

Psychologie et migration : orientations dans le domaine de la santé mentale

Altay Manço

La psychologie a beaucoup à apporter à notre compréhension des migrants et de l'immigration (Berry, 2001) : elle est enracinée dans deux contextes fondamentaux et conduit résolument vers une intervention pratique. Le premier de ces contextes, le *processus permanent d'acculturation* découle de l'anthropologie et nourrit la psychologie transculturelle (Berry, 1990 ; Liebkind, 2000 ; Ward, 1996). Le second, les *rappports sociaux entre individus ou groupes*, découle de la sociologie et alimente la psychologie sociale (Brewer et Brown, 1998 ; Brown et Gaertner, 2001). Ces domaines sont concernés par des questions essentielles qui se posent indubitablement aux migrants : le maintien des caractéristiques du « groupe d'origine », d'une part, et le contact avec la « société d'accueil », d'autre part. À l'intersection de ces questions se situe *l'espace d'interculturalité*, où les membres des entités précitées (de l'une ou de l'autre, ou encore des deux à la fois) interagissent réellement ou virtuellement (Aboud et Levy, 1999 ; Berry et Kalin, 2000). Ils y développent des frontières visibles ou invisibles, physiques ou mentales, mais aussi des liens et des brassages annonciateurs de nouvelles « cultures » synthétiques (Barth, 1998). C'est dans cet « entre-deux » culturellement hétérogène et socialement hiérarchisé qu'intervient l'éducateur, le thérapeute, bref l'acteur social dans l'acception la plus large possible. Notre objectif, dans cette analyse, est de développer un cadre conceptuel pour comprendre la « psychologie de l'immigration », de façon à servir l'action des praticiens auprès des populations concernées. Notre réflexion puise son inspiration dans l'accompagnement par l'Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations de cinq équipes de santé mentale en Région wallonne¹.

Selon Berry (2001), l'objet principal de la psychologie transculturelle est l'acculturation. Cette dernière englobe, tant au niveau des individus que des groupes, les phénomènes identitaires d'adaptation, de participation sociale, de changement d'attitudes et de comportements, au gré des contacts de cultures ou, au contraire, les crispations et les actes de conservatisme face à l'expérience de la diversité socioculturelle. Quant à la psychologie des relations intergroupes, elle s'intéresse à la catégorisation, aux stéréotypes, aux préjugés, à la discrimination et aux comportements de domination et d'exclusion comme le racisme et la xénophobie. Elle peut comprendre l'étude des idéologies plus ou moins ouvertes

¹ « Tabane », Liège (2009-2016) ; « Espace 28 », Verviers (2012-2013) ; « Sémaphore », Relais laïque de Mons (2013-2015) ; « Couleur Café », Malmedy (2014-2016) ; Service de Santé Mentale de Verviers (2015-2016).

face à la multiculturalité. La finalité des deux approches est d'appuyer les applications politiques et pratiques visant, d'une part, le domaine de la cohésion sociale et de l'intégration, ainsi que de l'accessibilité culturelle des structures du pays d'accueil, et d'autre part, les actions contre le stress et les conflits, sociaux ou personnels, occasionnés par les processus acculturatifs.

Le champ de la santé mentale est traversé par ces deux préoccupations de terrain à la fois : soulager et dépasser les effets du stress acculturatif et adaptatif, ou permettre au plus grand nombre un développement identitaire inclusif et positif, mais également chercher à ajuster les offres et les dispositifs à la diversité évolutive des publics. Prenons le cas de la recherche et des développements en matière de *clinique en psychologie interculturelle* (Schurmans, 1994). Les initiatives les plus originales parmi ces pratiques apparaissent comme étant liées aux dimensions « réfugiés », « traumatismes de guerre », « genre » et « croyances comme facteurs de reliance et de résilience ». Le bilan de ces pratiques¹ met en valeur des apports intéressants relevant d'une extrême urgence et d'une grande utilité sociale. Les populations immigrées, par leur diversité et distance culturelle par rapport aux modèles occidentaux, représentent, de fait, de nombreux défis pour les psychologues, même sans tenir compte de la particularité du traitement des traumatismes intentionnels (Tovmassian et Bentata, 2014). Elles voient souvent leurs demandes évacuées et leurs pratiques pathologisées — le rapport au surnaturel, par exemple — quand ces migrants ne sont pas simplement jugés comme archaïques, dans leurs pensées et comportements. La clinique interculturelle permet ainsi d'identifier de bonnes pratiques d'accueil, d'orientation psychologique, de conseil et de traitement des réfugiés et des immigrés, dans des contextes divers. Elle inspire des pratiques de suivi en réseau, des actions préventives, l'adaptation des services à des besoins spécifiques, etc., parfois bien au-delà du cas des populations étrangères, occasionnant une remise en question générale de conceptions de la santé mentale et des services qui y sont dédiés (Hervieu-Wane, 2005 ; Schurmans, 2010)².

Principaux défis posés par l'accueil des patients issus de l'immigration

Un des défis les plus immédiats des intervenants en santé mentale face à certains patients d'origine étrangère est sans doute de devoir *travailler avec un interprète*³. Souvent, des intervenants pensent que l'accueil de personnes souffrantes avec interprète engendrera une complexification du travail thérapeutique. Pourtant, comme de nombreux exemples le montrent (Goguikian Ratcliff et Suardi, 2006), cette présence peut également être l'occasion d'une meilleure accroche de l'utilisateur et d'un soutien plus efficace. Elle permettrait de nourrir le travail du psychologue. Ainsi, dans une perspective ethnopsychiatrique, l'interprète est une évidence et constitue une opportunité et non un obstacle, même si faire intervenir cet acteur pose

¹ Le présent ouvrage en est un des témoins.

² Pensons notamment à la mise en œuvre de groupes de paroles et de soutien proposant un accompagnement collectif dans le domaine de la construction identitaire, dans les sociétés de la diversité (Herman, 2004 ; Métraux, 2004).

³ Voir, entre autres, l'article de Martin Claessens dans ce volume.

des questions sur les pratiques habituelles en thérapie et demande un effort d'adaptation de ces habitudes. Une des difficultés à contourner est cette représentation binaire des thérapies et relations d'aide dans les cultures professionnelles du monde occidental : il est alors difficile d'y faire entrer un intervenant de plus, alors que l'influence positive de « mini groupes » dans la recomposition de liens sociaux chez des patients souffrant de trauma semble de plus en plus documentée : « *La nécessité de faire appel à un interprète répond à deux sortes de motivations, d'une part pour des questions de compréhension, et d'autre part pour accéder aux représentations culturelles, c'est-à-dire à l'univers référentiel du patient. Bien plus qu'une simple traduction de mot à mot, où l'information transiterait par un "tiers transparent", des voix s'élèvent de plus en plus et surtout dans les pays francophones, pour que l'interprète soit considéré comme un agent ou un acteur dans la création d'un référentiel cognitif commun patient-clinicien-interprète* » (Goguikian Ratcliff et Suardi, 2006). Toutefois, se posent, à juste titre, des questions sur la professionnalité de cet autre intervenant. Les risques sont évidents si l'interprète n'est pas formé et expérimenté. En dehors des situations d'urgence, on n'imagine pas l'intervention d'un tiers non-spécialiste et *a fortiori* d'un proche de la personne qui consulte et, même dans ces situations, l'intervention par téléphone de professionnels reste parfois possible ; l'improvisation doit être évitée.

Une deuxième difficulté souvent pointée par les acteurs généralistes de la santé mentale concerne la *contextualisation sociopolitique de la présence des migrants*. S'impose, en effet, une clarification des concepts : qui est migrant, qui est réfugié, qui est primo-arrivant, qui est issu de... ? Le contexte est de fait complexe et les intervenants éprouvent des difficultés à questionner les familles sur leur trajectoire. Est-ce leur rôle ? En ont-ils le mandat ? N'est-ce pas intrusif ? Que faire des informations recueillies ? Que faire, par exemple, quand les réponses aux questions sont des demandes d'aide dans la régularisation d'une situation ? Les intervenants psychosociaux doivent pourtant interroger et comprendre le contexte politique, économique, social et culturel qui préside à la migration de leurs patients, souvent dans des conditions précipitées. Il est probable que des traumatismes jonchent cette route d'exil du début à la fin, y compris les difficultés d'installation dans le pays d'accueil. Certes, nous ne pouvons changer ni le passé ni le contexte des patients, mais bien leur rapport à ce passé et à ce contexte afin de permettre à un lendemain de naître.

Pour autant, tout constat ne peut pas être attribué aux « caractéristiques culturelles ou religieuses » des consultants. *Extraire les dimensions culturelles pertinentes, d'une part, et les effets des rapports de force qui se vivent dans le pays d'installation (notamment), d'autre part*, est aussi une des difficultés des psychologues face à des patients d'autres origines ethniques. Les questions « culturelles » ou « religieuses » font plutôt rejaillir les dimensions liées à l'héritage, à la transmission au sein des familles immigrées. Cette fonction est compliquée par le fait que les personnes ne sont plus dans leur contexte d'origine et doivent s'adapter (rapidement et seuls) à de nouvelles réalités culturelles.

La remarque précédente n'annule toutefois pas l'importance de *percer* « la bulle culturelle » de la personne qui consulte. On observe cependant des difficultés dans le chef de nombreux thérapeutes à pouvoir l'interroger. Comme si la chose se posait en tabou dans le cadre thérapeutique et ne devait être pris en compte que ce que le patient amène spontanément. Dans un contexte où le soignant et le soigné ne partagent pas les mêmes référentiels culturels, n'est-il pas utile d'envisager un cadre thérapeutique « adaptatif », fondé sur l'analyse progressive de la situation réciproque des acteurs : thérapeute(s), consultant(s), interprète(s) ? Dans cette réflexion, selon Schurmans (2010), l'une des exigences principales à l'égard du thérapeute est de ne pas engager ses propres désirs. Il est tout aussi essentiel de tenir compte de l'objectif de la cure : vers où se dirige-t-on ? Cette direction dépend du projet personnel du consultant et de ses références anthropologiques. Le colloque singulier semble souvent caduc lorsqu'on travaille avec des personnes pour qui « l'homme seul n'existe pas, ou ne survit pas longtemps ». Aussi, certaines dimensions des consultations ne peuvent-elles pas se rapprocher d'un modèle « communautaire » ? Déjà la présence de l'interprète constitue un pas dans ce sens, mais il est possible d'aller bien plus loin.

Offrir un cadre davantage collectif et socialisant aux thérapies proposées est souvent un défi majeur au sein des institutions généralistes de santé mentale, notamment en Belgique où l'offre est sectorisée. Au-delà de l'aménagement de la thérapie elle-même, il s'agit de situer son service dans le cadre d'un partenariat capable de prendre en charge les diverses difficultés vécues par les migrants, et en particulier le public en demande d'asile : questions de santé en général, guidance sociale et juridique, apprentissage de la langue de la région d'accueil, aide matérielle, accès au logement et à l'emploi, etc.¹ Il serait évidemment naïf d'ignorer que ces collaborations elles-mêmes, pour utiles qu'elles soient (tant pour les patients que pour les équipes), présentent maintes difficultés et limites. Le décloisonnement, l'articulation et les synergies entre les aspects biologiques, sociaux, culturels et politiques sont complexes. La seule façon pour une équipe de santé mentale d'envisager cette complexité avec sérénité est, semble-t-il, d'entendre son travail comme partie d'une action transversale au bénéfice des populations primo-arrivantes, de leur insertion et bien-être. Cette action en transversalité entre thérapie et intégration comporte de nombreuses étapes : s(e) (in)former, se concerter, se coordonner, médier, coopérer, évaluer ensemble, théoriser ses pratiques, faire savoir le savoir-faire collectif, inventer de nouvelles pratiques, s'élargir vers d'autres domaines (éducation permanente ? insertion professionnelle ?), et interpeller le politique. Chacun avec son savoir et ses ignorances, ses faiblesses et ses apports, tout en complémentarité.

¹ Parmi diverses réalisations, est illustrée dans le présent livre la question de la collaboration entre maisons médicales et structures de santé mentale, ainsi que des liens avec des services sociaux et juridiques dédiés aux migrants.

Notons que cette philosophie collaborative trouve également un écho au sein même de l'acte thérapeutique. Nous l'avons vu, face à la diversité culturelle, le thérapeute se trouve parfois démuné, voire ignorant. C'est une des raisons pour lesquelles, il lui est difficile d'envisager la prise en charge de personnes d'autres aires culturelles, voire d'accueillir en son cabinet le regard d'un intervenant étranger (à sa pratique), l'interprète (peur de perdre la face ? peur que l'on perçoive son ignorance ?). C'est en pareille situation de prise de conscience de nos limites que nous pouvons le mieux apprécier *l'expertise de l'usager*. En médecine, la position du patient est très souvent celle d'un objet de soins. Celle de l'analysant est d'un sujet qui se cherche, face à un autre sujet « supposé savoir ». L'application de l'une ou l'autre de ces positions à un migrant, exilé, traumatisé, s'apparente à une entreprise de démolition, selon Schurmans (2010). Notre travail ne doit-il pas viser, au contraire, à reconnaître la valeur universelle des cultures ? Le bagage que le migrant apporte avec lui est à reconnaître comme une expertise. Cette reconnaissance va de pair avec l'identification des valeurs, des références, mais également des souffrances dont peut être porteur le consultant. Si le professionnel est pris par des peurs, il n'est pas difficile d'imaginer le désarroi du patient : « à quoi bon parler de mes difficultés, que vont-ils y comprendre ? Ils me prendront pour un fou ! » La reconnaissance permettra de réinstaller en lui la confiance, le sentiment de la valeur de son existence, conditions *sine qua non* d'une renaissance après un trauma qui a pu tout annuler dans la vie de cette personne. L'usager mais au-delà, les autres usagers, les anciens usagers avec qui des relations ont été maintenues sont autant de partenaires de soins en santé mentale. L'expertise du vécu¹ est pourtant une facette encore peu théorisée en santé mentale². Pourtant, analyser le contexte social et culturel tant du pays d'accueil que du pays d'origine avec le consultant peut amener à des connaissances et à une lecture anthropologique. En tant que personnel soignant, il faut oser la position du candide : notre naïveté peut être une ressource salvatrice pour les deux parties. C'est une manière de dire à l'autre « *tu me formes* » : c'est un troc, une forme de symétrie relationnelle, une autre alliance thérapeutique. Elle s'installera progressivement, générera une confiance mutuelle, nécessitera une forme d'engagement peu habituel de la part du thérapeute (parler de soi, par exemple, mais aussi de sa pratique, de son expérience, d'autres cas similaires...), enfin, elle engendrera une autre forme d'écoute : « *et dans votre pays, comment aurait-on agi face à ce même problème ?* »

¹ www.cresam.be/IMG/pdf/courrier0515_usager_partenaire.pdf ;
www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2015/05/Lespoir-transmis-de-pair-%C3%A0-pair-Int%C3%A9grer-un-pair-aidant-dans-une-%C3%A9quipe.pdf.

² Dans le cadre de la rédaction du présent ouvrage, la sollicitation que nous avons lancée vers une cinquantaine de spécialistes de la santé mentale en contexte d'immigration, dans cinq pays francophones, a rencontré un vif succès, mais très peu de propositions de publication concernaient l'expertise du patient.

Se pose alors la question de la *bonne distance critique face à l'expertise de l'autre*. Par exemple, invoquer les djinns — exclusivement si le sujet les mentionne lui-même — peut renforcer le patient. Cela peut, en effet, jouer un rôle dans sa déculpabilisation face à telle ou telle situation. Pourtant, le risque existe aussi de le déresponsabiliser (la personne et son milieu) de son propre devenir, d'éviter de voir la véritable source de la souffrance. Une des compétences interculturelles des intervenants en contexte de diversité (Maço, 2002) est justement de pouvoir, sans panique, accepter le jeu, l'alliance thérapeutique, l'étonnement, mais aussi l'attente, l'ordre des choses... en se disant que l'on pourra agir par la suite. L'autre ne doit pas entrer totalement dans notre cadre, et nous, de notre côté, nous ne pouvons pas savoir tout de sa « culture ». Si personne n'est spécialiste de rien, personne n'est spécialiste de tout. Le fait de s'informer, d'accueillir, d'avoir une ouverture (critique) à autrui permet de viser un « *juste milieu* »¹ : c'est alors que de défi, la diversité devient une opportunité.

Cette prise de distance est d'autant plus nécessaire que, très vite, l'intervenant dans un milieu multiculturel se rend compte que *la « culture » de l'autre n'existe pas* en tant que telle, pas plus que sa propre « culture ». Le symptôme le plus immédiat de cette prise de conscience est la difficulté que nous avons, autant que nous sommes, de décrire spontanément en quoi consiste « notre culture ». Non seulement nous sommes tous, et de plus en plus, fruits d'une « super diversité culturelle » (Vertovec, 2007), mais en outre, nous sommes construits à travers le regard des autres. La « diversité » représentée par une personne immigrée « turque » est sans doute différente de celle d'une autre personne turque qui vit ou qui vient d'une autre région de la Turquie, qui a une autre carrière professionnelle ou migratoire, une autre orientation sexuelle, un autre âge, éventuellement un handicap ou une mauvaise santé, un certain rapport au religieux, etc. Cette diversité a certainement bien des aspects qui font sens pour le thérapeute, comme bien des facettes obscures. Du reste, cette diversité se brassera encore durant la thérapie suite, notamment, au contact du psychologue ; ce dernier évoluera également. Comment travailler cette relation dans la durée afin d'augmenter les éléments favorables et diminuer les éléments défavorables au sujet, à la mixité, à la vie ?

La clé de lecture « genre » en contexte migratoire est, enfin, un autre des défis importants. Il faut considérer de prime abord que la majorité des professionnels des domaines de la santé mentale et de l'aide sociale sont des femmes, comme plus de la moitié des usagers des dits services. Dans les salles d'attente des services de psychologie, le cas des femmes immigrées (seules, amputées de leur famille élargie), sans ressource, avec enfant(s), attire le regard tant par l'importance quantitative de ce groupe que par l'éventail des difficultés médicales, psychologiques et sociales qu'il représente. L'observation montre, par ailleurs que ces situations marquent davantage la sensibilité et l'imaginaire des personnels

¹ Des situations inverses peuvent se poser : peut-on donner à un patient un « ange gardien » ? Puis-je prendre dans les bras un patient ?... Dans tous les cas, le dialogue doit s'instaurer avant l'acte : expliquer la démarche, questionner sur sa réception...

soignants. La question essentielle semble être la possibilité qu'une femme a de maîtriser sa propre vie et celle de ces enfants. Le cadre thérapeutique prend vite sens : créer une relation affective positive et offrir un tuteur de résilience. N'y a-t-il pas quelque chose de plus large à travailler, d'autres hypothèses à poser ? Quelles sont les véritables sources de l'héritage de ces femmes ? Comment interagir avec les familles d'origine, les éventuels hommes de l'histoire (père, frère, mari...), les belles-familles ? Comment les intégrer dans la stratégie clinique et faut-il les intégrer ? Quelles sont les limites ? Lorsqu'il y a immigration, il existe souvent un besoin de conserver des choses qui (parfois) n'existent plus au pays d'origine. Leur transmission fait partie de ce besoin de loyauté, d'identité et d'appartenance. Aussi, les femmes, en tant que mères et éducatrices (potentielles), se voient imposer un rôle de conservation (pureté, virginité...) qui les charge de plus de responsabilités que les hommes : on s'attend à ce qu'elles « fassent passer » ces valeurs avant elles-mêmes. Le travail en service de santé mentale ne doit-il pas soutenir l'adaptation de ces rôles au contexte du pays d'accueil ? Ne doit-on pas favoriser un partage plus équitable de ces responsabilités au sein du couple parental, voire dans la famille élargie ? Face à des schémas collectifs, la démarche d'aide doit également se collectiviser, comprendre des partenariats avec des services appropriés, des ressources dans les groupes immigrés, mais également des espaces de parole et de créativité (travail avec les contes...) impliquant des groupes de femmes et de familles concernées, installant ainsi des dialogues intergénérationnels, hommes/femmes, pères/mères et une action en termes de parentalité (violences, châtiments corporels, maltraitance, absence/démission du père, valorisation des rôles parentaux, renforcement de l'éducation diffuse, soutien communautaire, aides associatives...). Autre défi : que faire si une femme consulte pour son mari ? Y a-t-il une opportunité à requalifier l'intervention individuelle en thérapie de couple ? Les rapports de violence ne sont pas toujours à sens unique. Les systèmes de mariage en immigration peuvent suivre des modèles très inhabituels parce que fonctionnels par rapport à des urgences économiques (demande de main-d'œuvre familiale, possibilité d'immigration...) peu connues ou disparues dans les sociétés occidentales : les femmes qui épousent des hommes du pays d'origine risquent d'infantiliser leur mari, car elles connaissent la langue, les institutions, etc. du pays d'installation (Tas, 2014). Face à l'abondante littérature sur les femmes immigrées, l'étude des masculinités en immigration a un retard certain. La polygamie, les diverses formes de parenté, les mutilations génitales sont encore d'autres défis « genre » qui interpellent les intervenants¹.

Proposition d'un cadre d'analyse et d'action

Afin de *réduire la complexité* du travail avec les publics issus des migrations, nous proposons une grille de réflexion et d'intervention qui table sur les trois dimensions relevées par Berry (2001) : un premier axe anthropologique porte sur le « rapport aux choses » matérielles et idéelles que nous développons tous et toutes. Le

¹ www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2006-2-page-7.htm.

deuxième axe est sociologique et concerne l'appréhension des rapports de force entre individus et entre groupes. Ces deux premiers axes ont pour fonction de décrire et de rendre intelligible une personne, un groupe ou un contexte. Enfin, le dernier axe est dédié à la pratique psychologique : ce que le professionnel de la santé mentale peut et est censé faire face aux situations complexes, pétries de diversités, qui se présentent à lui.

Comme montre le *premier axe, anthropologique*, les premiers marqueurs de diversité sont immédiatement sensibles comme les phénotypes, les capacités linguistiques ou les accents, les signes visibles (par exemple vêtements et accessoires) des appartenances et croyances, etc. Parfois, ces signes visibles se présentent à nous comme des leurres. Il ne faut jamais hésiter à les interroger : ces différences sont-elles effectives ? Supportées, revendiquées par leurs porteurs ? Pourquoi ? Dans quelle mesure ? Depuis quand ? Sont-elles des obstacles à la relation, au travail thérapeutique ?... Ce n'est sans doute pas un hasard que des réactions ostracisantes prennent ces dimensions visibles comme cible. Leur visibilité n'est due qu'à leur superficialité et elles ne doivent pas nous tromper : la compréhension de l'être, le sens qu'il attribue aux « choses » sont davantage logés dans des dimensions anthropologiques « cachées », invisibles, dont l'accès n'est possible qu'à travers l'écoute, le dialogue et le débat. « *On ne voit bien qu'avec le cœur* » disait Saint-Exupéry. Les dimensions cachées de l'être sont ses « *rapports à...* ». La relation clinique, surtout avec des sujets adultes, permet de pointer quelques-uns de ces rapports fondamentaux : notre liste n'a aucune prétention à l'exhaustivité.

Le rapport à l'inconnu est le premier d'entre eux. L'inconnu est souvent considéré comme angoissant ; une angoisse qui pousse à réagir, à mettre en place des mécanismes de défense. Dans les pays industrialisés, mais plus exactement, parmi les personnes ayant bénéficié d'une longue scolarité, la « science » ou la « raison matérialiste » est, par exemple, une forme de réponse face à l'inconnu, parfois imparfaite, mais considérée comme satisfaisante. D'autres groupes socioculturels peuvent, par contre, utiliser des « rationalités immatérielles », comme les divinités. Il n'est pas question de classer les individus de manière binaire. En réalité, nous nous situons tous quelque part sur ce continuum matériel/immatériel et notre position peut varier selon les époques de notre vie, nos expériences, nos rencontres... Faut-il encore noter que cela peut aussi dépendre du domaine considéré : personne n'est savant en tout, nous croyons ce que nous ne connaissons pas, et la connaissance a ses limites (« *la science, c'est jusqu'à la preuve du contraire* »), là où la certitude de la croyance est sans bornes. Situer la position de l'interlocuteur dans ce système de croyances et de sens, combiner avec lui et ne pas imposer notre propre point de vue est un élément central dans la relation clinique (dans la relation d'aide ou la formation aussi) afin de ne pas verser dans le déni ou la disqualification de l'autre. Il s'agit de chercher les voies d'une alliance ou, à tout le moins, de compromis, intégrer dans nos discours et agir sur les croyances de l'autre avec respect.

Le rapport au temps est une dimension culturelle importante (Hall, 1984). Au-delà de l'impact pas toujours anecdotique du respect ou non des heures de rendez-vous, les conceptions du temps peuvent être cycliques, tournées vers le passé ou l'avenir, parfois en lien avec des vies antérieures ou « parallèles ». Nous ne parlons pas nécessairement d'entités métaphysiques. Pour certains immigrés le temps est comme arrêté à la date de l'immigration. Il y a un avant et un après. Une vie parallèle, cela peut être l'existence d'une famille laissée là-bas dont on ne peut pas évoquer l'existence ici. Ce n'est qu'à travers un dialogue de confiance que l'on peut se rendre compte de ces rapports cachés qui pourront alors éclairer un comportement désarçonnant.

Le rapport à l'espace synthétise les relations complexes entre « nomades » et « sédentaires ». Imaginons ce Rwandais ayant obtenu une bourse pour faire ses études en Russie, études qu'il complète en Bulgarie avant un postdoctorat en Allemagne. Dans l'impossibilité de rentrer au pays, après le génocide, il demande l'asile à la Belgique. Arrivé à Ath, il se retrouve devant une employée de l'aide sociale née dans cette localité et y ayant effectué toute sa scolarité. Ces deux êtres, l'un « nomade », l'autre « sédentaire » ont probablement des visions du monde très différentes, avec des ressources également différentes et complémentaires pour agir dans ce monde. Dans un cas, le patrimoine matériel se résumera sans doute à une valise seulement ; dans l'autre, indépendamment de la richesse personnelle, le sentiment de propriété s'étendra à l'ensemble du terroir. Le rapport à l'espace de tout un chacun (un rapport changeant à travers le temps et les domaines) orientera la réponse que nous sommes capables de donner à la question : « à qui appartiennent les choses ? » Le « nomade » ne possède rien, mais le monde lui appartient. Il le fertilise par ses pérégrinations. Le « sédentaire » est attaché à un terroir peut-être réduit, mais dont il a le sentiment de pleine possession. Il a pour charge de conserver et d'accumuler des valeurs.

Le deuxième axe, sociologique, questionne les rapports à l'Autre. Les rapports sociaux sont nécessairement asymétriques dans notre monde culturellement hétérogène et socialement inégalitaire, même si cela doit être compris dans le cadre d'un temps cyclique (bref ou long) où ces rapports de force peuvent s'inverser. S'il n'y a pas de relation sans rapport de force, certaines cultures renforcent l'asymétrie entre jeunes et vieux, parents et enfants, hommes et femmes, supérieurs et subalternes, riches et pauvres, etc. Le rapport à l'autre est évidemment aussi une représentation changeante à travers le temps, les contextes et les usages, il implique la réponse que nous sommes capables de donner à la question : « à quoi appartiennent les gens ? » : à la nation, à la religion, à la collectivité, à la famille, à eux-mêmes... ? Ces réponses s'échelonnent le long d'un continuum individualisme/collectivisme (Triandis, 2001). Si la dimension collectiviste, patente dans la majeure partie du monde, est davantage cachée dans les sociétés occidentales, elle y est toujours présente : « qui ma fille doit-elle épouser ? » L' élu de son cœur ou un homme qui maintiendra la lignée ? On peut voir que cette dimension, pas plus que les autres, n'est liée à la religion ou à l'ethnicité : des personnes de religions très différentes peuvent partager ou avoir partagé la même

orientation et au sein d'une même communauté culturelle, diverses orientations peuvent cohabiter, bien qu'en proportions quantitativement inégales. Selon les contextes (oppositions minorités/majorité, par exemple) et la position occupée dans cet antagonisme, un groupe (ou une personne) peut préférer mettre en avant telle ou telle dimension de son identité, c'est ainsi que Barth (1998) explique l'extrême volatilité et la profonde vacuité des constructions identitaires généralisantes et totalisantes.

Enfin, le *dernier axe de notre trilogie est à caractère psychologique et tourné vers l'action*. Il concerne, d'abord, la *communication* sous toutes ses facettes (orale ou non, verbale ou non, directe ou non, formelle ou non, en binôme, en collectivité, réelle ou virtuelle...), sinon le seul du moins le principal outil de l'intervenant psychosocial et éducatif. Il est important de réfléchir au statut de chaque canal de communication, notamment au sein des populations éloignées de nos standards de formation et de nos références culturelles. L'axe psychologique, c'est, ensuite, comprendre que l'ensemble des dimensions égrainées jusqu'ici permet à tout un chacun (sain et compétent) de composer et de manier un *profil identitaire* personnel, mais forcément nourri de parcelles d'identités collectives, savamment dosées selon les contextes et les objectifs du moment. Aussi, le sens de la relation d'aide ou de la guidance psychologique en milieu multiculturel peut être d'aider le sujet (singulier ou pluriel) à maîtriser son profil identitaire en fonction de son contexte et de ses stratégies, et de renforcer, ainsi, ses *compétences interculturelles* (Manço, 2002). Enfin, cet axe nous suggère d'apprendre à lire l'environnement socioculturel des usagers et de nos services à la recherche de ressources et de pièges afin d'aider les patients et les collègues à y cheminer : quelle est la part de la patientèle qui relève de la « diversité culturelle » ? Nos ressources en langues étrangères sont-elles suffisantes ou valorisées ? Au sein de l'équipe ? Au sein du partenariat ? Quelles connaissances avons-nous sur cette population ? Quelles sont la nature et la taille des réseaux communautaires autour de ces personnes ? Quels sont la source et le contenu de leurs héritages culturels ? Quand la communauté aide-t-elle ? Quand enferme-t-elle ? Quels sont nos communs dénominateurs et nos divergences ? Sur quels leviers socioculturels appuyer le travail thérapeutique ? Comment travailler l'angoisse face à l'inconnu des intervenants ? Et l'appréhension face aux vécus de violence ?... Bien loin d'une connaissance encyclopédique, adopter une discipline interculturelle, c'est donc se donner la chance d'acquérir les clés des contextes dans lesquels cheminent les usagers et les clés d'une rencontre positive entre usagers et services¹.

¹ Voir en annexe un cas qui illustre la démarche.

Bibliographie

- About F. et Levy S. (éds.) (1999), 'Reducing racial prejudice, discrimination and stereotyping: translating research into programs', *Journal of Social Issues*, v. 55, n° 4, p. 621–803.
- Barth F. (1998), *Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture difference*, Long Grove: Waveland Press.
- Berry J. W. (1990), 'Psychology of acculturation', Berman J. (éd.), *Nebraska Symposium on Motivation*, v. 37, p. 201–234.
- Berry J. W. (2001), 'A psychology of immigration', *Journal of Social Issues*, v. 57, n° 3, p. 615–631.
- Berry J. W. et Kalin R. (2000), 'Multicultural policy and social psychology: the Canadian experience', Renshon S. et Duckitt J. (éds.), *Political psychology in cross-cultural perspective*, New York: Macmillan, p. 263–284.
- Brewer M. et Brown R. (1998), « Intergroup relations », Gilbert D., Fiske S. et Lindzey G. (éds.), *Handbook of social psychology*, New York : Oxford University Press, v. 2, p. 554–594.
- Brown R. et Gaertner S. (éds.) (2001), *Blackwell handbook of social psychology*, v. 3, 'Intergroup processes'. Oxford: Blackwell.
- Goguikian Ratcliff B. et Suardi F. (2006), « L'interprète dans une consultation thérapeutique : conceptions de son rôle et difficultés éprouvées », *Psychothérapies*, v. 26, n° 1, p. 37-49.
- Hall E. (1984), *La Danse de la vie : temps culturel, temps vécu*, Paris : Seuil.
- Herman E. (2004), *Clinique de l'infortune. La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond.
- Hervieu-Wane F. (2005), *Une boussole pour la vie : les nouveaux rites de passage*, Paris : Albin Michel.
- Liebkind K. (2000), 'Acculturation', Brown R et Gaertner S. (éds.), *Blackwell handbook of social psychology*, Oxford: Blackwell, v. 3., p. 386–404.
- Manço A. (2002), *Compétences interculturelles des jeunes issus de l'immigration. Perspectives théoriques et pratiques*, Paris : L'Harmattan.
- Métraux J.-C. (2004), *Deuil collectif et création sociale*, Paris : La dispute.
- Schurmans D. (1994), *Le diable et le bon sens : psychiatrie anthropologique de l'Afrique Noire à l'Europe*, Paris : L'Harmattan.
- Schurmans D. (2010), *L'homme qui souffre : anthropologie de la souffrance psychique et des réponses thérapeutiques*, Paris : PUF.
- Tas E. (2014), *Les alliances renversées. Souffrances des gendres dans les migrations matrimoniales turques*. Saarbrücken : Presses académiques francophones.
- Tovmassian L. T., Bentata H. (dir.) (2014), *Quels traitements pour l'effraction traumatique ?*, Paris : In Press.
- Triandis H. C. (2001), 'Individualism-collectivism and personality', *Journal of personality*, v. 69, n° 6, p. 907–924.
- Vertovec S. (2007), 'Super-diversity and its implications', *Ethnic and Racial Studies*, v. 30, n° 6, p. 1024–1054.
- Ward C. (1996), « Acculturation », Landis D. et Bhagat R. (éds.), *Handbook of intercultural training*, Thousand Oaks : Sage, p. 124–147.