toi », CLSC Saint-Michel, p. 42.
29. *Ibid.*, p. 43-44.
30. *Ibid.*, p. 44-46.
31. T. Nathan, 1986, *La folie des autres : traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod ; 1988, *Le sperme du diable : éléments d'ethnopsychiatrie*, Paris, Presses universitaires de France ; 1994, L'influence qui guérit, Paris, Odile Jacob.
32. M. R. Moro, 1992, Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie, *Santé mentale au Québec*, XVII (2), 71-98.
33. U. Streit, 1996, *Les migrants : Adaptation de la théorie psychanalytique dans un contexte interculturel*, in Doucet, P. et Reid, W., *La psychothérapie psychanalytique*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 388.
34. Pierzo, M.E., Legault, G., 2000, L'interface ethnopsychiatrie-intervention sociale in Legault, G., ed., *L'intervention interculturelle*, Gaëtan Morin, Boucherville, 286-287.

35. *Ibid.*
36. T. Nathan, 1986, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris.
37. M. R. Moro, cité dans L. Corbeil, 1997, La consultation d'ethnopsychiatrie : une pratique de la différence, *Intervention* (105), 52.
38. L. Corbeil, 1997, La consultation d'ethnopsychiatrie : une pratique de la différence, *Intervention* (105), 53.
39. S. Arpin, 1998, La tâche du thérapeute principal. L'image du chef d'orchestre, Conférence donnée à la clinique transculturelle Jean-Talon.
40. T. Nathan, 1986, *La folie des autres*, Paris, Dunod.
41. T. Nathan, 2000, www.ethnopsychiatrie.net/general/speci_ethno.htm

ABSTRACT

Introduction : Ethnopsychiatry

This introduction is a literature review of the two major models of intervention in ethnopsychiatry: transcultural psychiatry and ethno-psychoanalysis. After distinction of these two approaches, the authors describe cultural competence considered as the central concept of transcultural psychiatry, followed by a description of the major parameters of ethno-psychoanalytic intervention: foundations, problems related to consultation, operation, role of professionals who refer, principal therapist and co-therapists, translator and finality of this approach.

RESUMEN

Presentación: La etnopsiquiatría

Esta presentación es una revisión de la literatura de los dos principales modelos de intervención en etnopsiquiatría: la psiquiatría transcultural y el etnopsicoanálisis. Después de haber distinguido conceptualmente estos dos enfoques, la presentación describe el concepto central de la psiquiatría transcultural, que es la competencia cultural. En seguida, describe los parámetros principales de la intervención etnopsicoanalítica: los fundamentos, los problemas de consulta, el funcionamiento, el rol del referente, del terapeuta principal y de los coterapeutas, del traductor y del mediador, así como la finalidad de este enfoque.

RESUMO

Apresentação: a etnopsiquiatria

Esta apresentação é uma visão geral da literatura sobre os dois principais modelos de intervenção em etnopsiquiatria: a psiquiatria transcultural e a etnopsicanálise. Depois de distinguir conceitualmente estas duas abordagens, a apresentação descreve o conceito central na psiquiatria transcultural, que é a competência cultural. Em seguida, ela descreve os principais parâmetros da intervenção etnopsicanalítica: fundamentos, problemáticas de consulta, funcionamento, papel do referente, do terapeuta principal e dos co-terapeutas, do tradutor e do mediador, e a finalidade desta abordagem.