



HAL
open science

Évaluation qualitative de la psychothérapie transculturelle : expérience subjective de professionnels de santé travaillant auprès des adolescents et leur famille

Alessandra Macchi

► To cite this version:

Alessandra Macchi. Évaluation qualitative de la psychothérapie transculturelle : expérience subjective de professionnels de santé travaillant auprès des adolescents et leur famille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03165255

HAL Id: dumas-03165255

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03165255v1>

Submitted on 24 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Année 2021

Thèse présentée par :

Madame MACCHI Alessandra

Née le 29 novembre 1990 à Trescore Balneario (Bergamo)

Thèse soutenue publiquement le 12 février 2021

**ÉVALUATION QUALITATIVE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE TRANSCULTURELLE :
expérience subjective de professionnels de santé travaillant auprès des adolescents et leur famille**

Président	Monsieur le Professeur Michel WALTER
Directrice	Madame le Docteur Émilie CARRETIER
Codirecteur	Monsieur le Professeur Michel WALTER
Membres du jury	Monsieur le Docteur Sofian BERROUIGUET Monsieur le Professeur Guillaume BRONSARD

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Doyens honoraires

FLOCH Hervé (†)
LE MENN Gabriel (†)
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves (†)
DE BRAEKELEER Marc (†)

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
-------------------	-----------------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénéréologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MONCLA Anne	Génétique
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
VALERI Antoine	Urologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
L'HER Erwan	Réanimation
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LIPPERT Éric	Hématologie

NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Professeur des Universités Associé de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Professeur des Universités

BORDRON Anne

Biologie cellulaire

Professeur des Universités Associé (à mi-temps)

METGES Jean-Philippe

Cancérologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe

Immunologie

MOREL Frédéric

Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LE VEN Florent	Cardiologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
SCHICK Ulrike	Cancérologie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d’adultes
GUILLOU Morgane	Addictologie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
ROUE Jean-Michel	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TROMEUR Cécile	Pneumologie

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie
BEURTON-COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographique
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita Rhumatologie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
CHAUVEAU Aurélie	Hématologie biologique
KERFANT Nathalie	Chirurgie plastique
THUILLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie-Charlotte Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

NGUYEN BA Vinh

Anesthésie-réanimation

DULOU Renaud

Neurochirurgie

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne

Médecine générale / Urgence

SCELLOS Olivia

Médecine générale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Michel Walter,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de codiriger ce travail de thèse. Je vous remercie pour la richesse de vos enseignements, pour votre disponibilité au cours de la rédaction de ce travail et pendant tout l'internat. Je n'oublierai pas votre soutien pour mon semestre d'inter-CHU à la Maison de Solenn qui a permis à ce travail de prendre forme. Je suis heureuse que cette aventure brestoïse puisse continuer.

À Monsieur le Docteur Sofian Berrouiguet,

Veillez recevoir mes remerciements pour avoir accepté de juger cette thèse. Je me souviendrai toujours de votre accueil et disponibilité, le jour de ma première garde aux urgences.

Merci pour votre disponibilité auprès des internes, particulièrement en première année, permettant notre ouverture d'esprit à la recherche.

À Monsieur le Professeur Guillaume Bronsard,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. J'ai eu le plaisir d'écouter vos enseignements durant mon internat et je resterai marquée par votre art oratoire. Je vous remercie pour votre disponibilité, en particulier, quand la passionnante clinique de l'adolescent m'avait fait hésiter pour la pédopsychiatrie.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Émilie Carretier.

J'ai eu la chance de te rencontrer il y a un an, et quelle année ! Mon semestre à la Maison de Solenn a été particulièrement riche d'enseignements et de souvenirs précieux. Je ne crois pas avoir les mots suffisants pour te remercier de tout ce que tu m'as transmis, avec passion et pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Je ne pouvais pas souhaiter mieux. Merci infiniment pour ta confiance, ta patience et ton énergie.

Aux soignants qui ont accepté de participer à cette étude, et qui ont souhaité que leurs témoignages puissent être utiles aux soins futurs.

À tous ceux qui ont traversé et marqué mon chemin de l'internat.

Au Docteur Le Nen et à toute l'équipe du Secteur cinq, pour m'avoir accueilli avec bienveillance et m'avoir permis de faire mes premiers pas dans la psychiatrie avec intérêt et passion. Merci surtout à Aurélie et Gaëlle, petite famille morlaisienne.

À la pédopsychiatrie de Morlaix, à Dr Charlotte Masson et Dr Bodu Rakotoseheno pour les intéressantes discussions cliniques et votre vivacité.

Merci à toute l'équipe des urgences pour leur soutien, confiance et aussi pour soulager les longues nuits de garde. Merci au Docteur Yasmina Dejean, pour son soutien à toute épreuve dans mes premières expériences de gardes aux urgences et pour le partage de son expérience qui m'a beaucoup appris.

Merci à Dr Aurélie Favé et à toute l'équipe de Winnicott, qui m'a permis de connaître la clinique des enfants autistes. Merci à Fanny, Tiphaine, Kevin à votre implication si courageuse et créative ! Merci aux échanges enrichissants avec Lucie.

À Dr Isabelle Tokpanou. Quelles richesses et bonheur travailler à tes côtés. Je reste marquée par tes compétences et savoir-faire avec les patients. J'ai découverte avec toi certaines subtilités de la clinique psychiatrique adulte et les dynamiques du secteur. Merci à toute l'équipe de Raden et aux patients qui m'ont permis d'apprendre le plus.

À l'équipe de la Maison de Solenn. À ce monde stimulant, généreux et accueillant. À Marie Rose Moro source d'inspiration et espoir. À Béatrice pour ta vitalité et ton humour. À Nour pour ta calme et ta confiance quand on s'est retrouvées à faire de la pédiatrie. À Corinne pour ton expérience et ta spontanéité dans la relation clinique. À madame Baveux et à son expérience. À toute l'équipe de l'hospitalisation. À Margaux, Chloé, Anne, Lise, Amélie et Noémie pour les beaux souvenirs et votre amitié. À Mr Gallot et à la terrasse !

Au groupe transculturel du mardi matin. Merci à Marie Rose, Alice, Amalini, Jonathan, Fatima, Syphax, Élodie, Andréa, Gleise. Aux échanges créatifs, à l'ouverture et à l'importance de votre clinique. Cette recherche est née grâce à vous. Merci à Marion pour m'avoir aidé à récolter les participants.

Merci au groupe du D.U. à leur variété et à la rencontre avec Vitina et Daniele, merci pour votre compagnie et les rires.

Au Point H, à Dr Catherine Jezequel, Dr Pauline Weiss, Dr Amélie Cornec, Dr Aline Etteradossi à leur enthousiasme, leur sensibilité, patience et intérêt pour la clinique transculturelle.

Merci à tous les médecins qui m'ont accueilli dans leurs sévices et transmis leur passion du travail. Je pense particulièrement à Dr Tayeb, Dr Le Lann, Dr Thérééné, Dr Fleuret, Dr Querelou, Dr Bergot, Dr Griner-Abram, Dr Le Moal, Dr Amat, Dr Schmouchkovitch, Dr Bergot Anne-Laure, médecin généraliste de l'hôpital de Bohars.

Aux équipes soignantes et aux secrétaires, en particulier à Yveline et à Sandrine, qui m'ont accueillie tout au long de mon internat et partagé leurs expériences.

À ma famille et mes amis,

Ad Alberto, pour ton enthousiasme qui me soutient et me permet de rêver toujours. Mille merci pour ta précieuse compagnie et pour continuer à naviguer ensemble.

À mamma e papà, merci pour m'avoir transmis la curiosité envers le monde et m'avoir donné les ailes pour y aller. De manière si différente, mais si complète, vous arrivez toujours à être des parents extraordinaires.

À Alice et Anita, mes grandes sœurs, pour tout ce que vous m'avez transmis. Le courage, la force, la sagesse tant que l'imprudance, l'entêtement et l'ironie. Merci pour votre amour dans les différents coins du monde qui arrive et me soutient toujours sans que rien change.

Al piccolo Leo, pour ta vivacité et ta joie explosive. Merci d'être venu au froid à Paris, j'ai hâte de te revoir le plus tôt à Scarborough avec Kora, Gringo et Loulou.

À nonno Giusepi, merci de m'avoir transmis l'humilité et la patience. Merci de m'avoir appris à écouter les récits de vie aussi dans des langues inconnues et à ouvrir les portes aux autres.

À Caterina, mille mercis d'avoir vécu autant, avec ta curiosité. Tu es arrivée à 102 ans sans arrêter de jouer ni à la vie ni à la « briscola ». Merci pour ta voix, pour ton énergie, courage et zénitude rurale. Tu nous manques.

Aux cousins et oncles de Mezzomerico, où il y a toujours un port sûr et quelque chose à manger.

À Robin e à Marcel, à votre bonheur et pour faire élargir la famille de l'Afrique à la Colombie.

Alla famiglia torinese, agli zii Miota e Gianfranco, pour m'avoir accueillie et nourri esprit et ventre pendant les études de médecine.

À Valerie, amie depuis une vie, à nos aventures entre Bergamo et Torino. Tu me donnes l'exemple de savoir oser et de continuer avec persévérance mon chemin. À bientôt, ma « montagnina ».

À Valentina, tu es avec moi toujours dans ce voyage, fière de toi comme jamais. Bon courage pour cette nouvelle aventure à Rome. Une autre thèse, sans vous ce n'est pas la même chose.

A **Ale** à ton humeur, ton débit parole et à ta force. Merci pour toutes les années passées et pour nous avoir toujours accueillis dans les noëls de migration.

À Tommaso, a Giulia, alla Demi (al succo), ad Alba, a Mari, alla Betta à votre précieuse amitié et à la beauté de vous retrouver toujours comme à 14 ans dans nos péripéties d'ados. Et bienvenu à Elia !!Forza Atalanta !

À Martina e Simona, alla piccola Marghe, à votre spontanéité et joie. À Margherita et à ses yeux pleins de curiosité. Merci pour cet été, aux retrouvailles enthousiasmantes et ratés (hihi). Et merci aussi à **Wilma, Rita et Marti**, à bientôt, à Torino.

A **Ellen**, mille merci pour avoir été toujours présente, d'avoir gardé l'envie de voyager dans toutes conditions et d'être si spéciale. Bonne courage pour la nouvelle aventure à Berlin !

A **Marie** pour m'avoir accueillie avec tout ton bonheur et énergie au début de mon arrivée à Brest, à **Sam** et aux retrouvailles roumaines. Avec l'espoir de revoyager ensemble vers Iasi.

A **Léa et Marcos** motif principal pour aller à Rennes et retrouver votre calme et beauté. A mille petits-déjeuners dans le jardin et dans l'attente de vous faire la fête.

Merci à mes amis qui ont partagé ces quatre ans d'internat. **À Adur** pour nos premiers pas d'internes ensemble et pour les aventures bretonnes. J'ai hâte de retourner à Saint Sébastien, dans la conchia !
A Pierre Antoine à ta générosité et tes blagues. Merci pour ta passion de la vie et pour la pêche. C'est sympa.

À Cyril au plaisir d'être ton amie, d'avoir cohabité avec toi, avec les chats et PA. Ravie de continuer l'aventure ensemble.

A Marine pour ton soutien, ta disponibilité et toutes soirées passées ensemble. Hâte de retrouver la plage jusqu'au coucher du soleil.

À Mezzomerico, Où on pourra se rencontrer.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	14
1.1	PRÉAMBULE.....	14
1.2	POPULATION MIGRANTE ET SANTÉ MENTALE.....	15
1.2.1	Définition et épidémiologie.....	15
1.2.2	L'accès aux soins chez les migrants.....	16
1.2.3	Santé mentale et migration.....	17
1.3	CULTURE ET PSYCHIATRIE	18
1.3.1	Différentes conceptions de culture	19
1.3.2	De l'ethnopsychiatrie de Devereux à la psychiatrie transculturelle : concepts clés	20
1.3.3	Le dispositif de consultation transculturelle français.....	21
1.4	ÉVALUATION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE TRANSCULTURELLE (PTC)	22
1.4.1	Méthodes d'évaluation des psychothérapies	22
1.4.2	Perspective d'observation : le point de vue des praticiens.....	23
1.4.3	Brève revue de la littérature : la recherche qualitative des psychothérapies à partir de la perspective de thérapeutes	24
1.4.3.1	Point sur la psychiatrie transculturelle et objectif de l'étude	25
II.	MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	26
2.1	CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE.....	26
2.2	CHOIX DE LA POPULATION	26
2.3	RECUEIL DE DONNÉES	27
2.4	ANALYSE DES DONNÉES	28
III.	RÉSULTATS	29
3. 1	LE BESOIN D'ADRESSER LES PATIENTS EN PTC : UN SENTIMENT DE BLOCAGE ET UN MANQUE DE MOYENS	33
3.1.1	« Blocage » et manque de moyens dans des situations « complexes » sur le plan familial et culturel	33
3.1.2	Le recours à la consultation transculturelle : à la recherche d'un nouvel espace pour réouvrir le dialogue en thérapie et combler un manque.....	35
3.1.3	La proposition du dispositif de consultation transculturelle : la nécessité d'avoir une bonne alliance pour le faire.....	35
3.2	LA RENCONTRE AVEC LE DISPOSITIF DE PTC : UN LIEU « INTIMIDANT » QUI DEVIENT LIEU DE SOUTIEN POUR LA FAMILLE ET POUR LE THÉRAPEUTES DE PREMIÈRE INTENTION (TPI).....	37
3.2.1	Un lieu « intimidant » initialement pour les TPI.....	37
3.2.2	Les TPI perçoivent le dispositif de PTC comme un soutien pour la famille (par le groupe, l'interprète, les images...).....	37

3.2.3 Les TPI se sentent soutenus par le dispositif de PTC.....	39
3.3 LA PTC PERÇUE COMME SOURCE DE CHANGEMENTS MULTIPLES.....	40
3.3.1 La PTC mobilise les ressources de la famille et amène à un changement dans la dynamique familiale	40
3.3.2 L'accès à la narrativité apporte un changement dans la prise en charge en individuel et à une amélioration de l'alliance thérapeutique.....	41
3.3.3 Changement du TPI dans sa pratique au quotidien	43
IV. DISCUSSION	45
4.1 CHANGEMENT DANS LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE DU PATIENT : du vécu d'impasse à une nouvelle vision du patient par le TPI	46
4.1.1 L'accès au récit en psychothérapie transculturelle : le groupe, l'interprète et les images	46
4.1.1.2 L'amélioration de l'alliance à travers une connaissance plus riche du patient	47
4.2 LE CHANGEMENT DES THÉRAPEUTES : évolution professionnelle dans la pratique clinique.....	48
4.2.1. L'apport de l'approche transculturelle dans la pratique clinique au quotidien.....	49
4.2.2. L'approche culturelle : complément à la formation médicale classique	50
4.3 CONTRE-TRANSFERT DE CHERCHEUSE ET RÉFLEXIVITÉ	52
4.3.1 Choix du sujet et préconceptions.....	52
4.3.2 Difficultés rencontrées au cours des entretiens de recherche et de l'analyse	54
4.4 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	55
V. CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE.....	58
ANNEXES.....	67
Annexe 1: Guide d'entretien semi structuré:.....	67
Annexe 2 : Verbatims ;	68
RÉSUMÉ.....	73
SUMMARY	75
SERMENT D'HIPPOCRATE	76

“L’altrove è uno specchio in negativo. Il viaggiatore riconosce il poco che è suo, scoprendo il molto che non ha avuto e non avrà”

- Le città invisibili -

“Miti e misteri consistono di granellini impalpabili come il polline che resta sulle zampe delle farfalle; solo chi ha capito questo può attendersi rivelazioni e illuminazioni.”

- Se una notte d’inverno un viaggiatore-

« L’ailleurs est un miroir en négatif. Le voyageur y reconnaît le peu qui lui appartient, et découvre tant ce qu’il n’a pas eu, et n’aura pas. »

- Les Villes invisibles -

“Mythes et mystères sont faits de grains impalpables, comme le pollen qui demeure collé aux pattes des papillons ; celui seul qui a compris cela peut espérer surprises et illuminations. »

- Si par une nuit d’hiver un voyageur –

Italo Calvino

I. INTRODUCTION

1.1 PRÉAMBULE

Le multiculturalisme fait que nos sociétés sont métissées et enrichies. Cependant la rencontre entre des univers culturels variés peut également faire resurgir des malentendus culturels dans le contexte de soins. En outre, la migration représente un facteur de vulnérabilité et fragilité pour certaines familles.

Les enjeux culturels dans une nouvelle complexité de la clinique psychiatrique, le codage culturel des troubles, auxquels nous sommes confrontés en tant que thérapeutes, nous ont amené à effectuer une recherche qualitative plus approfondie auprès des professionnels qui ont recours à l'approche psychothérapeutique transculturelle.

Plus précisément, nous avons approfondi ces expériences au sein du dispositif de psychothérapie transculturelle (PTC) de la Maison de Solenn (Centre Hospitalo-Universitaire Cochin, Paris) en interrogeant des thérapeutes de première intention (TPI) qui ont adressé leur patient à cette consultation.

Le dispositif groupal de psychothérapie transculturelle s'est développé en France à partir des travaux de G. Devereux qui ont été repris par T. Nathan dans les années 1980 pour proposer aux familles migrantes une prise en charge adaptée. Le dispositif a pu évoluer progressivement avec de nouveaux apports théoriques de la psychothérapie transculturelle de M.R Moro. Ce dispositif se base sur le postulat d'universalité psychique – le fonctionnement psychique est le même pour tous - et la méthodologie du complémentarisme – une double lecture obligatoire et non simultanée des symptômes à partir des approches psychanalytique et anthropologique.

Plusieurs recherches décrivent les concepts théoriques et ont permis de souligner l'intérêt de l'approche transculturelle pour les professionnels de santé confrontés à la spécificité et la complexité clinique de certains patients migrants.

L'objet de ce travail est d'analyser l'expérience subjective des TPI orientant leur patient en consultation transculturelle pour mieux comprendre comment une sensibilisation à l'approche transculturelle peut influencer les thérapeutes dans la relation thérapeutique avec leurs patients et dans leur pratique clinique. La mise en perspective du vécu des participants devrait permettre de déterminer ce que la compétence culturelle peut amener pour aider améliorer la prise en charge des patients migrants.

Dans une première partie, un point sur la situation migratoire actuelle et l'accès aux soins chez les migrants sera fait, suivi d'un rappel sur le concept de la culture en psychiatrie et la création du dispositif de psychothérapie transculturelle. Cette première partie se terminera sur l'évaluation des psychothérapies avec un accent sur la méthode qualitative à partir du point de vue des thérapeutes.

Dans la seconde partie, la méthodologie de la recherche qualitative sera décrite, suivie par la présentation des résultats. Ces derniers seront discutés autour du concept central émergent de l'étude : le changement, soit dans la prise en charge du patient, soit chez le thérapeute même.

1.2 POPULATION MIGRANTE ET SANTÉ MENTALE

1.2.1 Définition et épidémiologie

L'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) définit le terme de migration comme "le mouvement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit à travers une frontière internationale, soit à l'intérieur d'un État". Le terme "migration internationale" est souvent utilisé pour "se référer au mouvement de personnes entre différents pays", tandis que le terme "migrant international" désigne toute personne qui se déplace ou s'est déplacée à travers une frontière internationale, loin de son lieu de résidence habituel pendant au moins un an, quels que soient la cause, le statut juridique et la durée du séjour (1).

Le nombre de migrants a continué de croître au cours des vingt dernières années, atteignant selon le Département des affaires économiques et sociales (DESA) de l'Organisation des Nations unies (ONU) 272 millions en 2019, contre 222 millions en 2010 et 173 millions en 2000. Actuellement, les migrants internationaux représentent 3,5% de la population mondiale contre 2,8% en 2000 (2).

Selon le dernier rapport du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR), publié en juin 2020 (3) le nombre de personnes déracinées dans le monde à cause des guerres et des persécutions à la fin 2019 a été de 79,5 millions : un chiffre sans précédent qui a presque doublé en dix ans, à la suite de l'aggravation des conflits et des changements environnementaux. Le rapport statistique du UNHCR montre que 29,6 des 79,5 millions sont des réfugiés, dont 34 millions d'enfants.

En ce qui concerne la définition en protection internationale, on doit remarquer des différences fondamentales entre le statut de « migrant » et celui de « réfugié ». Selon la Convention de Genève (1951), un réfugié est une personne obligée à quitter son pays en raison d'une menace directe de persécution ou de mort « du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques ». De ce fait, les réfugiés ont droit à une protection internationale.

Au niveau juridique, on ne retrouve pas une définition unique et reconnue du terme de « migrant » et au cours de ce travail, le mot « migrant » se verra utilisé de manière générale pour représenter tous ceux qui partent de leur pays de façon volontaire ou non, quelque soit leur âge. On inclura aussi dans cette définition les enfants de deuxième génération, nés dans le pays d'accueil de leurs parents migrants.

Parmi tous les pays européens, la France est le deuxième pays de migration de l'Union européenne (UE) après l'Allemagne, avec 6,7 millions de migrants, soit 9,9% de la population totale en 2019 (4).

Les groupes d'immigrés les plus importants viennent d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc et Tunisie), d'Europe du Sud (notamment du Portugal), d'Afrique subsaharienne, de Turquie, d'Asie du Sud-Est (Vietnam, Cambodge et Laos) et, plus récemment, de Chine (5, 6).

En 2019, 51% des migrants sont des femmes. Aujourd'hui, un enfant sur trois né en France a au moins un parent qui vient d'ailleurs (7).

1.2.2 L'accès aux soins chez les migrants

Les inégalités en matière de santé ont été définies comme des différences d'opportunités pour différents groupes de population qui se traduisent, par exemple, par une inégalité des chances dans la vie, un accès aux services de santé, à la nourriture et à un logement adéquat.

Les soins de santé en France sont théoriquement adressés et accessibles à tous, sans spécificité liée aux origines culturelles, mais sans reconnaissance des obstacles qui pourraient empêcher les patients d'avoir accès à ces services.

Les données recueillies dans différents pays européens montrent qu'en dépit des aspirations d'égalité, les inégalités entre les migrants et la population locale en matière de santé et d'accès aux services de santé persistent (8).

Cette situation est due en partie à la législation nationale qui restreint l'accès à certains groupes de migrants tels que les réfugiés ou les sans-papiers, mais aussi à des obstacles qui vont au-delà des contraintes liées au droit légal aux soins. De nombreux facteurs peuvent dissuader de se faire soigner : la méconnaissance de la langue nationale, la méconnaissance du système de santé, les obstacles administratifs et les discriminations, ainsi que la pauvreté lorsque des frais d'utilisation sont exigés. Ces facteurs peuvent conduire à un accès inégal ou même à l'exclusion des services de santé (9).

En particulier, en santé mentale on peut souligner des études qui ont pu identifier plusieurs barrières culturelles comme une difficulté de communication avec les soignants et des problèmes d'incompréhension liés à un conflit entre les théories culturelles explicatives et les théories médicales (10). Ces éléments justifient l'amélioration du système de soin avec le développement des dispositifs adaptés et sensibles à la culture pour la prise en charge des migrants (11).

1.2.3 Santé mentale et migration

La plus grande littérature sur la santé des migrants dans le monde concerne la recherche dans le domaine de la santé psychosociale et mentale (12).

Cela se comprend du fait des vulnérabilités spécifiques liées à l'histoire et au statut de migrant.

La migration est un processus composé d'une série de phases spatiales et temporelles - qui ont toutes leurs propres caractéristiques et défis. Au cours de toutes ces phases, un traumatisme psychologique peut se produire - dans certains cas, de manière chronique, entraînant des problèmes de santé mentale. L'impact des traumatismes liés à la guerre, aux catastrophes et au parcours migratoire peut se manifester plus tard sous la forme de facteurs de stress mental et ces conséquences sur la santé mentale ont été bien étudiées (13).

Au cours de la phase d'arrivée et d'installation dans les pays d'accueil plusieurs conditions spécifiques à la migration ont été identifiées comme facteurs de stress et vulnérabilité : la séparation avec la famille et les amis, la perte du statut social, les difficultés linguistiques, la position minoritaire dans le pays d'accueil pouvant engendrer de la discrimination(14, 15).

Comme décrit par T.Nathan la migration, quel qu'en soit le motif, peut présenter des effets traumatiques. (16). Le cadre culturel externe est rompu et ne correspond plus au cadre culturel intériorisé, niveau à partir duquel la réalité du monde extérieur est décodée.

En plus de cette perte des repères culturels, les migrants sont confrontés à l'acculturation, processus de négociation entre les normes socioculturelles des différentes cultures, qui peut devenir une source de stress. Le migrant doit faire face à une sollicitation permanente pour apprendre les nouveaux codes culturels : gérer l'opposition entre les éléments culturels anciens et les nouvelles attitudes imposées par le pays d'arrivée.

Tous ces facteurs de stress majeurs amènent les migrants à être un groupe de population particulièrement vulnérable au développement de troubles de santé mentale. La BunderspsychotherapeutenKamer (BPTk) a indiqué que 70 % des demandeurs d'asile en Allemagne ont été témoins ou ont subi de graves violences. Le BPTK a également indiqué que, d'après son expérience, 50 % des migrants et des réfugiés sont enclins à souffrir de dépression (17). La prévalence d'état de stress post-traumatique (ESPT) chez les migrants est également très élevée (47 %) (18). De même, les enfants et adolescents de première et de deuxième génération sont plus susceptibles de présenter et de développer des troubles psychiques tels que la dépression, l'état de stress post-traumatique (ESPT), l'anxiété et les troubles du comportement (24, 25).

D'autres sources ont estimé la prévalence des problèmes de santé mentale au sein de ces populations entre 5 et 20 %, la prévalence variant en fonction de variables telles que l'âge, la nationalité, la religion

et les types de problèmes de santé mentale (19, 20, 21). La littérature démontre ainsi que les populations migrantes et les minorités ethniques présentent un risque plus élevé de comportement suicidaire que les populations locales, ainsi qu'un risque plus élevé de décès par suicide (22).

Les symptômes somatiques de la dépression et les troubles de somatisation seraient fréquents dans les échantillons cliniques de réfugiés, de demandeurs d'asile et de migrants en situation irrégulière, mais aucune étude évaluant la prévalence exacte de ces symptômes et troubles dans ces groupes n'est disponible. Le groupe plus étudié est celui des réfugiés. Les résultats des études sont particulièrement limités pour les migrants en situation irrégulière, qui ont rarement fait l'objet d'une étude systématique et qui, par définition, ont un certain nombre de restrictions sur l'accès aux soins de santé (23).

En France, on constate une limite dans ces études parce que les statistiques ethniques ne sont pas collectées à des fins officielles et les minorités ethniques ne sont pas considérées comme des cibles des politiques sociales. Les données et les connaissances sur les discriminations fondées sur l'origine ethnique ou le statut migratoire sont donc extrêmement rares, malgré l'éclairage qu'elles pourraient apporter sur le vécu des groupes minoritaires.

Face à une multiculturalité en évolution et à ces barrières multiples qui rend les soins moins accessibles à une population pourtant à risque des troubles psychiatriques, une adaptation et une sensibilisation à la culture du système de santé est nécessaire. La psychothérapie culturelle peut apporter plusieurs leviers thérapeutiques dans les soins des patients souffrants de troubles psychiques.

1.3 CULTURE ET PSYCHIATRIE

« Il n'existe pas d'homme sans culture ». Geza Roheim

Le besoin d'un accompagnement psychothérapeutique des migrants et la tendance à moins utiliser les services de santé mentale chez cette population par rapport à la population d'accueil nous obligent à penser à des dispositifs de santé mentale qui prennent en compte la dimension culturelle dans le soin et dans la relation thérapeutique.

Chaque pays selon son modèle de citoyenneté et ses flux migratoires a développé des dispositifs différents (26). En France, le modèle d'assimilation des migrants et de gestion de la diversité ethnique est connu sous le nom de « modèle républicain français ». Ce modèle de citoyenneté français tend à minimiser l'importance des différences culturelles des individus en faveur de l'adhésion aux valeurs communes de la République. Traditionnellement, le multiculturalisme établi en France est celui dans lequel l'identité culturelle peut s'exprimer dans la sphère privée, mais n'est pas reconnu ou valorisé dans la sphère publique (27).

Aussi notre modèle de soins est caractérisé par cette vision en faveur des valeurs communes d'intégration. Cependant, dans le champ de la santé mentale, les professionnels ont rapidement trouvé des limites dans cette conception de soins et ils ont proposé des approches psychiatriques qui tiennent en compte de la question culturelle dans la clinique. Qu'entendrons-nous par « culture » ?

1.3.1 Différentes conceptions de culture

Le mot « culture » accueille multiples usages et significations, et il a été utilisé et défini dans plusieurs domaines. L'origine latine du mot « culture » dérive du verbe *colere*, qui a comme significations principales, d'« habiter », « cultiver » (la terre), « adorer » (un corps), « vénérer » (une divinité), « exercer » (une capacité) (28).

Le concept classique de culture est apporté pour la première fois par Cicerone dans les *Tusculanae disputationes* (2, 5, 13) où il affirme que « *cultura animi philosophia est* », et il fait le lien entre la culture et l'être humain pour exprimer la nécessité de cultiver l'âme, l'esprit.

La culture, en sens classique, sépare l'individu qui l'exerce du peuple inculte et l'éloigne des coutumes (*mores*) et de sa société particulière.

Le concept de culture a beaucoup évolué avec le siècle des Lumières et le rationalisme. JG Herder (29) est un des penseurs principaux pour l'élaboration du concept moderne de culture en opposition à la notion philosophique. Le concept de "culture de l'humanité" apparaît comme un concept alternatif et contrasté à celui de la « culture de la raison » ou de « l'esprit ».

On voit donc émerger le concept ethnographique de la culture, qui sera ensuite approprié par les développements des sciences sociales. Tylor amène à la naissance de l'anthropologie culturelle et il ajoute une définition explicite et synthétique : « la culture est cet ensemble complexe qui comprend les connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes, et toutes les autres aptitudes et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre d'une société » (30). Dans cette définition, on peut noter l'essentialité de la dimension ethnographique, l'idée que la culture est un tout qui englobe différentes activités, le caractère acquis de tout ça et la connexion du concept de culture avec celui de société, dans le sens où l'acquisition de la culture se traduit par le fait d'appartenir à un groupe social.

Cette vision stable de la culture a conduit, selon certains à une dérive raciste du concept pour une définition de la culture avec des caractéristiques d'uniformité et immobilité semblables au concept de race.

Le concept de culture est toujours en évolution et aujourd'hui elle est considérée par les anthropologues comme un système dynamique avec ses racines précaires et variables qui peut changer et se transformer dans le temps (31).

Cette caractéristique tient au fait que chaque forme culturelle existe, seulement grâce aux individus, qui la réalisent (32).

La culture commence à être décrite comme un univers de significations symboliques en commun à un groupe social. Ces significations sont transmises d'une génération à l'autre et sont sensibles au changement (33).

1.3.2 De l'ethnopsychiatrie de Devereux à la psychiatrie transculturelle : concepts clés

À partir de son fondateur, la psychanalyse entretient des liens et des échanges avec la culture. S.Freud contribuera à théoriser un parallélisme étroit entre le sujet et la dimension culturelle et dans « Totem et tabou » (34), il va rechercher aussi l'universalisme de la psyché humaine. Ensuite, une graduelle édification de l'anthropologie psychanalytique aura lieu avec les apports soit des anthropologues soit des psychiatres.

En France, la question d'adapter les soins psychiatriques à des situations de diversité culturelle a commencé à se présenter en 1980 à partir des travaux de G. Devereux, le fondateur de l'ethnopsychiatrie (35), qui va créer un fort lien entre inconscient et culture.

La théorie de l'ethnopsychanalyse de G. Devereux se base principalement sur trois points (36, 37). Un des principes pour G. Devereux est **l'universalité psychique** qui permet de considérer le fonctionnement psychique des individus comme le même pour tout le monde. Il reconnaît, cependant, que si l'être humain tend vers l'universel, il y tend par le particulier de sa propre culture.

Le deuxième principe est celui de la méthode révolutionnaire, utilisée par G. Devereux : **le complémentarisme**. Cette méthode prend sa logique de la théorie quantique, basée sur le principe d'indétermination de W. Heisenberg selon lequel « il est impossible de mesurer simultanément et avec la même précision la position et le moment de l'électron ». G. Devereux tend vers une « pluridisciplinarité non fusionnante et non simultanée » pour articuler un « double discours » entre psychologie et anthropologie/sociologie. Ces deux discours peuvent être amenés « grâce au décentrage, qui permet de prendre successivement deux places différentes par rapport à l'objet sans les réduire l'une à l'autre et sans les confondre ». Le **décentrage**, position intérieure qui permette de ne pas ramener de l'inconnu à du connu, est le troisième concept essentiel dans la théorie de G. Devereux.

T. Nathan, en 1979 (16), reprendra la théorie de G. Devereux pour donner vie au premier dispositif de consultation d'ethnopsychiatrie pour la prise en charge des populations migrantes, en France.

C'est à l'hôpital public d'Avicenne (Bobigny) que ce nouveau cadre de consultation est créé et il sera modifié par la suite par M.R. Moro qui va l'adapter aux enfants de migrants (deuxième génération). M.R. Moro va reformuler l'approche ethnopsychiatrique en utilisant une notion plus dynamique de la culture. Elle introduit le concept d'une culture « métissée » (15). Le mot « transculturel » sera utilisé

davantage dans le sens de reconnaître en manière systématique « la signification générale et la variabilité de la culture, plutôt que la connaissance des milieux culturels spécifiques », de pouvoir se « décentrer » pour prendre en compte les artefacts de la culture en général dans les mécanismes de défense et refoulement, de pouvoir élaborer l'Altérité en soi (38). Le thérapeute ne connaît pas forcément la culture du patient, mais il comprend le concept de « culture » et il l'utilise dans l'établissement du diagnostic et du choix thérapeutique. Ce dispositif se développe d'abord à Avicenne pour être ensuite importé, en 2008, à la Maison des adolescents de l'Hôpital Cochin, connue comme la Maison de Solenn, à Paris.

1.3.3 Le dispositif de consultation transculturelle français

Ce dispositif spécifique est constitué par un groupe de thérapeutes et co-thérapeutes qui reçoit le patient et sa famille. Le groupe, disposé en cercle, souligne l'importance de la prise en compte de la pathologie comme un événement groupal et non pas individuel. Les thérapeutes, une dizaine en général, polyglottes et multiculturels, amènent dans le groupe leur propre culture et leur altérité. Ils prennent successivement la parole au cours de la consultation à la demande du thérapeute principal qui centralise et fait circuler la parole. Les thérapeutes sont essentiellement psychiatres ou psychologues de formation psychanalytique et formulent des hypothèses, des métaphores ou des images en s'adressant au thérapeute principal. Chaque thérapeute doit être formé au décentrage et sensibilisé à l'approche transculturelle.

La présence de l'interprète est essentielle et permet au patient et à la famille de parler la langue maternelle et de pouvoir passer d'une langue à l'autre selon leurs envies et possibilités.

Le dispositif est « à géométrie variable », c'est-à-dire qu'il peut être adapté et de différentes tailles selon la demande de prise en charge, la culture du patient, la problématique principale, etc.

Il s'agit d'un dispositif de deuxième intention, auquel une équipe extérieure, une institution médicale ou sociale, adresse une famille lorsque les prises en charge classiques ne sont pas suffisantes. L'indication est posée quand une approche clinique culturelle est estimée nécessaire pour faire avancer une situation clinique.

L'équipe ou le thérapeute de première intention (TPI) est invité à participer aux consultations comme co-thérapeute pour assurer une continuité dans la prise en charge.

Il s'agit d'un suivi habituel des séances programmées toutes les 4 à 6 semaines qui ont une durée d'une heure à une heure trente environ.

L'intérêt initial de la thérapie est de travailler sur les différentes représentations culturelles de la maladie en ouvrant le dialogue avec la famille. Les histoires familiales et de migrations sont abordées en consultation. Les objectifs de la thérapie sont de travailler le clivage psychique et les aspects traumatiques de la migration (15).

Aujourd'hui, plusieurs études de cas ou des approfondissements théoriques ont montré l'intérêt de la psychothérapie transculturelle. Son évaluation qualitative reste cependant limitée (39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46).

1.4 ÉVALUATION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE TRANSCULTURELLE (PTC)

1.4.1 Méthodes d'évaluation des psychothérapies

La question de l'évaluation des psychothérapies a été depuis toujours sujette à débats et assume une place importante dans la clinique psychologique d'aujourd'hui.

En particulier, depuis les années 1950, le champ de la recherche en psychothérapie est en train de se développer. Dans les années 1980, la recherche était caractérisée par la méthode quantitative, forme de recherche fortement dominante dans le monde médical, qui mesure l'efficacité en recourant aux principes de l'Evidence Based Medicine (EBM) (47). La notion d'« évaluation scientifique » se base sur la validation d'une approche qui dépend du nombre d'Essais contrôlés randomisés (ECR), en autres termes des résultats quantitatifs.

Ces dernières années, une autre méthodologie qualitative, complémentaire à celle de la recherche quantitative, a connu un essor dans les sciences médicales en particulier en médecine générale, oncologie et au sein de la santé mentale. La méthode qualitative pose ses racines dans les sciences humaines. Plus précisément, elle fait référence à l'approche constructiviste-interprétativiste et critico-idéologique qui, vers les années '70, a commencé à remettre en question la méthode de recherche scientifique, et est ainsi apparue comme une alternative complémentaire à celle-ci (48).

La question de départ « Les psychothérapies sont-elles efficaces ? » est ainsi devenue aujourd'hui « Pourquoi, comment et dans quelles conditions particulières une psychothérapie produit-elle des effets ? » (49).

Pour aborder cette question, la méthodologie doit basculer. Elle n'est plus fondée « sur la preuve », mais sur la pratique et, au sein de celle-ci, sur l'analyse des processus et l'évolution des processus qui organisent l'activité psychique. On assiste depuis plusieurs années à une augmentation des recherches qualitatives, où il y a l'introduction du processus interne de la psychothérapie à partir des personnes impliquées : le patient, le thérapeute et leur interaction.

La méthodologie qualitative réunit les expériences et les ressentis personnels pour la compréhension des processus thérapeutiques, des éléments d'évolution et des changements au cours d'une psychothérapie. Certains utilisent le terme de *practice-based-evidence* ou *process research*.

Pour les recherches qualitatives, l'opinion subjective des acteurs de la psychothérapie devient la source d'étude principale. Ce matériel provient principalement de l'enregistrement des dialogues thérapeutiques ou des questionnaires semi-structurés et de leur transcription intégrale en suivant des codages standardisés et rigoureux pour les utiliser dans la recherche (50).

La méthode qualitative est considérée comme le premier choix pour étudier les expériences, les pensées, les attentes, les motivations et les attitudes - et les questions du "comment" et du "quoi" concernant le processus et le changement. Certains auteurs, comme McLeod, (51) soutiennent que la recherche qualitative est plus conforme aux pratiques des psychothérapies, qui mettent l'accent sur l'action humaine, la réflexivité, l'émotion et la parole pour la création de sens et le rôle du langage dans la construction des réalités (52, 53).

Les méthodes qualitative et quantitative sont fréquemment mises en opposition. Certains auteurs, comme B. Falissard (54), cependant, soutiennent l'idée qu'il s'agit de deux approches complémentaires qui, ensemble, peuvent permettre d'appréhender la complexité des psychothérapies. Comme soutenait G. Devereux l'approche complémentariste permet, aussi en recherche, d'analyser un sujet complexe comme le comportement humain (55). En effet, la méthode qualitative va approfondir l'étude idiographique et celle quantitative recherche l'aspect nomothétique des situations (56, 57, 58, 59).

Plus récemment, les approches à méthodes mixtes, telles que l'inclusion d'études qualitatives dans les ECR (Etudes Contrôlés Randomisés), ont également fait l'objet d'une attention particulière afin de mieux comprendre l'impact des interventions thérapeutiques dans des contextes cliniques complexes (60).

1.4.2 Perspective d'observation : le point de vue des praticiens

Un point de départ pour réfléchir à la collecte de données qualitatives est la perspective de l'observation (61), c'est-à-dire à qui demander : patient, thérapeute ou observateur extérieur ? Il ressort clairement de la littérature existante que la plupart des chercheurs préfèrent demander aux patients.

En effet, le patient est la personne susceptible d'avoir l'information la plus directe sur les changements qu'il a subis, y compris les aspects de son expérience privée qui pourraient ne pas être apparents pour les autres, y compris pour le thérapeute (59).

Toutefois, il convient d'envisager les autres possibilités, qui seront utilisées dans cette recherche, dont la plus évidente est de demander aux thérapeutes quels sont les changements qu'ils ont constatés chez leurs patients et leur changement en tant que thérapeute aussi. D'autre part, les thérapeutes sont susceptibles d'avoir une formation linguistique et perceptuelle plus différenciée pour discerner les changements dont les patients ne sont pas conscients ou qu'ils ne remarquent pas. Ils peuvent également

s'appuyer sur l'expérience d'un large éventail de patients, en les sensibilisant aux changements possibles, dont certains peuvent être d'accès difficiles pour les patients. Par exemple, Traynor et coll. (62) ont interrogé des thérapeutes sur leur point de vue sur les aspects et les effets utiles de leur travail avec des patients présentant des processus psychotiques. En outre, il s'agit d'une méthode intéressante, par exemple, pour évaluer et réfléchir sur les échecs des psychothérapies en général (63, 64).

Enfin, il convient de souligner que la thérapie affecte aussi bien les thérapeutes que les patients, et qu'il serait logique d'interroger les thérapeutes pour commencer une étude sur les changements et les résultats des psychothérapies.

1.4.3 Brève revue de la littérature : la recherche qualitative des psychothérapies à partir de la perspective de thérapeutes

Les études qualitatives à partir du point de vue des cliniciens jouent un rôle clé dans la littérature de recherche sur les thérapies. Ce domaine a évolué à partir d'un besoin de partage des connaissances pratiques et constitue une alternative aux résultats d'autres types de recherche, tels que les ECR ou les études qualitatives centrées sur les expériences des patients. Les modèles d'étude qui saisissent différentes dimensions de la connaissance professionnelle comprennent les études autobiographiques et auto-ethnographiques à la première personne qui présentent les connaissances professionnelles accumulées par un clinicien individuel en relation avec un groupe de patients spécifique ou une phase de sa carrière (65, 66, 67). D'autres études ont examiné l'expérience et les connaissances des cliniciens par rapport à des domaines de pratique distincts (68, 69) ou ont cherché à représenter la totalité de l'expérience professionnelle (65).

Une recherche en littérature a été effectuée en interrogeant plusieurs bases de données (PubMed, Cairn, SpringerLink, PubPsych, Base Santé Psy et Google Scholar).

La sélection des articles a inclus seulement les articles qualitatifs qui examinent certains aspects des psychothérapies à partir du ressenti des thérapeutes.

En général, il existe très peu de recherches qui impliquent le thérapeute comme sujet ou qui utilisent des méthodologies qualitatives pour répondre aux questions clés (70).

Cependant, on peut trouver cette méthode pour analyser plusieurs psychothérapies individuelles, par exemple, comme les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies brèves, la thérapie centrée sur les émotions, la EMDR, ou encore l'art-thérapie (71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81).

Ces études sont pour la plupart isolées et cherchent à explorer le ressenti des thérapeutes dans des contextes spécifiques ou pour évaluer la faisabilité d'un nouveau dispositif (82)

On souligne l'activité du (CRPPC)-Centre Didier Anzieu (83) qui, en 2016, écrit que la plupart des thèses de doctorat actuellement soutenues dans le cadre de leur recherche comportaient « des tableaux

d'évaluation qualitative, notamment des dispositifs à médiation, qui montrent l'efficacité et l'intérêt de l'approche psychanalytique groupale, dans un contexte de disqualification de l'approche psychanalytique en institution. Nos recherches récentes sur l'approche psychanalytique du groupe concernent en effet des propositions d'évaluation qualitative des dispositifs thérapeutiques groupaux et notamment des dispositifs de médiations thérapeutiques, comme la peinture, le modelage, la musique, mais aussi la médiation sensorielle olfactive, l'équithérapie ou les médiations numériques ».

D'autres études plus grandes comme une métasynthèse systématique a été effectuée par exemple sur les expériences des professionnels de la santé mentale en matière de suicide (41), ou encore une métasynthèse pour évaluer l'utilité des supervisions dans la pratique quotidienne (84).

Pour les dispositifs de groupe, on retrouve cette méthode de recherche principalement dans l'évaluation de la thérapie systémique de famille et de couple (85, 86, 87, 88, 89, 90).

1.4.3.1 Point sur la psychiatrie transculturelle et objectif de l'étude

Dans le champ de la psychiatrie transculturelle, on retrouve plusieurs études qualitatives qui partent du point de vue des thérapeutes et prennent en considération les aspects culturels dans le suivi psychiatrique, mais sans explorer un dispositif spécifique de psychothérapie transculturelle. Par exemple, l'étude d'Hendry Ton et al. (91), 43 cliniciens en santé mentale ont été interviewés pour explorer la nécessité d'une approche culturelle dans les soins psychiatriques aux États-Unis et comment la développer. Il existe une étude similaire, mais dédiée à la prise en charge des patients d'origine d'Amérique Latine, de A Taylor (92) ; ou encore une recherche qualitative qui explore les expériences des thérapeutes avec des patients migrants en Angleterre qui souffrent d'un trouble du comportement alimentaire (93).

On met en évidence deux articles de publication très récente qui vont examiner avec une approche qualitative, le dispositif de consultation transculturelle français du point de vue des thérapeutes. Le premier article se dédie à l'expérience de jeunes thérapeutes en formation dans le dispositif de psychothérapie transculturelle et il se base sur la méthode qualitative à partir des groupes de discussion (94). Le deuxième article se consacre à l'évaluation de l'efficacité perçue de la psychothérapie transculturelle à partir de l'expérience subjective des adolescents migrants, de leurs familles et des thérapeutes (45).

À la suite de ces études, l'objectif de ce travail est d'approfondir l'expérience subjective du soin psychothérapeutique transculturel à partir des thérapeutes de première intention (TPI) qui ont adressé leur patient au dispositif. Nous explorerons le point de vue des TPI pour analyser la nécessité de l'indication de la thérapie transculturelle, l'efficacité et les limites perçues de la thérapie ainsi que les dynamiques de changement rencontrées par les thérapeutes.

II. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

2.1 CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE

La méthode qualitative a été privilégiée dans la mesure où l'objectif de ce travail était la contribution des données dans un champ peu étudié jusqu'à présent. L'intérêt d'explorer l'expérience de professionnels vis-à-vis de la psychothérapie transculturelle n'est pas celui de répertorier exhaustivement le point de vue de chaque participant interviewé. Le but est de réunir des représentations communes, de les analyser dans leur contexte afin de mieux les comprendre.

Des entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés avec l'objectif de favoriser la libre expression et d'avoir accès au point de vue subjectif des professionnels sur une psychothérapie complexe qui intègre différentes approches.

Parmi les différentes méthodes de recherche qualitative existantes, nous avons retenu l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) (95). En effet, celle-ci a pour objectif de découvrir en milieu naturel (et non expérimental) la façon dont les sujets expérimentent et donnent du sens à un phénomène, en étudiant le récit qu'ils en font (96). Cette méthode est phénoménologique dans la mesure où elle explore l'expérience avec ses propres termes. Elle est herméneutique dans la mesure où elle est une « théorie de l'interprétation » (97).

Nous avons utilisé cette méthodologie qualitative auprès des professionnels qui avaient adressé un de leurs patients en consultation transculturelle : les thérapeutes de première intention (TPI).

2.2 CHOIX DE LA POPULATION

Dans ce travail, nous avons recherché la représentativité d'un phénomène complexe et avons pris en compte les perspectives hétérogènes des thérapeutes qui ont différents parcours de formation et qui travaillent dans des endroits différents. La pertinence d'une étude qualitative n'est pas définie par la taille de son échantillon, mais surtout par rapport au degré de nouveauté de l'information qu'elle révèle. En recherche qualitative, la méthode d'échantillonnage est raisonnée, non probabiliste, et détermine la représentativité de l'échantillon. Il est donc légitime de sélectionner les participants à l'étude en fonction de leur potentiel apport à l'analyse du phénomène intéressé. Les sujets choisis sont donc des experts qui permettent d'obtenir des données les plus riches possibles (98).

La caractéristique de l'IPA est de fournir un compte rendu interprétatif, détaillé des cas inclus dans la recherche. Nombreux chercheurs reconnaissent que cela ne peut être réalisé de manière réaliste que sur un très petit échantillon - donc, en termes simples, en sacrifiant la largeur de l'étude pour la profondeur. Smith et coll. (97) pensent que pour les étudiants qui utilisent l'IPA pour la première fois, trois participants est un chiffre extrêmement utile pour l'échantillon. Cela permet un engagement approfondi

dans chaque cas individuel, mais permet également un examen détaillé des similarités et des différences, de convergence et de divergence. Le danger pour le nouveau venu est que si la taille de l'échantillon est trop importante, il est débordé par la grande quantité de données générées par une étude qualitative et n'est pas en mesure de produire une analyse suffisamment approfondie (97). Giorgi, comme Sanders, préconisent au moins trois participants comme "nombre suffisant de variations nécessaire pour arriver à une représentativité" (99, 100).

Sanders soutient qu'un phénoménologue devrait sonder un nombre limité d'individus, car des informations suffisantes peuvent être recueillies par le biais d'entretiens intensifs avec environ trois à six personnes (99).

L'échantillonnage était raisonné. Nous avons recruté à Paris dans la maison des adolescents (Maison de Solenn, Hôpital universitaire de Cochin) qui proposait deux consultations de psychothérapie transculturelle, chacune dirigée par un groupe différent d'environ dix thérapeutes. L'équipe référente de chaque groupe de consultation a fait une première sélection de thérapeutes de première intention (TPI) selon les critères cités ci-après afin de garantir une cohérence des résultats et l'absence de préjudices aux participants.

Les professionnels inclus devaient :

- Avoir adressé, au moins, un patient vers le dispositif de psychothérapie transculturelle ;
- Avoir suivi les adolescents inclus pendant au moins 3 mois ;
- Avoir accompagné le patient et participé, au moins, à une séance de la consultation transculturelle ;

Les participants ont été informés de la recherche avec un appel téléphonique par l'infirmière- référente de la consultation. Les détails et le contexte de la recherche ont été donnés dans un deuxième temps par la chercheuse.

Le consentement des participants a été recueilli par oral après une information sur les objectifs et l'organisation de ce projet de recherche.

2.3 RECUEIL DE DONNÉES

La chercheuse a mené pour chaque professionnel de santé un entretien semi-dirigé à partir d'un guide d'entretien élaboré auparavant (Annexe 1). La méthode de l'entretien semi-dirigé avait pour but d'obtenir des informations spécifiques sur le processus de la psychothérapie transculturelle, à partir de la rencontre de cette approche par les professionnels et l'évolution dans le temps du ressenti, tout en laissant les participants répondre librement selon leurs propres expériences et opinions. La chercheuse pouvait relancer le discours pour avoir le plus d'éléments de réponse possible.

L'entretien de recherche a été proposé aux professionnels. Tous les entretiens se sont déroulés entre février 2020 et avril 2020 à une date fixée sur un créneau d'une heure, soit à Maison de Solenn, soit aux lieux de travail des différents professionnels à Paris. Un entretien téléphonique a eu lieu dans le contexte de la crise sanitaire. La durée des entretiens a été en moyenne d'une heure. Chaque entretien a été enregistré avec l'accord des participants puis retranscrit mot à mot en français à l'aide d'un logiciel de traitement de texte.

2.4 ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse selon la méthode de l'*IPA* consiste en un processus itératif et inductif (97). La première étape commençait par plusieurs lectures détaillées des transcriptions, en codant pour identifier de premiers thèmes. Des significations pouvaient apparaître à chaque lecture. Cette étape était proche d'une analyse textuelle libre. Les thèmes récurrents et leurs connexions étaient ensuite repérés dans les différentes transcriptions. Ces thèmes représentaient un partage de compréhension du phénomène étudié entre les participants. Cette étape était davantage analytique puisque les objectifs étaient de donner du sens aux liens entre chaque thème et de mettre en évidence les similarités et les différences des récits. La dernière étape consistait à produire une présentation cohérente et ordonnée des thèmes (97). Il s'agissait alors de faire la synthèse de l'ensemble des expériences décrites, de passer d'une théorie locale de chaque entretien à une théorie générale de la problématique de recherche.

Le processus d'analyse est commencé dès le premier entretien et a continué après chaque nouvelle récolte de données. L'analyse principale des résultats a donc été effectuée en parallèle du recueil de données. L'analyse parallèle influence la collecte des données en amenant le chercheur à redéfinir les questions de recherche, à trouver des contre-exemples et à examiner de nouvelles pistes. Une seule chercheuse (Alessandra Macchi) a effectué la transcription et l'analyse principale. L'analyse a été supervisée par Dr Emilie Carretier, pédopsychiatre et directrice de ce travail, ainsi qu'en séminaires de recherche qualitative. Discuter, clarifier et modifier si nécessaire les thèmes participait à l'amélioration de la validité des résultats (97).

III. RÉSULTATS

Huit thérapeutes professionnels de première intention (TPI) ont été inclus au début de l'étude. Au final, cinq ont participé aux entretiens : deux médecins généralistes de la Protection Maternelle Infantile (PMI) du 19^{ème} et du 20^{ème} à Paris, deux psychiatres et un médecin généraliste en libéral à Paris (Tableau 1). Trois thérapeutes ont annulé les rendez-vous à cause d'obligations de travail et du contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19.

Tableau 1)

Caractéristiques des participants

Thérapeute	Sexe	Pays d'origine	Professionnel de 1 ^{ère} intention	Type de structure	Formation de psychiatrie transculturelle	en Ville
T1	F	France	Médecin généraliste	PMI	Pas de formation	Paris
T2	M	France	Médecin généraliste	PMI	D.U. « Psychiatrie et compétences transculturelles »	Paris
T3	F	France	Pédopsychiatre	APHP	Séminaires	Paris
T4	F	France	Pédopsychiatre	APHP	Master « Clinique de l'enfant et de l'adolescent et clinique transculturelle »	Paris
T5	F	France	Médecin généraliste	Cabinet	D.U. « Psychiatrie et compétences transculturelles »	Paris

L'analyse des résultats a fait ressortir 9 thèmes classés en 3 méta-thèmes. (Tableau 2)

« Le besoin d’adresser les patients en psychothérapie transculturelle (PTC) : un sentiment de blocage et manque de moyens » aborde les motifs pour lesquels les TPI ressentent la nécessité d’une prise en charge transculturelle pour le patient et sa famille.

Les thérapeutes décrivent des situations d’impasse et un sentiment de « blocage », des limites dans la prise en charge « classique » du patient et de sa famille. Ils décrivent aussi un « manque » de moyens pour pouvoir travailler certains éléments qui n’arrivent pas à être abordés en consultation individuelle comme l’histoire de vie ou les éléments culturels. Ils recherchent dans la consultation transculturelle un nouvel espace pour « réouvrir » le dialogue avec le patient et ils proposent la PTC à leurs patients quand une alliance thérapeutique est déjà bien établie avec eux.

« La rencontre avec le dispositif de PTC : un lieu « intimidant » qui se transforme en lieu de soutien pour la famille et le thérapeute »

Au début les TPI peuvent percevoir le dispositif comme un lieu « intimidant ». Le grand groupe des thérapeutes et la spécificité de l’indication pour la PTC peuvent induire des doutes et de l’anxiété chez les TPI pendant la première consultation. Cependant, à la fin, le dispositif de PTC sera ressenti par les TPI comme source de soutien pour la famille, mais aussi pour eux-mêmes. La présence de l’interprète, le groupe et la circulation d’images sont identifiés comme éléments de soutien.

« La PTC perçue comme source de changements multiples » met en évidence plusieurs thématiques qui ont évolué depuis la rencontre avec la PTC.

Nous verrons que la PTC permet un changement au niveau des dynamiques familiales et une modification dans la prise en charge individuelle avec le patient et sa famille. Grâce à l’accès aux récits de vie, on assiste à une nouvelle ouverture de la prise en charge et à une modification de la perception des familles de la part des TPI. La circulation de la parole devient possible et une amélioration de l’alliance thérapeutique se définit. En dernier, on remarque l’impact de la PTC sur les TPI eux-mêmes et sur le changement dans leur pratique clinique en général.

Tableau 2)

META THEMES	THEMES	DESCRIPTION
Le besoin d'adresser les patients en PTC : un sentiment de blocage et manque de moyens		
	« Blocages » et manque de moyens dans des situations « complexes » sur le plan familial et culturel	Le TPI pose l'indication de la consultation transculturelle quand il y a des « blocages » dans la prise en charge de situations « complexes ». Le TPI est dans la difficulté d'avoir accès aux récits de la famille et de parler de culture. Le TPI ressent un manque de moyen en consultation.
	Le recours à la consultation transculturelle : à la recherche d'un nouvel espace pour réouvrir le dialogue en thérapie et combler un manque	Le TPI souhaite rechercher un espace pour réouvrir le dialogue et avoir accès aux récits familiaux et pouvoir travailler les éléments culturels. Le dispositif transculturel est vu comme un lieu spécialisé qui a les moyens de combler certains manques.
	La proposition du dispositif de consultation transculturelle : la nécessité d'avoir une bonne alliance pour le faire	Comment introduire le patient et la famille au dispositif. Les TPI soulignent l'importance d'avoir une bonne alliance thérapeutique initiale pour pouvoir adresser leur patient en PTC.
La rencontre avec le dispositif de PTC : un lieu		

<p>« intimidant » qui se transforme en lieu de soutien pour la famille et le thérapeute</p>		
	<p>Un lieu « intimidant » initialement pour les TPI</p>	<p>Les TPI expriment la crainte et le stress initial d'envoyer leur patient en PTC et mobiliser un aussi grand nombre de professionnels. Les TPI sont impliqués au niveau émotif dans le suivi du patient en PTC et ils montrent un sentiment d'appréhension pendant les premières séances.</p>
	<p>Les TPI perçoivent le soutien de la famille par le dispositif de psychothérapie transculturelle (le groupe, l'interprète, les images...)</p>	<p>Les TPI vont apprécier la fonction du groupe, de l'interprète et des images proposées par les thérapeutes. Tous ces éléments amènent les TPI à voir la famille en confiance et dans des attitudes différentes que dans le suivi individuel.</p>
	<p>Les TPI se sentent soutenus par le dispositif de PTC</p>	<p>Les TPI peuvent exprimer le soutien que le dispositif apporte à eux-mêmes dans le suivi des situations « complexes ».</p>
<p>La PTC perçue comme source de changements multiples</p>		
	<p>La PTC mobilise les ressources de la famille et amène à un changement dans la dynamique familiale</p>	<p>La PTC impacte sur la dynamique familiale : fratrie/parents/ enfants</p>
	<p>L'accès à la narrativité apporte un changement dans la prise en</p>	<p>La PTC impacte sur le changement dans la prise en</p>

	charge en individuel et dans l'alliance thérapeutique	charge individuelle avec le patient. L'accès au récit, une connaissance meilleure et complexifiée du patient. L'amélioration de l'alliance thérapeutique
	Changement du TPI dans sa pratique au quotidien	Richesse de lecture à travers l'approche transculturelle et changement dans le positionnement du TPI dans sa pratique clinique en général.

3. 1 LE BESOIN D'ADRESSER LES PATIENTS EN PTC : UN SENTIMENT DE BLOCAGE ET UN MANQUE DE MOYENS

3.1.1 « Blocage » et manque de moyens dans des situations « complexes » sur le plan familial et culturel

L'indication à la thérapie transculturelle vient en deuxième intention, face à des blocages dans la prise en charge classique. Il apparaît que les TPI ont recours à la consultation transculturelle quand la composante culturelle vient complexifier la prise en charge. La dimension culturelle comme l'histoire de vie peuvent être difficiles à aborder dans le suivi en individuel par les TPI.

« [dans des situations complexes] il y a aussi une dimension transculturelle qui intervient et des questions à poser là-dedans » V1

« Elle parlait des voix, des voix qu'elle entendait, des menaces qu'elle entendait par rapport à son vécu en Afrique. » V2

« La culture vient complexifier la prise en charge et à un moment donné on se retrouve limité pour avancer » V3

La composante culturelle amène à une incompréhension entre TPI et patient ou à une réticence à parler en consultation des origines, des théories étiologiques du pays et des éléments culturels.

« Il n'avait pas la possibilité de me répondre, non pas par un refus, mais par quelque chose qui ne passait pas. Je me heurtais vraiment et c'est pour ça que j'avais l'impression que s'exprimer dans sa langue ça allait pouvoir l'aider. » V4

« Ils ne peuvent pas partager ça avec moi puisque je ne pourrais pas comprendre le mektoub le mauvais œil, etc. des autres étiologies culturelles et profanes très différentes qui sont selon eux très, très lointaines des causes médicales » V5

La mère disait au TPI : « Le traitement antidépresseur c'est non, je ne suis pas d'accord, non seulement je ne suis pas d'accord, mais vous vous trompez de piste et moi je pense que ma fille si elle est si fatiguée c'est peut-être parce qu'elle était maraboutée au pays » V6

Les TPI soulignent des blocages caractérisés en particulier par l'impossibilité de pouvoir avoir accès aux récits, même si les patients arrivent à s'exprimer en langue française. L'accès au récit et à la parole devient fondamental pour pouvoir continuer le travail de psychothérapie.

« Là, on voyait bien qu'on n'arrivait pas, tu vois, à trouver une manière de faire pour l'aider » V7

« Pour une ado coincée, entre deux cultures, c'était absolument impossible pour nous de comprendre, de se situer et donc de l'aider » V8

La difficulté à avoir accès aux parents dans la prise en charge en individuel est aussi motif de blocage. Les TPI décrivent des parents réticents avant le début de la prise en charge en thérapie transculturelle et qui ne participent pas au suivi de l'adolescent ou de l'enfant.

« Elle hésitait vraiment à me parler de ce qu'elle avait en tête au sujet de la maladie, de la souffrance de sa fille » V9

« C'était un papa qui n'avait jamais rien expliqué [...], qu'en entretien il restait très froid, très distant. Il ne me regardait presque jamais dans les yeux ». V10

« Les difficultés aussi avec la maman, parce que c'était la maman qui faisait l'accompagnement parfois, et très peu des discussions possibles avec cette maman, peu d'échange, aucun questionnement de la part de cette maman » V11

Dans la proposition de la thérapie transculturelle, les TPI peuvent remarquer des limites de la prise en charge classique au CMP avec une fréquente absence d'interprètes, raison d'un manque de communication. C'est en particulier les trois médecins généralistes qui rencontrent cette limite dans le suivi au CMP.

« Pour accompagner madame un peu différemment et pour entendre certaines choses que madame n'a peut-être pas dites en consultation classique parce que souvent ça se faisait sans l'interprète » V12

« Ils l'avaient mis sous traitement, un traitement assez important avec des neuroleptiques, mais avec un échange inexistant avec le thérapeute » V13

« Par exemple le blocage pour une famille c'était le fait que la psychiatre du CMP n'utilisait pas d'interprète et élaborait très peu autour du suivi de la personne » V14

3.1.2 Le recours à la consultation transculturelle : à la recherche d'un nouvel espace pour réouvrir le dialogue en thérapie et combler un manque

Les TPI rapportent leurs attentes personnelles de la prise en charge en thérapie transculturelle. Ils expriment souvent l'attente de permettre à la famille d'avoir à disposition un « espace où la parole pourrait se libérer », et où pouvoir accéder à leurs histoires, à leurs représentations culturelles pour débloquer des prises en charge et trouver une manière de coconstruire.

« Qu'est-ce que j'attendais, c'était surtout pour le patient un lieu où la parole pourrait se libérer » V15

« J'y pensais parce que je me suis dit : il faut absolument qu'on puisse laisser la place, un endroit particulier où les représentations de la mère puissent s'exprimer un peu plus librement qu'avec moi, que c'était quand même compliqué » V16

Dans le dispositif il y a la rencontre avec le group, thérapeutes et co-thérapeutes qui vont chercher de coconstruire une narrativité et les TPI espèrent que le patient peut faire davantage confiance et mieux comprendre le travail psychothérapeutique. Les thérapeutes transculturels permettent de « faire les liens qui manquent » dans la prise en charge classique.

« J'attendais un investissement et une possibilité que le patient se sente aussi plus en confiance et puis qu'il y ait un lien qui se noue » V17

« Un espace où elle pourra plus comprendre ce qu'on fait et qu'on puisse davantage reconstruire quelque chose ensemble. » V18

« [Les thérapeutes et co-thérapeutes] qui permettront de pouvoir faire ces ponts ces liens et qui manquent et qui font défaut dans la prise en charge qui serait complémentaire et pas du tout antinomique » V19

« Je sentais que j'interprétais mal, que l'autre n'entendait pas où je voulais l'amener et donc [...] il manquait un maillon voilà et la thérapie transculturelle est venue répondre à ce manque » V20

« Qu'on pouvait trouver une manière de coconstruire en tout cas les soins pour sa fille et ma manière de penser n'était pas forcément opposée à la sienne » V21

3.1.3 La proposition du dispositif de consultation transculturelle : la nécessité d'avoir une bonne alliance pour le faire

La totalité des TPI souligne la nécessité d'une « bonne alliance initiale » pour pouvoir adresser la famille en psychothérapie transculturelle. Ils précisent, comme on verra après, que dans un deuxième temps, l'alliance thérapeutique sera renforcée par le suivi en PTC.

« C'est une façon de débloquer certaines situations, même si encore une fois, je pense qu'il y a besoin d'une bonne alliance pour adresser les gens en thérapie transculturelle ». V22

« J'espérais que ça allait fonctionner avec la consultation, alors c'est une famille avec laquelle il y a une forte alliance ils sont très confiants dans la relation ici avec moi » V23

Le dispositif est donc présenté aux familles dans ses composantes par tous les TPI qui le connaissent déjà.

« [Je disais au patient qu'] il y aurait un interprète et qu'il pourrait s'exprimer dans sa langue et puis qu'il y avait tous les autres co-thérapeutes qui étaient là pour réfléchir ensemble au problème et que je les accompagnerais » V24

« Je leur explique que c'est un groupe, qu'il y a un meneur du groupe et que de toute façon la personne qui adresse sera présente » V25

Pour certains, cette présentation n'était pas évidente, s'ils rencontraient le dispositif de psychiatrie transculturelle pour la première fois. La présentation dans ces situations était faite généralement par la psychologue de l'équipe.

« À la fin, parce que je ne connaissais pas bien le dispositif pour ne pas l'avoir moi-même expérimenté [...] c'est quelque chose qui peut quand même poser un souci pour une première orientation, parce que c'est un dispositif assez différent de tous » V26

Les TPI tiennent à préciser que ce n'est pas un dispositif qui s'adresse aux gens seulement pour leurs origines différentes.

« Ce n'est pas parce qu'on est d'une culture différente qu'on doit aller à une consultation transculturelle » V27

« C'est une richesse complémentaire et ce n'est pas du tout parce qu'on ne peut pas faire avec vous parce que vous n'êtes pas de notre culture » V28

3.2 LA RENCONTRE AVEC LE DISPOSITIF DE PTC : UN LIEU « INTIMIDANT » QUI DEVIENT LIEU DE SOUTIEN POUR LA FAMILLE ET POUR LE THÉRAPEUTES DE PREMIÈRE INTENTION (TPI)

3.2.1 Un lieu « intimidant » initialement pour les TPI

En étant un dispositif particulier et unique, il peut provoquer l'inattendu et un sentiment de mystère pour les TPI qui se disent habitués à des prises en charge en individuel plutôt que groupales.

« Ce n'était pas du tout qu'est-ce que je m'attendais, je ne pensais pas du tout que c'était un aussi un grand groupe voilà qu'il y avait toute la famille présente » V29

« Je n'avais pas eu l'information autour ça me semblait un peu mystérieux » V30

Les TPI expriment la crainte et le stress initial d'envoyer leur patient en PTC et mobiliser un aussi grand nombre de professionnels. Les TPI sont impliqués au niveau émotif dans le suivi du patient en PTC et ils montrent un sentiment d'appréhension pendant les premières séances.

« Donc la première fois on est assez stressés par le « quack » de fonctionnement » V31

« J'étais très contente de comment ça s'était passé parce que j'appréhendais quand même pas mal » V32

« Voilà je n'étais pas très, très à l'aise pendant cette première consultation » V33

Le vécu émotionnel des TPI est très présent au cours des consultations en psychiatrie transculturelle et souligne l'investissement des TPI dans la participation. Ils décrivent des émotions intenses en particulier pendant la première séance.

« Des émotions assez fortes parce que c'est aussi un moment de passage de relais sur des situations intenses » V34

« Pendant ces premières consultations [...] je trouve qu'il se passe énormément de choses d'un point de vue émotionnel » V35

3.2.2 Les TPI perçoivent le dispositif de PTC comme un soutien pour la famille (par le groupe, l'interprète, les images...)

Le dispositif est décrit par les TPI comme un espace groupal dans lequel la famille se sent en confiance. Le groupe représente une diversité de cultures, propose des images, des métaphores qui mobilisent les ressources familiales. La présence de l'interprète peut faciliter une alliance thérapeutique et a une importance centrale.

Les TPI ont le sentiment que le **groupe**, en représentant plusieurs cultures et points de vue, amène à une libération de la parole pour le patient qui se sent moins jugé.

« On ose parler des différentes cultures et sans aucun jugement, sans aucun a priori, donc ça ouvre énormément le champ du possible là, où souvent, il pouvait se fermer. » V36

Le groupe valorise la diversité et sa richesse.

« Ils [les thérapeutes du groupe transculturel] s'intéressent justement d'où ils viennent et leur culture [des patients] qui est d'une richesse extrêmement importante et on a besoin de travailler avec ça »

V37

Les TPI constatent que les patients et les familles acceptent facilement l'idée d'une prise en charge en groupe.

« Cette histoire de groupe ça leur a tout de suite parlé » V38

« Je trouvais qu'ils n'étaient pas gênés du nombre, comme si c'était quelque chose d'habituel de parler à un clan et à une famille, voilà » V39

Les TPI perçoivent que les thérapeutes du groupe transculturel peuvent vraiment comprendre les représentations culturelles de leur patient.

« Je pense que sa manière de comprendre la souffrance de sa fille c'était très important qu'on puisse l'entendre et qu'elle puisse en parler avec des personnes qui savent exactement de quoi elle parle... elle parle de maraboutage... » V40

« Échanger justement soit dans leur langue soit dans leur culture, en tout cas quelque chose qu'ils ont le sentiment que l'autre va comprendre, parce que justement il est de la même culture » V41

Certains soulignent l'importance du groupe qui peut permettre au patient de se sentir soutenu dans certaines étapes de vie.

« Je sentais à quel point elle avait besoin de ce groupe pour décoller, ma patiente, en tout cas pour s'engager dans l'adolescence vraiment, pour elle c'était essentiel ce groupe » V42

La présence de l'**interprète** et la possibilité de s'exprimer en langue maternelle pour le patient, y compris pour les patients qui connaissent la langue française, se révèlent déterminantes dans la consultation. L'interprète peut aider à améliorer l'alliance thérapeutique et il aide le patient et sa famille à rentrer en confiance avec tout le groupe.

« Le seul qui avait un lien avec la maman ce jour-là c'était l'interprète qui était quasiment derrière elle et qui lui murmurait presque à l'oreille. » V43

« Je comptais vraiment beaucoup sur la possibilité pour Mr de s'exprimer dans sa langue et sur la connaissance aussi du thérapeute principal de la culture du patient » V44

Les thérapeutes transculturels concluent la consultation en donnant des **images** ou des **métaphores** que leur ont évoqué la consultation. Les TPI perçoivent que cette prise de parole imagée peut débloquent certains aspects du problème et apporter plusieurs propositions de solution à la famille.

« Elle [la patiente] était dans une écoute très active. [...] J'ai l'impression que vraiment, il y avait tellement de propositions qui étaient faites par les co-thérapeutes sur plein de choses différentes... ça se sentait que ça lui parlait ». V45

« Des gens formés dans l'équipe transculturelle [...] ont toujours des images formidables, extrêmement poétiques, c'est extrêmement efficace, en plus, parfois ça paraît magique » V46

3.2.3 Les TPI se sentent soutenus par le dispositif de PTC

Un des TPI a pu exprimer le sentiment de trouver un espace de soutien et ressource dans le dispositif pour la prise en charge de situations cliniques complexes et multidisciplinaires. La consultation de PTC vient soutenir psychologiquement aussi les TPI qui dans leur pratique peuvent se confronter à des situations cliniques lourdes et complexes.

« Je pense que la consultation transculturelle c'est aussi un espace de soutien pour nous, que ce n'est pas fait pas pour ça, mais qu'en effet il est [...] et de remettre un poids psychique de certains accompagnements dans quelque chose ; et du coup après se retrouver rechargé » V47

Certains soulignent l'apport d'une grande richesse dans les séances de consultation transculturelle pour les TPI aussi, qui peuvent continuer à apprendre et se ressourcer au cours des consultations.

« Mais pour moi c'était une richesse, une très grande richesse, j'ai beaucoup appris avec les interventions de l'interprète médiateur et du thérapeute principal [la consultation transculturelle] c'était vraiment, je me régale quand je suis en consultation, voilà. » V48

« Je suis assez émerveillée par effectivement le côté presque magique de ces premières rencontres, de la famille et pour moi aussi parce que j'apprends énormément choses [...] » V49

3.3 LA PTC PERÇUE COMME SOURCE DE CHANGEMENTS MULTIPLES

3.3.1 La PTC mobilise les ressources de la famille et amène à un changement dans la dynamique familiale

Dans le dispositif les membres de la famille peuvent trouver un lieu pour exprimer des choses qui ne sont pas dites à la maison. Les TPI remarquent l'importance pour chaque membre de la famille d'entendre les différentes lectures du problème.

« Elle ne se sentait pas en condition pour dire des choses à la maison [...], mais elle lui exprimait très bien le sien [son point de vue] ce jour-là » V50

« Ça a permis que ce papa rencontre sa fille différemment qu'à la maison en étant furieux qu'elle ne soit pas la fille idéale, la bonne fille, celle qu'il avait imaginé comme elle aurait pu être au pays et voilà, là ça y est on va pouvoir commencer à travailler » V51

Le travail systémique en thérapie transculturelle amène à une mobilisation de la dynamique familiale.

« Alors ce qui a pu bouger c'est le lien entre les parents qui ont pu dire, au moment de la consultation, des choses, qu'ils ne se sont jamais dites sur leurs angoisses, sur leurs inquiétudes, sur leur questionnement, sur leur volonté de mettre en place des choses au pays » V52

« Je trouve qu'il y a une meilleure communication ensuite entre les ados et les parents vraiment ...c'est assez évident. Toute la dynamique familiale qui doit évidemment, qui forcément doit être remobilisée » V53

Aussi au niveau familial les TPI soulignent des changements, une meilleure entente. Le dispositif permet une rencontre avec la famille, rencontre qui pouvait être difficile dans les autres contextes de prise en charge avec les parents

« Déjà ça avait changé, je n'avais pas besoin de l'appeler cinq fois avant pour qu'on le voie à une seule consultation. Je l'appelais une fois et il était là et qu'effectivement il me regardait, je sentais qu'il était prêt à participer un peu plus au travail qu'on pouvait faire avec son ado » V54

« On a eu beaucoup du mal à accéder à ce père, en effet on n'a jamais réussi à le rencontrer. Le père est arrivé à la 7ème consultation transculturelle [...] et il y a eu un vrai virage dans la prise en charge [en individuel] et dans la consultation transculturelle » V55

Les TPI observent la présence en consultation des fratries, des enfants et de leur participation active. Les enfants montrent un changement du comportement pendant les séances de PTC. Les TPI perçoivent un apaisement des enfants ainsi qu'une participation active lorsqu'ils sont en consultation transculturelle.

« Ce changement des enfants hyper excités et qui tout d'un coup rentrent dans cette pièce [...] et qu'on n'a quasi pas entendus pendant toute la séance qui a duré quand même une heure et demie ». V56

« Les enfants sont beaucoup plus calmes, très attentifs à ce que peuvent raconter les parents en lien comme ça avec les thérapeutes » V57

« [L'enfant], il y avait les premiers mots et je ne me souviens plus de ce qu'il a dit, mais il a, à un moment il est intervenu et c'était tout à fait à propos, c'était incroyable » V58

Les TPI sont aussi surpris que les enfants aient un espace qui leur est dédié au milieu de la pièce avec un co-thérapeute qui les accompagne pendant toute la séance. Les TPI soulignent aussi l'interaction active du co-thérapeute auxiliaire avec les enfants qui permet d'accompagner et d'élaborer une partie du travail pour les parents et l'enfant.

« J'étais assez marqué par le fait qu'un des thérapeutes aille avec l'enfant et du coup illustre de manière non dite et assez fine des choses qui avaient été perçues donc c'est le côté aussi agir de la consultation transculturelle, le fait que l'enfant soit au milieu » V59

La présence des fratries est aussi importante et l'histoire de vie des parents devient intéressante pour eux dans le contexte de la consultation transculturelle.

« Je suis toujours étonnée que toutes les fratries mêmes si elles ne parlent pas, elles écoutent parler les parents [...] et puis en effet, ils sont passionnés par l'histoire de leurs parents remise dans le contexte culturel. Ça aussi, je trouve que c'est toujours assez extraordinaire » V60

3.3.2 L'accès à la narrativité apporte un changement dans la prise en charge en individuel et à une amélioration de l'alliance thérapeutique

Les TPI rapportent le sentiment de mieux comprendre la famille et leurs difficultés grâce à l'histoire de chacun.

« Ça permet vraiment d'avoir une ouverture pour mieux comprendre une problématique qu'elle soit familiale, individuelle...et donc d'avoir comme ça une lecture extrêmement plus riche, de faire des ponts entre différentes cultures ». V61

« On n'avait plus juste une dame assommée de neuroleptiques, mais on avait un travail plus complet qui avait été fait autour, en termes d'approche globale dans la prise en charge et d'accompagnement par la pensée de l'histoire de la famille ». V62

Les consultations en thérapie transculturelle amènent, pour tous les TPI, la possibilité de mieux connaître les patients, leurs familles et avoir accès aux récits.

« Il y a eu certains moments où on pouvait avoir accès davantage à la maman et à ses inquiétudes à sa propre histoire à elle » V63

« Ce papa, pendant ce premier entretien, il avait pu s'effondrer à parler du pays, à parler de sa famille, sa mère, son lien avec sa mère. Ce qu'il ne s'était absolument pas autorisé à faire avec moi ». V64

« Une maman qui retourne le dos à l'équipe et qui petit à petit s'ouvre vers l'équipe, qui parle plus, qui sourit et qui a pu raconter son histoire ». V65

Au cours des consultations les TPI ont accès à d'autres récits de leur patient et peuvent mieux comprendre leur fonctionnement.

« On a pu mieux comprendre ses résistances à elle [de la maman]. [...] En fait, elle avait vraiment, des vraies inquiétudes pour sa fille, qu'elle soit stigmatisée là-bas au pays. [...] Et ça nous a éclairé du coup sur cette alliance assez difficile avec elle sur pourquoi c'était si difficile avoir une bonne alliance avec la maman » V66

« Ça permet de comprendre un peu la relation entre monsieur et madame et les enfants, ça nous a permis de comprendre ça, comprendre les difficultés de la maman » V67

« Il y a eu tellement de choses abordées sur l'histoire familiale de Mr et puis sur des étiologies éventuelles ça a permis à Mr, ils sont retournés au pays je ne sais plus quand, il y a 6 mois, et il est revenu avec des traitements traditionnels qu'il pratique régulièrement » V68

Cette compréhension amène les TPI à pouvoir être plus empathiques et à améliorer la qualité de leur lien thérapeutique avec leurs patients.

« Ça ouvre énormément, je trouve, l'alliance thérapeutique avec un patient sur son histoire personnelle ou familiale ». V69

« Je trouve que s'améliore encore l'alliance thérapeutique avec l'idée qu'effectivement c'est une richesse importante et que les gens se sentent tout d'un coup entendus et compris par leur thérapeute initial [...] » V70

« Il y a eu un enrichissement de notre relation, de leur part une très grande reconnaissance, moi une meilleure compréhension de leur fonctionnement [...] » V71

Les TPI soulignaient un renforcement de l'entente avec leurs patients et aussi un changement dans le suivi en individuel et dans la vision du patient ou de sa famille.

« Ils échangeaient aussi avec moi, à mon cabinet au cours de la prise en charge du dispositif transculturel, la parole s'est aussi libérée pendant les consultations [...] » V72

« Il y a la parole qui s'est déliée, tu vois ? Après cette, cette consultation-là, donc oui, moi je trouve que c'était un vrai tournant » « Moi, j'ai eu un vrai changement dans la prise en charge à côté. » V73

« Ça nous a permis de comprendre ça, comprendre les difficultés de la maman et de montrer qu'il y a effectivement autres choses de thérapeutique que les médicaments. Qu'il y a toute une autre façon de procéder et ça, c'est important dans le cadre de ces consultations-là [...] » V74

Les patients arrivent à s'investir mieux dans leur espace thérapeutique personnel et à pouvoir continuer à travailler des thématiques traitées en partie en consultation transculturelle.

« J'ai l'impression que ça a un peu clarifié les choses dans sa tête et du coup elle a investi avec moins d'ambivalence les soins [...] et il n'y a plus des moments par exemple où elle arrive et elle ne parle plus du tout. Quand elle ne va pas bien, elle arrive à mettre des mots là-dessus, elle arrive à m'en parler. [...] La consultation transculturelle a aidé clarifier certaines choses pour elle. » V75

« On va pouvoir justement travailler ce qu'il ne voulait pas, dont il ne voulait pas entendre parler même en individuel, du pays ça a ouvert des portes ça c'est sûr. » V76

3.3.3 Changement du TPI dans sa pratique au quotidien

La PTC ne change pas seulement le suivi des patients et les dynamiques familiales, mais aussi agit sur le changement des TPI.

Tous les TPI remarquent un changement dans leur positionnement avec les patients, qu'ils se soient formés à la psychiatrie transculturelle ou qu'ils aient rencontré l'approche transculturelle pendant les consultations.

« Au niveau de ma consultation, j'aborde différemment d'il y a 4 ans les patients d'autres cultures et même les patients de ma culture [...] » V77

« Ça a changé ma manière d'aborder les patients, [...] j'ai toujours en tête l'importance de la culture dans mes prises en charge » V78

Ils soulignent d'avoir compris grâce à la PTC l'importance d'interroger les aspects culturels dans l'anamnèse et de valoriser toutes les histoires de vie. Les TPI arrivent à mieux interroger leurs patients sur leurs histoires et les aspects culturels depuis la rencontre avec la PTC.

« Ça m'a permis en effet de réaliser aussi que toute l'histoire dans les familles dans leur pays même si on ne croit pas aux esprits aux... donc quand même pour eux c'est important et ça a un impact sur leur vie, sur leur santé » V79

« Je n'étais pas trop à l'aise d'aller rechercher dans les représentations culturelles de la maladie. Peut être à l'époque je n'étais pas complètement très clair sur le fait que mettre des mots, entendre

des explications, des explications qui peuvent être adaptées à leurs besoins divers c'était important »

V80

Pour certains, poser des questions culturelles devient plus simple. Ils se sentent moins inhibés et plus légitimes de poser des questions, d'aborder les récits de vie et les représentations culturelles du patient.

« En tout cas ça fait déjà voir que les gens peuvent dire les choses que ce n'est pas compliqué d'aborder ces questions-là, voilà. Ça a changé ma manière de questionner en tout cas, ça c'est sûr, d'être en mesure de questionner, autorisé, légitime, compétent. » V81

« Il suffit presque uniquement d'en parler, tout comme si tu interrogeais les éléments familiaux ou transgénérationnels aussi les éléments culturels sont des choses très importantes à interroger » V82

Plus en général, on retrouve un changement dans le positionnement en tant que médecin vis-à-vis du patient, un « décentrage » dans la relation à l'autre. Jusqu'à une façon différente de penser la médecine et les soins.

« Moi c'est ce qui m'a beaucoup parlé tout d'un coup c'est le décentrage effectivement, je sentais qu'il fallait une autre lecture quoi, vraiment ça je le sentais, mais je ne savais pas que s'appelait du transculturel » « Il y a ce décentrage qui est tellement important et que c'est un mot facile à dire, mais, je pense, qui est très difficile à apprendre de qu'est-ce que ça veut dire exactement le décentrage. Je pense que c'est vraiment compliqué de se dire qu'il faut, que tous nos repères peuvent être bousculés [...] Donc, forcément je regarde les gens différemment, on n'est pas dans l'apriori, pas dans l'interprétation ». V83

« Je pense que ma position a changé, ma position en tant que médecin. Et la question qui revient fréquemment c'est qu'est-ce qu'il ressent et qui je suis par rapport à lui ? Voilà ça c'est une des choses que maintenant est présente à presque toutes mes consultations. Et qu'il ne l'était pas forcément avant » V84

« Je pense que ça m'a permis de penser autrement (...) je pense qu'il y a le juste équilibre à trouver entre le transculturel et notre façon à nous de voir la médecine. Elles ne sont pas opposées les deux médecines, la médecine classique, celle qu'on nous enseignait et la médecine plus, plus en lien avec le culturel. » V85

Un des TPI met en évidence le manque dans la formation médicale européenne à une sensibilisation culturelle dans la prise en charge des patients. Il souligne l'impact que la culture peut avoir sur les soins et l'importance d'y penser.

« Moi, en tant que praticienne avec ma culture médicale européenne, on n'a pas du tout connaissance de l'impact que peut avoir toute la culture, tout le vécu dans le pays d'origine sur la vie des familles et sur un impact sur la santé aussi, voilà. » V86

IV. DISCUSSION

Notre étude a interrogé cinq thérapeutes de première intention (TPI) qui ont adressé un des leurs patients en psychothérapie transculturelle. Les entretiens ont permis d'analyser leur expérience personnelle et les transformations amenées par la PTC au niveau de la prise en charge des patients ainsi qu'auprès des thérapeutes dans leur pratique clinique.

Il ressort de notre analyse qu'initialement les TPI se trouvent face à des « blocages » dans la prise en charge qui est « complexifiée » par l'aspect culturel. Les TPI sont dans « l'impossibilité » d'aborder les éléments culturels et ils disposent de « moyens » insuffisants pour les prendre en considération en consultation individuelle. Ils expriment la difficulté de « comprendre comment aider » le patient et ils recherchent à travers la PTC un lieu « où la parole pourrait se libérer », sans a priori, et une manière de « coconstruire » la prise en charge.

Lors de leur première participation à la PTC, le dispositif leur apparaît « mystérieux » quand il n'est pas déjà connu. Les TPI ressentent des attentes et une implication dans le suivi en PTC qui se traduisent en appréhension au cours des premières séances. La PTC se révélera finalement source de soutien et de « recharge » pour eux. La « richesse » des consultations permet aux TPI une amélioration de leurs connaissances et de « changer » aussi dans leur pratique au quotidien. Ils comprennent l'importance de l'histoire de vie et de la culture dans la prise en charge de leur patient, et ils « osent » interroger les patients sur les éléments culturels.

La PTC permet aussi aux TPI de changer leur vision sur leur patient, de « mieux comprendre leur fonctionnement » et d'« enrichir » la relation thérapeutique. Ils perçoivent que la PTC ouvre la possibilité de « délier la parole » et provoque un « tournant » dans la prise en charge.

Plus généralement, la PTC amène à un changement dans le positionnement du TPI face au patient. Faire des ponts entre les différentes cultures permet d'avoir une « lecture plus riche » et faire « un travail plus complet » autour d'une situation clinique. Avec la réouverture du dialogue, ils identifient le rôle central de la narrativité pour pouvoir comprendre le fonctionnement du patient, ses réticences et ses difficultés.

Nous discuterons donc ces résultats autour des notions de **changements opérés par la PTC, dans la prise en charge individuelle du patient avec son TPI, et chez le TPI lui-même.**

4.1 CHANGEMENT DANS LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE DU PATIENT : du vécu d'impasse à une nouvelle vision du patient par le TPI

Tout thérapeute est confronté, à un moment ou à un autre, à des blocages dans la prise en charge, à des résistances au changement au cours de la thérapie. Dans la clinique transculturelle, ces blocages peuvent être attribués aux patients - rendez-vous manqués, absence de dialogue, refus du traitement, etc. - mais aussi aux thérapeutes qui ne sont pas exempts de telles résistances dont l'effet est de ne pas pouvoir être à l'écoute du « non-dit » ou de rentrer dans une mésentente culturelle (101).

L'impasse thérapeutique a été décrite dans la thérapie systémique, par exemple, comme « une relation thérapeutique qui se détériore, un retrait émotionnel et le sentiment de frustration des thérapeutes et des patients » ou encore comme « d'une conversation thérapeutique rigide et statique dans laquelle thérapeutes et patients ont l'impression d'être emportés » (102).

P. Rober, dit qu'à travers l'impasse, le thérapeute remarque ses incapacités à « s'ouvrir aux réalités multiples d'une situation donnée » (difficulté à se décentrer), étant incapable de créer un espace pour le « pas-encore-dit ». Il définit deux niveaux d'impasse chez le thérapeute. Le premier est défini comme un manque d'inspiration et créativité, c'est-à-dire une répétition des mêmes pensées. Le deuxième comme un manque de courage : « Le thérapeute sait ce qu'il devrait faire pour aider, mais le courage lui manque pour le mettre en œuvre ». Il est préoccupé par certains aspects du comportement du patient, mais non par ses propres aspects qui peuvent induire les comportements chez le patient (103).

Dans notre travail, les TPI pouvaient rapporter des situations de blocages dans les suivis en lien avec une difficulté à avoir accès au récit, aux différentes théories culturelles et à une hésitation à poser des questions sur les éléments culturels. Les TPI parlent d'une recherche d'espace pour avoir accès à la narrativité du patient qui ne pouvait pas se réaliser dans le suivi en individuel.

4.1.1 L'accès au récit en psychothérapie transculturelle : le groupe, l'interprète et les images

Le dispositif de PTC vient représenter l'espace pour le « *pas-encore-dit* » et pour « *s'ouvrir aux réalités multiples* » (102). Il est décrit comme un lieu de soutien pour le patient, mais « *aussi un espace de soutien pour nous (thérapeutes)* » V47 où pouvoir surmonter l'impasse et créer une nouvelle dynamique dans la prise en charge.

Les éléments de la PTC qui permettent une évolution dans la prise en charge ont été identifiés dans l'interprète, le groupe et les images des co-thérapeutes qui permettent de coconstruire une narrativité. Ces résultats sont en accord avec autres travaux qualitatifs et de cas cliniques (45, 104).

Comme décrit dans plusieurs travaux théoriques (105), l'**interprète** donne la possibilité au patient de s'exprimer dans sa langue maternelle, mais en particulier de passer d'une langue à l'autre pour construire

le récit sans utiliser sa langue maternelle comme une langue « fossilisée ». Parfois le patient peut s'identifier à travers l'interprète et faire recours à lui comme source de premier lien avec le groupe.

Le groupe métissé a une fonction d'étayage et il autorise la co-construction d'un sens culturel et de modalité de soins. En outre, il favorise une matérialisation de l'altérité et permet le décentrage culturel. La prise en charge collective de la maladie permet « un compromis entre une étiologie collective et familiale du mal et une étiologie individuelle » (106, 107).

La proposition de plusieurs **images et métaphores** par le groupe donne la possibilité de « coconstruire avec le patient des sens culturels sur lesquels viendront s'arrimer des sens individuels » (108). Avec ces images il y a la possibilité « de créer du nouveau, inventer », la seule issue pour surmonter les impasses selon D. Bergeron (109).

La langue des patients, leurs représentations culturelles, loin d'être un obstacle dans le suivi, deviennent alors levier thérapeutique en tant que sources de créativité aussi bien pour les thérapeutes que pour les patients (106).

Tous les TPI dans notre travail expriment qu'au cours de la rencontre du patient avec le dispositif, le patient ou sa famille ont pu se livrer à une élaboration du récit.

Les consultations de PTC apportent ainsi une richesse dans l'analyse de la situation et permettent une transformation de la représentation du patient et de ses difficultés de la part du TPI.

4.1.1.2 L'amélioration de l'alliance à travers une connaissance plus riche du patient

Dans les résultats on souligne comment l'accès au récit, la « libération » de la parole, donne aux TPI la possibilité « *d'avoir une ouverture pour mieux comprendre une problématique quelle qu'elle soit* » V61.

La PTC, grâce au travail narratif et à l'analyse, groupale, des difficultés rencontrées par le patient et les siens, va permettre l'émergence d'un positionnement actif du patient. Les TPI ne s'arrêtent pas à une vision superficielle et stéréotypée du patient (« *On n'avait plus juste une dame assommée de neuroleptiques* » V62), mais ils ont moyen d'avoir accès par la PTC à une autre image du patient plus complète et approfondie.

Au niveau de la relation thérapeutique entre le patient et le TPI, on assiste aussi à un partage affectif et des mouvements d'empathie qui deviennent possibles grâce à la médiation du groupe qui aide à transformer les données perceptives en données psychiques.

Le travail narratif et l'empathie peuvent permettre une amélioration au niveau du conflit transféro-contre-transférentiel qui empêchait une évolution de la thérapie. « Le contre-transfert culturel désigne l'ensemble des émotions vécues et véhiculées par les intervenants, induit par les représentations collectives qui les structurent, qu'elles soient sociales, historiques, politiques, religieuses ou idéologiques (par exemple, la conception des relations de genre, de l'idéal de la famille, de l'approche de la maladie, etc.) » (110). Le transfert et le contre-transfert culturels sont plus difficiles à faire ressortir au niveau de la conscience, précisément parce que l'impact de la culture est généralement sous-estimé dans la relation clinique. Un travail du contre-transfert culturel des TPI s'accomplit indirectement au cours des séances de PTC à travers la médiation du groupe et le décentrage émotionnel et culturel de l'intervenant. Ce décentrage apportera aussi un changement au niveau du TPI lui-même et dans sa clinique. Ce concept de décentrage se verra approfondi dans le chapitre suivant.

Nos résultats viennent constater que l'alliance thérapeutique dans le suivi en individuel sortira renforcée après la PTC (« *il y a eu un enrichissement de notre relation* » V71).

Un changement aussi dans le suivi en individuel a été identifié dans les résultats. Pendant les consultations au cabinet « *la parole s'est aussi libérée* » V72 et parfois, la PTC a permis « *un vrai tournant* » V73 dans la prise en charge.

4.2 LE CHANGEMENT DES THÉRAPEUTES : évolution professionnelle dans la pratique clinique

"Le plus court chemin de moi à moi, c'est l'autre"

Paul Ricœur

Les TPI expriment avoir été impactés dans leur clinique au quotidien après la rencontre avec la PTC. « *Ça a changé ma manière d'aborder les patients* » V78.

On peut observer que la PTC et son dispositif, d'abord pensé pour les patients, a un impact aussi sur les thérapeutes et va contribuer à l'évolution professionnelle de ces derniers.

La croissance de l'homme est un processus dialectique, dans le sens que la définition du Soi se fait, dans la personne humaine, comme une position dialectique du Soi avec le non-Soi, c'est-à-dire avec les Autres. La croissance provient de l'antithèse des représentations du Soi et de l'Autre. C'est dans les

relations avec les autres que se dessine la propre personne, par une individuation et une modification progressive des relations avec les autres (111).

La théorie de Perry (1970) décrit comment l'adulte (étudiant) évolue en passant d'une vision simpliste et absolue de la réalité à une vision complexe et relative.

Skovholt et Ronnestad (1992) (128) s'intéressent au développement de la compétence professionnelle. L'évolution du thérapeute vient représenter le passage d'une quête de certitude à l'essai d'appriivoiser la complexité et l'ambiguïté du changement thérapeutique. Processus qui entraîne de bouleversements dans l'expérience de soi et des autres. « *Il faut que tous nos repères puissent être bousculés* » V83.

McAuliffe, 2011 (129), décrit chez les étudiants de psychologie que l'état de déséquilibre, qui suit les efforts des individus pour intégrer de nouveaux éléments dans leur façon d'appréhender la réalité, est favorable à leur évolution. Et comment les expériences de groupe pour réfléchir à un problème favorisent le passage à une pensée relativiste.

L'évolution du TPI est dans nos résultats en lien aussi avec l'accès à la complexité et à la relativité des situations.

Pour aborder la complexité, les TPI apprennent l'importance d'accéder au récit, de se décentrer et d'avoir une approche complémentariste.

4.2.1. L'apport de l'approche transculturelle dans la pratique clinique au quotidien

On va analyser les principaux éléments qui ont impacté les TPI dans leur pratique depuis la rencontre avec l'approche de la PTC : l'accès au récit et aux éléments culturels, le décentrage et le complémentarisme.

Les TPI rapportent, en premier, l'importance de questionner le patient et sa famille sur les éléments de vie et culturels sans hésitation. « *Il suffit presque uniquement d'en parler* » V83.

L'expérience de la PTC leur a permis « *d'être en mesure de questionner, autorisé, légitime, compétent* » V81 aussi sur les éléments culturels et dans leur pratique clinique, ils observent que finalement les patients en parlent avec facilité et qu'ils « *peuvent dire les choses que ce n'est pas compliqué d'aborder ces questions-là* » V81. En effet, l'importance du récit dans sa complexité et richesse est mise en avant par les TPI pour le déroulement d'une thérapie efficace aussi dans le champ de la médecine générale. « *C'est important et ça a un impact sur leur vie, sur leur santé* » V79.

Si l'accès à la narrativité amène les TPI à rentrer en connaissance avec la complexité et les motivations du patient, il faut « relativiser » ou « se décentrer » pour pouvoir essayer de saisir cette complexité. La pensée relativiste s'exprime comme une pensée plus décentrée de soi-même et plus ouverte aux autres

(112). Le décentrage est le concept transculturel issu de la décentration de Piaget, qui implique le besoin de « ne pas ramener de l'inconnu à du connu ». Le thérapeute représente comme le patient sa propre culture et celle du groupe professionnel qui l'a formé. Les deux acteurs de la relation thérapeutique (patient et thérapeute) amènent avec eux des idéaux de santé, hypothèses et représentations de la maladie différents ou similaires, mais qui ne coïncident pas. Dans les situations professionnelles avec les migrants et en générale avec *l'autre*, le thérapeute est obligé comme on a dit à se décentrer, à « laisser l'aspect normalisateur de l'évaluation » pour « réouvrir » le discours avec le patient et sa famille.

Les TPI apprennent à prendre la distance par rapport à leur propre point de vue pour pouvoir comprendre le ressenti et les perspectives de l'autre (113).

Le décentrage permet aux TPI d'avoir accès à « *une autre lecture* » V83 et pouvoir sortir de l'apriori et de l'interprétation.

Un changement dans le positionnement vis-à-vis de patient est ressenti par les TPI et une réflexivité sur la posture du médecin par rapport au patient est mise en avant dans la relation thérapeutique. « *Qui je suis par rapport à lui ?* » V84.

« Il faut se décentrer pour entendre la souffrance telle qu'elle se dit et y répondre de manière adaptée ... L'enjeu n'est pas seulement éthique et humain, il est aussi social. Au nom d'universalisme abstrait, on prive les migrants, en réalité des soins » (113).

Un dernier apport individué par les TPI, après la connaissance de la PTC, est celui du complémentarisme, méthodologie qui prévoit la cohabitation de deux lectures obligatoire et non simultanée des symptômes à partir des multiples champs thérapeutiques et de l'anthropologie (36). Cette perspective complémentariste enrichie l'analyse d'un sujet complexe comme le comportement humain.

Les TPI soulignent comment la PTC leur a permis « *de penser autrement en tant que médecin* » V85. Ils ont compris que l'histoire de vie et les origines culturelles des patients ont « *un impact sur leur santé* » et c'est donc fondamental de s'intéresser et d'interroger ces aspects.

L'accès aux récits enrichit le suivi et donne des moyens pour débloquer certaines prises en charge. Après la rencontre avec la PTC, les thérapeutes se sentent « *plus légitimés* » et « *capables* » V81 d'interroger leurs patients sur les théories culturelles, sur leurs origines et parcours migratoires.

4.2.2. L'approche culturelle : complément à la formation médicale classique

« *Moi, en tant que praticienne avec ma culture médicale européenne, on n'a pas du tout connaissance de l'impact que peut avoir toute la culture* » V86.

Nous avons vu dans les chapitres précédents comment une vision transculturelle pouvait apporter des éléments/ leviers thérapeutiques dans la pratique au quotidien.

Les TPI semblent en difficulté pour avoir accès aux récits de leur patient, et se sentent peu à l'aise pour les interroger sur leur parcours de vie et leurs représentations culturelles. La littérature retrouve en effet cette difficulté des médecins, par manque de sensibilisation et formation à la narrativité et au transculturel au niveau universitaire et dans le parcours médical classique (114).

Depuis plusieurs années la WACP (World Association of Cultural Psychiatry), selon les indications de Foulks a mis en évidence la nécessité d'instituer une formation au niveau universitaire. Cette nécessité est de plus en plus présente pour les nouveaux psychiatres qui doivent se confronter à des formes psychopathologiques toujours plus mixtes, complexes et liées à des facteurs culturels (115, 116).

La Psychiatrie transculturelle propose aujourd'hui un statut épistémologique particulièrement large, en ce sens qu'il estime que toute personne, qu'elle appartienne à un groupe minoritaire ou majoritaire, qu'elle soit immigrante ou, au contraire, qu'elle fasse partie des populations qui accueillent les flux migratoires, est influencée par son milieu culturel. Une compétence de la dimension culturelle est donc nécessaire afin de pouvoir mieux comprendre chaque personne qui a besoin d'une thérapie (117).

Par rapport à l'accès au récit/ à la narrativité du patient on va brièvement détailler son importance pour le processus thérapeutique selon la littérature.

Depuis Hippocrate la médecine se caractérise par l'écoute de l'histoire du patient, vers la fin des années 1960, aux États-Unis d'abord, puis en Europe, on assiste au développement d'une médecine dite « narrative » (118) dont le but explicite est de compenser les aspects de plus en plus techniques dans la relation médicale en redonnant une place centrale au récit du patient. Il s'agit dans cette approche non seulement d'humaniser les rapports médecin-patient, mais également de prendre en compte cet apriori théorique qu'il vaut mieux passer par un mode de pensée narratif plutôt que logico scientifique pour comprendre l'humain, ses maladies et leurs symptômes (118).

Dans ce type d'approche médicale, on considère que les récits d'un patient ne sont pas de simples comptes rendus rétrospectifs de ses expériences, mais qu'ils donnent forme à sa vie et à son identité et donc qu'ils ont le pouvoir d'influer sur son avenir et de créer un « autre lui-même ».

Dans le champ psychiatrique, l'accès au récit semble également fondamental, et on observe un intérêt dans les dernières années pour la « thérapie narrative », méthode développée à partir des travaux du travailleur social M. White et du psychothérapeute D. Epston (119) dans les années 1980 dans le cadre des thérapies familiales.

Ce type d'approche considère que les récits d'un patient ne sont pas simplement de comptes rendus de ses expériences passées, mais qu'ils donnent forme à sa vie et son identité en ayant de cette manière la possibilité d'influer sur son futur et créer un « autre lui-même ».

Pour Ricoeur (120), l'identité personnelle renvoie au fait que nous sommes inscrits dans le temps qui passe et que nonobstant cela, quelque chose de nous reste inchangé, tel que la parole est donnée. Parler de soi-même implique un recul réflexif, où la conscience de soi peut se loger. L'utilisation du « je » consent de prendre en considération soi-même, ses pensées, ses actions dans la suite des événements et permet de donner du sens et avoir un sentiment de continuité de sa propre expérience. Ricoeur montre comment interroger la notion de « récit de soi » permet la constitution et la compréhension de soi dans une continuité historique, c'est-à-dire une continuité de sens (121, 122).

Nous précisons qu'un des apports majeurs de la narratologie postclassique (123) c'est la prise de conscience que pour l'analyser le récit il faut tenir compte du contexte culturel particulier dans lequel il est produit.

En apportant des « outils narratologiques » (118) pour aborder le récit du patient et de sa famille, la thérapie transculturelle s'inscrit dans ce courant qui tend à valoriser l'approche narrative de la médecine.

4.3 CONTRE-TRANSFERT DE CHERCHEUSE ET RÉFLEXIVITÉ

En recherche qualitative une part fondamentale du travail consiste sur la réflexivité du chercheur. Telle que rapportée par G. Devereux dans son ouvrage « De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement » (55), l'analyse du contretransfert a un rôle central puisque la personnalité même du chercheur, son histoire et ses croyances jouent sur la façon de percevoir l'objet de recherche.

Le chercheur doit donc « essayer de se comprendre lui-même » (55) et chercher à comprendre au mieux ses mouvements transféro-contretransférentiels associés à la recherche clinique pour pouvoir les utiliser comme leviers dans sa recherche.

En clinique transculturelle, la composante culturelle doit être aussi analysée dans la dimension du contretransfert. Le contretransfert culturel implique « *la manière dont le thérapeute se positionne par rapport à l'altérité du patient* » (113).

Pour ces raisons, un journal de bord a été tenu afin de noter mes perceptions et mes ressentis tout au long de la recherche.

4.3.1 Choix du sujet et préconceptions

J'ai depuis le début de mes études en médecine cultivé un intérêt sur l'influence de la sociologie et de l'anthropologie dans le champ de la psychiatrie. Au début de mon internat, la confrontation à des situations cliniques complexes et le sentiment de ne pas arriver à les saisir avec les notions classiques des manuels de psychiatrie m'ont permis d'aller chercher et de commencer à découvrir la psychothérapie

transculturelle. Originnaire d'Italie, étant arrivée en France pour mes études, donc migrante, cette approche m'a tout de suite parlé et arrivait à répondre à certains de mes questionnements.

Cet intérêt m'a poussé à me former à la clinique transculturelle et à demander un « Stage hors région » à Paris, à la Maison de Solenn. De plus, ce sujet m'intéressait parce que ça me permettait de voir de plus près les expériences des thérapeutes dans le processus thérapeutique et dans la relation thérapeutique au patient.

J'avais de nombreuses préconceptions sur la psychothérapie transculturelle. Si, d'une part, avec cette approche j'arrivais à obtenir des éclaircissements dans la clinique, de l'autre côté, je n'arrivais pas à m'imaginer de manière définie le dispositif de la consultation transculturelle ou sa pratique, en n'ayant pas encore participé à ces séances. J'avais une idée d'une thérapie assez complexe qui me fascinait aussi pour ses aspects en lien avec l'anthropologie et les sciences humaines, mais en même temps je ressentais la crainte « d'enfermer » les patients dans leur identité culturelle.

Pendant mon stage à la Maison de Solenn (Cochin, Paris) j'ai eu la possibilité de participer au groupe de consultation transculturelle dirigé par MR. Moro. Mes ressentis étaient en lien avec les références théoriques issues de lectures et de ma formation en parallèle au « Diplôme universitaire de psychiatrie et compétences transculturelles ». Le fait d'être immergée dans cette approche, de manière simultanée dans la pratique et dans la formation, ne m'a pas permis de prendre trop de recul sur le moment. À l'origine de ma rencontre avec le dispositif, mes impressions sur ce qui pouvait se jouer ou faire soin dans la psychothérapie transculturelle étaient très générales.

Je portais des représentations sur l'utilisation de la langue et la diversité culturelle du groupe. Je percevais ces éléments comme une possibilité d'ouverture dans la relation thérapeutique, mais j'avais des difficultés à me représenter comment les familles pouvaient se sentir dans ce contexte pour réussir à s'en saisir. Le dispositif pouvait me fasciner par la richesse des images et métaphores qu'il produisait et la charge émotionnelle en lien avec les multiples expériences au cours des certaines séances venait peut-être entraver mes réflexions à propos du processus de soins. Globalement ma représentation était très positive.

J'avais seulement une note critique, en lien avec un sentiment de frustration qui se base sur la vision de notre système de soins qui s'éloigne d'une approche plus humaniste de la médecine et met de côté l'importance de la sensibilisation à certains aspects théoriques dans la formation initiale. Ce ressenti me conduisait à voir le dispositif comme quelque chose « de sophistiqué » et « couteux » qui ne pouvait pas être accessible partout et donc à avoir un sentiment d'inégalité pour la prise en charge des patients en général dans le champ médical.

Ce sentiment m'a conduit à aller questionner les soins primaires, les thérapeutes de première intention. Une curiosité de base m'animait pour découvrir leurs expériences dans la rencontre avec le dispositif de

soins culturels. Je faisais plutôt un parallèle avec mon point de vue qui était en construction, étant donné que je commençais les entretiens semi-dirigés pour la recherche presque au même temps que mes premières participations à la consultation transculturelle. Le choix du sujet a aussi été fait dans les circonstances de vouloir trouver un sujet de thèse en psychiatrie transculturelle et de me sentir soutenue et guidée dans ce travail par ma directrice et par un lieu de travail assez stimulant et constructif pour moi.

4.3.2 Difficultés rencontrées au cours des entretiens de recherche et de l'analyse

L'idée de débiter des entretiens sans avoir une place de clinicienne m'attirait beaucoup, l'idée « de sortir de mes chaussettes » d'interne en psychiatrie et me dédier à l'écoute des thérapeutes de première intention sans devoir analyser ou aller faire l'anamnèse me donnait l'envie de commencer.

Les facteurs de stress comme trouver l'espace et le temps pour les faire étaient présents, mais je me suis sentie soutenue par l'infirmière référente de la consultation transculturelle et mes conditions de stage.

L'arrivée de la crise sanitaire liée à la Covid-19 n'a pas facilité cette tâche et a sûrement impacté ce travail.

Pendant les entretiens mon positionnement était dépendant du rapport du thérapeute à la clinique transculturelle. Lorsque la pratique au quotidien du thérapeute était plus éloignée de l'approche transculturelle, j'ai senti que mon statut d'étudiante en Diplôme universitaire a pu influencer mon travail. En effet, parfois je pouvais être interpellée par les thérapeutes pour pouvoir expliquer certains processus de la thérapie transculturelle et certaines fois je pouvais apporter des connaissances théoriques. Par contre, lorsque le thérapeute était très sensibilisé à la clinique transculturelle, l'entretien pouvait devenir presque formateur avec une théorisation des ressentis déjà établis.

Un autre élément qui a pu influencer les entretiens c'était par rapport aux transmissions des données sensibles au sujet des patients. Cela pouvait me gêner, peut-être aussi parce que je n'avais pas défini un cadre d'échange sur le secret médical. En effet, nous n'avons pas nécessairement précisé les points possibles à aborder ou pas. La délivrance des éléments intimes de l'adolescent et de la famille pouvait me faire sentir mal à l'aise et je sentais aussi que parfois ça pouvait être un facteur de gêne pour certains des thérapeutes de première intention.

Dans l'analyse des données une des difficultés c'était de ne pas apporter les théories transculturelles dans le ressenti du thérapeute et une autre difficulté, plus facilement encadrée, était de ne pas confondre le ressenti des thérapeutes avec celui des patients.

4.4 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Les éléments thérapeutiques de la psychothérapie transculturelle ont été théorisés dans la littérature. Cependant les études sur les processus thérapeutiques à l'œuvre au sein de la psychothérapie transculturelle qui partent des récits des thérapeutes de première intention ont été explorés qu'en partie avec principalement deux études. Le premier travail concerne une étude qualitative rapportant les perspectives croisées (comparées) des patients et des thérapeutes du dispositif de psychothérapie transculturelle (45). Le deuxième article prend en considération le point de vue des stagiaires en formation transculturelle au sein du dispositif. Les stagiaires soulignent l'importance du décentrage culturel dans le processus thérapeutique et aussi dans la formation/évolution du thérapeute (93), concept qui est également rapporté dans les résultats de notre étude.

Ce travail a permis d'aller voir au plus près les ressentis des thérapeutes de première intention, qui peuvent avoir des spécialités ou des parcours de formations différents et qui ont eu recours à la psychothérapie transculturelle lorsqu'ils étaient face à une impasse. Approfondir cet aspect a permis de mieux cibler ce qui pouvait faire « blocage » dans la prise en charge et étudier quel impact la rencontre avec le dispositif et l'approche transculturelle pouvait avoir sur les thérapeutes de première intention.

Les thèmes émergents des entretiens pouvaient se lire sous l'angle du *changement* que l'approche transculturelle apportait au suivi en individuel avec le patient, permettant aux thérapeutes de changer/faire évoluer en partie leurs premières visions et contretransfert vis-à-vis du patient et de sa famille. Ce changement se retrouvait également, de manière plus générale, chez les thérapeutes eux-mêmes qui pouvaient décrire une évolution dans leur pratique au quotidien grâce à certaines compétences transculturelles qu'ils avaient découvert et qu'ils réutilisaient (décentrage, complémentarisme, contretransfert culturel).

La limite principale était que les thérapeutes avec une formation en psychothérapie transculturelle étaient parfois tentés d'évoquer des éléments théoriques de la psychologie transculturelle plutôt que leur vécu. Nous avons cependant pris soin d'analyser le matériel indépendamment afin de limiter la diffusion de ces aspects théoriques et au cours des entretiens, de recentrer le dialogue sur leur ressenti et leurs exemples des situations cliniques.

Enfin, il est important de préciser à nouveau que ce travail a été effectué en France, au sein du dispositif de psychothérapie transculturelle française et que les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des professionnels qui rencontrent la consultation transculturelle. Cette composante peut motiver un approfondissement du sujet étudié avec autres recherches, dans d'autres centres.

V. CONCLUSION

« Que sont les sciences humaines et les sciences cliniques si elles sont à ce point distantes de la vie »

Jean Jamin (1996)

À la suite de nos résultats, nous pouvons observer comment des éléments thérapeutiques spécifiques à la psychothérapie transculturelle peuvent amener à l'ouverture du dialogue et à l'amélioration de l'alliance thérapeutique.

Les TPI identifient l'importance de s'intéresser à la narrativité individuelle et familiale en tenant compte du contexte culturel. Dans le dispositif de thérapie transculturelle, cette narrativité est coconstruite grâce au groupe, au recours à l'interprète et à la proposition d'images/métaphores.

En général, les TPI ont observé comment la prise en compte de l'anamnèse familiale et culturelle est centrale pour avoir une idée plus approfondie du patient, de sa famille et leurs ressources et a un impact direct sur l'amélioration de la relation thérapeutique dans le suivi en individuel avec le patient.

Poser simplement des questions au sujet des aspects culturels est un premier pas, qui permet aux TPI d'ouvrir le dialogue dans leur pratique au quotidien.

Les TPI constatent que les patients sont accessibles et ils peuvent parler avec facilité de leurs origines. Ils remarquent que l'hésitation à aborder certains éléments venait d'abord des thérapeutes.

Cependant, pour traiter les éléments culturels et familiaux avec les patients, les TPI soulignent l'intérêt à changer leur positionnement à travers des concepts théoriques de la psychothérapie transculturelle comme le décentrage et le complémentarisme. Ce décentrage culturel et professionnel n'est pas évident à apprendre : il faut se confronter à l'autre culture, prendre soin du patient et en même temps réfléchir sur l'expérience qu'on en fait (107).

C'est en relativisant les choses qu'on peut essayer d'arriver à avoir accès à la complexité qui caractérise les prises en charge des patients migrants, mais aussi tout fonctionnement humain.

Les TPI perçoivent une évolution dans leur pratique professionnelle suite à la rencontre de l'approche transculturelle et mettent en évidence le manque d'une sensibilisation à l'importance de la narrativité et aux éléments culturels dans la formation classique en médecine.

Pouvoir avoir accès au discours de l'autre, à son histoire, à l'histoire de sa famille et à sa culture permet au thérapeute d'établir une relation plus solide avec le patient, fondée sur la richesse du partage.

Le processus de création du lien, pour comprendre les difficultés vécues et trouver des solutions, doit aller au-delà de la symptomatologie afin d'accueillir la souffrance du patient et de sa famille. L'alliance thérapeutique ne peut donc pas faire l'épargne de l'approche narrative, humaniste et écosystémique

(culturel) pour être renforcée. Les qualités humaines du thérapeute dont son empathie, son attention au vécu de la personne et son fonctionnement au quotidien sont parmi les déterminants de la formation de cette alliance (124).

On observe de cette manière le changement des thérapeutes dans leur façon d'être et de fonctionner, capables de voir non seulement les patients, mais surtout les personnes demandant de l'aide, porteurs d'une histoire et d'antécédents.

Avec ce travail, deux idées sont renforcées. La première est celle que l'approche transculturelle représente une alternative dans des suivis complexes pour donner une nouvelle dynamique à la prise en charge individuelle et améliorer l'alliance thérapeutique.

La deuxième idée montre la pertinence pour les professionnels de développer leurs compétences culturelles pour intervenir efficacement auprès de patients de diverses origines culturelles. La psychothérapie transculturelle permet aux TPI cette évolution à travers l'amélioration de leur capacité d'écoute avec la prise de conscience de l'importance des aspects culturels et de la flexibilité des croyances.

Le développement de connaissances et compétences en intervention transculturelle est primordial pour maximiser la qualité de l'alliance psychothérapeutique en contexte transculturel (125, 126, 127, 101).

BIBLIOGRAPHIE

1. IOM (2020) International Organization for Migration./Key Migration Terms
Consulté à l'adresse <https://www.iom.int/key-migration-terms>.
2. DESA. (2019).Demographic characteristics of international migration Consulté à l'adresse <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>
3. HCR (2020) Agence des Nations Unies pour les réfugiés - Aperçu statistique.Consulté à l'adresse <https://www.unhcr.org/fr/apercu-statistique.html>.
4. INSEE (2020) L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers . Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>.
5. Simon P, Beauchemin C, Hamel C. Trajectories and Origins: Survey on the Diversity of the French Population. vol. 8 (Springer International Publishing, 2018).
6. Eurostat (2020 novembre) - Data Explorer. Consulté à l'adresse http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr_pop3ctb&lang=en.
7. INSEE (2019) Naissances selon la nationalité et le pays de naissance des parents. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381382#tableau-figure1_radio1.
8. Braveman PA *et al.* Health disparities and health equity: The issue is justice. *Am. J. Public Health* **101**, S149 (2011).
9. Rivenbark JG, Ichou M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: Experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health* **20**, (2020).
10. De Haan AM, Boon AE, de Jong JTVM, Vermeiren RRJM. A review of mental health treatment dropout by ethnic minority youth. *Transcult Psychiatry*. 2018 ; 55(1):3–30.
11. Klein J, Von Dem Knesebeck O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: A systematic review *11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. Int J Equity Health*. 2018 Nov 1 ; 17(1).
12. Sheath D, Flahault A, Seybold J, Saso L. Diverse and Complex Challenges to Migrant and Refugee Mental Health: Reflections of the M8 Alliance Expert Group on Migrant Health. Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
13. Horlings A, Hein I. Psychiatric screening and interventions for minor refugees in Europe: an overview of approaches and tools. *Eur J Pediatr*. 2018 Feb 1 ;177(2):163–9.
14. Preibisch K, Hennebry J. Temporary migration, chronic effects: The health of international migrant workers in Canada. Vol. 183, *CMAJ*. Canadian Medical Association; 2011. p. 1033–8.

15. Moro MR. Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Paris, Dunod. 1998.
16. Nathan T. La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris, PUF. 1986.
17. BPTK - Bundespsychotherapeutenkammer - (2020). News - Consulté à l'adresse : <https://www.bptk.de/>
18. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: A comprehensive review. Vol. 40, Revista Brasileira de Psiquiatria. Associacao Brasileira de Psiquiatria; 2018. p. 220–5.
19. Uphoff E, Robertson L, Cabieses B, Villalón FJ, Purgato M, Churchill R, et al. An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. Vol. 2020, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2020.
20. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 47. 2016.
21. Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians : : A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. 2015.
22. Forte A, Trobia F, Gualtieri F, Lamis DA, Cardamone G, Giallonardo V, et al. Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. Vol. 15, International journal of environmental research and public health. NLM (Medline); 2018.
23. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Heal Evid Netw Synth Rep 47. 2016.
24. Fazel M, Reed R V., Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. Vol. 379, The Lancet. 2012. p. 266–82.
25. Chan E, Mercer S, Yue C, Wong S, Griffiths S. Mental health of migrant children: An overview of the literature. Int J Ment Health. 2009 Sep 1; 38(3):44–52.
26. Kirmayer LJ, Minas H. The future of cultural psychiatry: An international perspective. Can J Psychiatry. 2000. 45(5):438–46.
27. Doytcheva M, Schnapper D, Bataille P, Charbit Y, Fassin D, Sommaire DL. Existe-t-il un multiculturalisme à la française? Une étude sur la Politique de la ville, 1981- 2003.

28. Remotti F. *Cultura. Dalla complessità all'impoverimento* -. Editori Laterza, editor. 2011
29. Herder JG. *Auch eine Philosophie der Geschichte zur Bildung der Menschheit*. 1951st ed. *Ancora una filosofia della storia per l'educazione dell'umanità*, Einaudi T, editor. 1774. 475–586 p.
30. Tylor EB. *Primitive Culture. Research into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art and Custom*. Vol 2. London M, editor. 1871.
31. Plivard I. Chapitre 1 - La notion de culture. *Le point sur. Psychol* ; 7–46. 2014.
32. Marshall S. Des îles dans l'histoire. Vol. 113, *Études rurales*. Persée - Portail des revues scientifiques en SHS; 1989. 149–150 p.
33. Riguet M. Camilleri (Carmel). — *Anthropologie culturelle et éducation*. *Rev française pédagogie*. 1987;80(1):114–5.
34. S.Freud. *Totem et tabou*. Paris : Pa. 1913.
35. Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. 1983rd ed. Gallimard P., editor. 1970.
36. Devereux G. *Ethnopsychanalyse complémentariste*. 1985th ed. Flammarion P., editor. 1972.
37. Devereux G. *L'ethnopsychiatrie. Présentation de la revue Ethnopsychiatria*. *La pensée Sauvage Ethnopsychiatria*. 1978;1–1:7-13.
38. Moro MR, Mouchenik Y de LNQ. *Manuel de psychiatrie transculturelle : travail clinique, travail social*. Paris P, editor. 2006.
39. Baubet T, Moro MR. *L'approche ethnopsychiatrique*. *Enfances Psy*. 2000;12(4):111–7.
40. Radjack R, Rizzi AT, Harf A, Moro MR. *Actualités en psychiatrie transculturelle en France*. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2017 Jul 1;175(6):561–6.
41. Deriu V, Benoit L, Moro MR, Lachal J. *Suicidal thoughts and suicide attempts in adolescence among migrants*. *Soins Psychiatr*. 2018 May 1;39(316):22–6.
42. Sturm G, Nadig M, Moro MR. *Current developments in French ethnopsychanalysis*. *Transcult Psychiatry*. 2011 Jul 8;48(3):205–27.
43. Sturm G, Heidenreich F, Moro MR. *Transcultural Clinical Work with Immigrants, Asylum Seekers and Refugees at Avicenne Hospital, France*. Vol. 4, *International Journal of Migration, Health and Social Care*. Emerald Group Publishing Limited; 2009. p. 33–40.
44. Lachal J, Moro MR, Carretier E, Simon A, Barry C, Falissard B, et al. *Assessment of transcultural psychotherapy to treat resistant major depressive disorder in children and adolescents from migrant families: Protocol for a randomized controlled trial using mixed*

- method and Bayesian approaches. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2020.
45. Grau L, Carretier E, Moro MR, Revah-Levy A, Sibeoni J, Lachal J. A qualitative exploration of what works for migrant adolescents in transcultural psychotherapy: perceptions of adolescents, their parents, and their therapists. *BMC Psychiatry.* 2020 Dec 1
 46. Carretier E, Grau L, Mansouri M, Moro MR, Lachal J. Qualitative assessment of transcultural psychotherapy by adolescents and their migrant families: Subjective experience and perceived effectiveness. Cerniglia L, editor. *PLoS One.* 2020.
 47. Haute Autorité de Santé - Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux. 2013. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
 48. Mörtl K, Gelo OCG. Qualitative methods in psychotherapy process research. In: *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome.* Springer-Verlag Vienna; 2015. p. 381–428.
 49. Gelo OCG, Lagetto G, Dinoi C, Belfiore E, Lombi E, Blasi S, et al. Which Methodological Practice(s) for Psychotherapy Science? A Systematic Review and a Proposal. *Integr Psychol Behav Sci.* 2020 Mar 1. 54(1):215–48.
 50. Mergenthaler E, Stinson CH. Psychotherapy Transcription Standards. *Psychother Res.* 1992 ;2(2):125–42.
 51. McLeod J. *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy.* Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy. SAGE Publications Ltd; 2012.
 52. Frommer J, Rennie DL. Review:Qualitative Psychotherapy Research: Methods and Methodology. *Forum: qualitative social research. Sozialforschung.* Volume 3, No. 4, Art. 6. 2001.
 53. Binder PE, Holgersen H, Moltu C. Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nord Psychol.* 64(2):103–17. 2012.
 54. Falissard B. Préface. L'évaluation des psychothérapies : un modèle pour la recherche en médecine. *Ther Psychotherapy.* 13–5. 2018.
 55. Devereux G. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement.* 1980th ed. Paris: Flammarion; 1967.
 56. Hanson WE, Plano Clark VL, Petska KS, Creswell JW, Creswell JD. Mixed methods research designs in counseling psychology. Vol. 52, *Journal of Counseling Psychology.* p. 224–35. 2005.
 57. Rennie DL, Frommer J. Applications of qualitative and mixed-methods counseling and

- psychotherapy research. In: *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome*. Springer-Verlag Vienna; 2015. p. 429–54.
58. Gelo OCG, Rieken B, Pritz A. Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome. *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome*. Springer-Verlag Vienna; 2015. 1–639 p.
 59. Rodgers B, Elliott R. Qualitative methods in psychotherapy outcome research. In: *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome*. Springer-Verlag Vienna; 2015 [cited 2020 Nov 26]. p. 559–78. Available from: /record/2015-05797-027
 60. Bartholomew TT, Lockard AJ. Mixed methods in psychotherapy research: A review of method(ology) integration in psychotherapy science. *J Clin Psychol*. 2018. 74(10):1687–709.
 61. Elliott R. Five dimensions of therapy process. *Psychother Res*. 1991 Aug 1 ;1(2):92–103.
 62. Traynor W, Elliott R, Cooper M. Helpful Factors and Outcomes in Person-Centered Therapy with Clients Who Experience Psychotic Processes: Therapists' Perspectives. *Pers Exp Psychother*. 2011 ; 10(2):89–104.
 63. Hanif A. Therapists' experiences of therapy endings with mental health patients. A thesis submitted to the university of Birmingham. 2018.
 64. Piselli A, Halgin RP, Macewan GH. What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychother Res*. 2011 Jul ;21(4):400–15.
 65. Råbu M, McLeod J. Wisdom in professional knowledge: Why it can be valuable to listen to the voices of senior psychotherapists. *Psychother Res*. 2018 Sep 3 ;28(5):776–92.
 66. Bernhardt IS, Nissen-Lie H, Moltu C, McLeod J, Råbu M. "It's both a strength and a drawback." How therapists' personal qualities are experienced in their professional work. *Psychother Res*. 2019 Oct 8 ;29(7):959–70.
 67. Ronnestad M. *STM. The Developing Practitioner*. Routledge. New York, NY, USA. 2013.
 68. Fox C. Working with clients who engage in self-harming behaviour: Experiences of a group of counsellors. *Br J Guid Couns*. 2011 Feb ; 39(1):41–51.
 69. Karakurt G, Dial S, Korkow H, Mansfield T, Banford A. Experiences of marriage and family therapists working with intimate partner violence. *J Fam Psychothe*. 2013 Jan 1.
 70. Lilliengren P, Werbart A. Therapists' view of therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychotherapy*. 2010 Dec ;47(4):570–85.
 71. Cavazos KR, R. K. Therapists' perspective on the effectiveness of art therapy. 2012 May.
 72. Jones M, Råbu M, Røssberg JI, Ulberg R. Therapists' experiences of psychodynamic therapy with and without transference interventions for adolescents with depression. *Int J Environ Res*

- Public Health. 2020 Jul 1 ;17(13):1–18.
73. Waterman-Collins D, Renwick B, Lose A, Kenyon M, Serpell L, Richards L, et al. Process evaluation of the MOSAIC trial, Part I: Therapist experiences of delivering two psychological therapies for treatment of Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2014 Mar. 22(2):122–30.
 74. McGowan JF, Lavender T, Garety PA. Factors in outcome of cognitive-behavioural therapy for psychosis: Users’ and clinicians’ views. *Psychol Psychother Theory, Res Pract.* 2005 Dec. 78(4):513–29.
 75. Clark P, Jeff Hinton W, Grames HA. Therapists’ Perspectives of the Cotherapy Experience in a Training Setting. *Contemp Fam Ther.* 2016 Jun. 38(2):159–71.
 76. Hanchard J. A deeper look at how therapists experience working with Black clients in clinical practice using Cognitive Behaviour Therapy: A Grounded Theory. 2019.
 77. Hassan S, Bennett K, Serfaty M. Delivering cognitive behavioural therapy to advanced cancer patients: A qualitative exploration into therapists’ experiences within a UK psychological service. *Clin Psychol Psychother.* 2018 Jul 1. 25(4):565–74.
 78. Bengtsson J, Nordin S, Carlbring P. Therapists’ Experiences of Conducting Cognitive Behavioural Therapy Online vis-à-vis Face-to-Face. *Cogn Behav Ther.* 2015. 44(6):470–9.
 79. Markussen H V., Aasdahl L, Rise MB. Professionals’ perceptions of the establishment of a specialized brief therapy unit in a district psychiatric centre - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2020 Dec. 20(1):1056.
 80. Qiu S, Hannigan B, Keogh D, Timulak L. Learning emotion-focused therapy: certified emotion-focused therapists’ perspectives. *Pers Exp Psychother.* 2020 Oct.
 81. Jones-Smith A. Therapists’ Perceptions of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Treatment for Women Survivors of Child Sexual Abuse. *Walden Diss Dr Stud.* 2018 Jan
 82. Costa MPH S, Osagiede O, Rose J, Allen KA, Spaulding A, Rose M, et al. Therapists’ Perceptions of School-based Mental Health Services: A Qualitative Evaluation of two Behavioral Health Models. Vol. 14, *Florida Public Health Review.* 2017
 83. Brun A. Chapitre 30. Évaluation clinique des dispositifs à médiations thérapeutiques. *Dunod;* 369–379. 2020.
 84. Wilson HMN, Davies JS, Weatherhead S. Trainee Therapists’ Experiences of Supervision During Training: A Meta-synthesis. Vol. 23, *Clinical psychology & psychotherapy.* John Wiley and Sons Ltd; 2016. p. 340–51.
 85. Stratton P, McGovern M, Wetherell A, Farrington C. Family therapy practitioners researching the reactions of practitioners to an outcome measure. *Aust New Zeal J Fam Ther.* 2006 Dec

- ;27(4):199–207.
86. Fischer C, Cottin M, Behn A, Errázuriz P, Díaz R. What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *J Clin Psychol*. 2019 May ;75(5):898–911.
 87. Couturier J, Kimber M, Jack S, Niccols A, Van Blyderveen S, McVey G. Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *Int J Eat Disord*. 2013 Mar ;46(2):177–88.
 88. Berry K, Day C, Mulligan LD, Seed T, Degnan A, Edge D. Culturally adapted Family Intervention (CaFI): Case examples from therapists' perspectives. *Cogn Behav Ther*. 2018 ;11:1–18.
 89. Givropoulou D, Tseliou E. Moving Between Dialogic Reflexive Processes In Systemic Family Therapy Training: An Interpretative Phenomenological Study of Trainees' Experience. *J Marital Fam Ther*. 2018 Jan ;44(1):125–37.
 90. Givropoulou D, Tseliou E. Developing Reflexivity through Group Processes in Psychotherapy Training: An Interpretative Phenomenological Analysis of Systemic Family Therapy Trainees' Experience. *Fam Process*. 2020.
 91. Ton H, Koike A, Hales RE, Johnson JA, Hilty DM. A Qualitative Needs Assessment for Development of a Cultural Consultation Service. 2005 ;42(3):491–504.
 92. Taylor BA, Gambourg M, Rivera M, Laureano D. Constructing cultural competence: Perspectives of family therapists working with Latino families. *Am J Fam Ther*. 2006 Oct ;34(5):429–45.
 93. Exploring Therapists Reflective Experiences of Working with British Ethnic Minorities with Eating Disorders : UEL Research Repository. 2020.
 94. Carballeira Carrera L, Lévesque-Daniel S, Moro MR, Mansouri M, Lachal J. Becoming a transcultural psychotherapist: Qualitative study of the experience of professionals in training in a transcultural psychotherapy group. *Transcult Psychiatry*. 2020.
 95. Wertz F. Five ways of doing qualitative analysis: phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry. New York, NY: Guilford Press; 2011. p. 434.
 96. Malterud K. Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. Vol. 358, *Lancet*. Elsevier Limited; 2001. p. 483–8.
 97. Jonathan A Smith. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. Second. SAGE, editor. 2007. 2–30 p.

98. Patton MQ. Two Decades of Developments in Qualitative Inquiry. *Qual Soc Work Res Pract.* 2002 Sep ;1(3):261–83.
99. Sanders P. Phenomenology: A New Way of Viewing Organizational Research. *Acad Manag Rev.* 1982; 7(3):353.
100. Giorgi A. The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *J Phenomenol Psychol.* 1997 ;28(2):235–60.
101. Vasquez MJT. Cultural Difference and the Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Analysis. *Am Psychol.* 2007 Nov ;62(8):878–85.
102. Rober P. Le dialogue intérieur du thérapeute dans la pratique de la thérapie familiale : quelques idées sur le Moi du thérapeute, l'impasse thérapeutique et le processus de réflexion. *Thérapie Fam.* 1999;20, n°2.
103. Lecomte Y. Impasse thérapeutique. *Santé mentale au Québec.* Volume 35, numéro 2, automne 2010
104. Cohen H, Letienne S, Taïeb O, Simon A, Moro MR. La construction de l'alliance thérapeutique en consultation transculturelle : le cas d'une famille tamoule. *L'Autre.* 2013;14(2):169.
105. Ferradji T, Bouche-Florin L, Kouassi K, Mouchenik Y, Heidenreich F, Levy K, et al. La question de l'impasse thérapeutique en clinique transculturelle. *Sante Ment Quebec.* 2007 ;31(2):329–45.
106. Moro MR. Avicenne l'andalouse ou devenir thérapeute en situation transculturelle. *Identité.* p. 185-209. 2009.
107. Moro MR. *Parents En Exil - Psychopathologie Et Migrations.* Republié e. P.U.F., Paris; 1994.
108. Moro MR. *Enfants d'ici venus d'ailleurs.* Enfants d'ici venus d'ailleurs. La Découverte; 2002.
109. Bergeron D. De la crise à l'impasse dans la cure psychanalytique. *Santé mentale Quebec.* Volume 35, Numéro 2, Automne 2010, p. 13–29.
110. Daxhelet M-L, Johnson-Lafleur J, Papazian-Zohrabian G, Rousseau C. Impuissance et contre-transfert culturel. *L'Autre.* 2018;19(1):21.
111. Loriedo C, Angiolari C. *Dagli interventi paradossali alle narrazioni molteplici. 40 anni di psicoterapie relazionale sistemica- Psicoterapia della famiglia.* FrancoAngeli. 2015.
112. Lavallée M. *Le relativisme revisité...pour une éducation interculturelle.* Québec: Université Laval; 2007.
113. Baubet T, Moro MR, Bouaziz N MD. *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte.* Masson. 2009.

114. Baker R. Disrupted Dialogue: Medical Ethics and the Collapse of Physician-Humanist Communication (1770-1980) (review). *Bull Hist Med*. 2006;80(4):790–1.
115. S. O. Okpaku (Ed). *APA - Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. In: American Psychiatric Press. 1998.
116. Foulks E, Westermeyer J et KT. Developing Curricula for Transcultural Mental Health for Trainees and Trainers . *Clin Methods Transcult Psychiatry*. 1998;American P(Washington):339-362.
117. Shing Tseng W, Bartocci G, Rovera G. Riflessioni sul futuro della psichiatria transculturale. *Riv di Psichiatr e Psicoter Cult*. 2013.
118. Revaz F. Pratiques Linguistique, littérature, didactique Les récits produits en psychothérapie : un défi pour la narratologie *Narratives Produced in Psychotherapy: A Challenge for Narratology*. 2019. p. 181- 182.
119. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. Norton. Tr. New York; 1990. 184/492.
120. Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris; 1990.
121. Herlant-Hémar K. Identité et inscription temporelle : le récit de soi chez Ricœur. Dans *Fonds Ricœur*. http://www.fondsriceur.fr/uploads/medias/espace_chercheurs/identite-et-inscription-temporelle-le-recit-de-soi-chez-ricoeur.pdf
122. Ricœur P. *Temps et récit*. Tome III. *Le temps raconté*. Paris : éditions du Seuil. 1985.
123. Pier J, Berthelot F. *Narratologies contemporaines. Approches nouvelles pour la théorie et l'analyse du récit*. Editions des Archiv. Paris; 2010. 274.
124. Lecomte C, Savard R, Drouin M-S, Guillon. Qui sont les psychothérapeutes efficaces? *Implications pour la formation en psychologie*. Vol 25. 2004.
125. *Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality*, 2017. Prepared by the Task Force on Re-envisioning the Multicultural Guidelines for the 21st Century Adopted by the APA Council of Representatives in August 2017 Available from: <http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>
126. Sue DW, Arredondo P, McDavis RJ. *Multicultural Counseling Competencies and Standards: A Call to the Profession*. *J Multicult Couns Devel*. 1992. 20(2):64–88.
127. Jaouich AM. *The impact of cultural variables and multicultural competence: A model of early therapy process*. 2007.
128. Skovholt, T. M., & Ronnestad, M. H. (1992). Themes in therapist and counselor development. *Journal of Counseling & Development*, 70(4), 505–515.

129. Mcauliffe G, Grothaus T, Jensen M (2011). Assessing and Promoting Cultural Relativism in Students of Counseling. *International Journal for the Advancement of Counseling* 34(2)

ANNEXES

Annexe 1: Guide d'entretien semi structuré:

Thérapeutes de 1ère intention (TPI)

Avant la consultation :

-Que représentait pour vous la thérapie transculturelle avant la consultation?

-Qu'est-ce qui vous a amené à adresser votre patient en consultation transculturelle? Qu'est-ce que vous attendiez/ imaginez de la consultation transculturelle? En quoi vous pensiez que ça vous aiderait?

-Comment vous avez présenté la consultation transculturelle à votre patient et à sa famille ? Quels éléments étaient présents selon vous pour l'orientation en consultation transculturelle?

-Comment était le suivi en individuel avec votre patient? *Est-ce qu'il y avait des difficultés dans la prise en charge ? Lesquelles ?*

Pendant les consultations

-Vous souvenez-vous de votre ressenti/ vos impressions pendant la première consultation ? Racontez-moi votre expérience...

Est-ce que c'était une expérience positive? Est-ce que au contraire il y a pu avoir des éléments négatifs? *est-ce qu'il y a eu par exemple des moments dérangeants ou gênants?*

Quelque chose vous a marqué pendant les consultations ? Est-ce que vous avez un ou des exemples en tête ?

Après /Evolution de la prise en charge

- Est-ce qu'il y a des changements que vous avez perçus depuis la prise en charge avec ce patient et sa famille ? Pouvez-vous raconter comment a évolué votre prise en charge, votre lien avec les patients et leurs familles ? Quels éléments de la psychothérapie transculturelle ont aidé selon vous? Est-ce qu'il y a un moment qui vous a paru déterminant ?

-Est-ce qu'il y a eu des changements pour vous en tant que thérapeute dans votre prise en charge dans votre pratique au quotidien?

...dans votre lieu de travail/ institution comment est aperçue selon vous l'approche transculturelle ?

Annexe 2 : Verbatims ;

1. LE BESOIN D'ADRESSER LES PATIENTS EN PTC : UN SENTIMENT DE BLOCAGE ET UN MANQUE DE MOYENS

« Blocage » et manque de moyens dans des situations « complexes » sur le plan familial et culturel	V1	E2 : On est sur autres problématiques qui sont parfois plus des problématiques de terre à terre de santé d'un enfant, de difficultés sociales très souvent tout est un peu tout est un peu mélangé et l'idée de se dire il y a aussi une dimension transculturelle qui intervienne et des questions à poser là-dedans il faut avoir un petit plus de recul.
	V2	E1 : Elle parlait des voix, des voix qu'elle entendait, des menaces qu'elle entendait par rapport à son vécu en Afrique, voilà. Très liée à l'Afrique, voilà.
	V3	E4 : C'est quand on estime que la culture en tout cas vient complexifier la prise en charge et à un moment donné on se retrouve limité pour avancer qu'il faut un autre espace pour laisser la place à toutes ces représentations là pour pouvoir cheminer dans son dans le dispositif de soin tu vois. Pour moi c'est quand je me retrouve vraiment en difficulté ou je pense qu'on aurait vraiment quelque chose à gagner à pouvoir laisser la place à ces choses de la culture que je pense.
	V4	E5 : Il y avait beaucoup de questions que je posais et il me répondait je ne sais pas, je sentais qu'il n'avait pas la possibilité de me répondre non pas par un refus, mais par quelque chose qui ne passait pas, je me heurtais vraiment.
	V5	E3 : aussi avec le sentiment qu'ils ne peuvent pas partager ça avec moi puisque je ne pourrais pas comprendre le mektoub le mauvais œil, etc. Des autres évidemment étiologies culturelles et profanes très différentes qui sont selon eux très, très loin des causes médicales.
	V6	E4 : Quand j'ai proposé effectivement le traitement antidépresseur, là la maman m'a proposé une hypothèse culturelle elle m'a dit en fait non, le traitement antidépresseur c'est non, je ne suis pas d'accord, non seulement je ne suis pas d'accord, mais vous vous trompé de piste et moi je pense que ma fille si elle est si fatiguée c'est peut-être parce qu'elle était maraboutée au pays.
	V7	E4 : C'était très important qu'on puisse voilà un peu mieux connaître leur perception par rapport à la souffrance de sa fille pour mieux l'aider parce que là on voyait bien qu'on n'arrivait pas tu vois à trouver une manière de faire pour l'aider...voilà.
	V8	E3 : C'est une ado issue d'un couple mixte et donc avec elle-même coincée entre deux cultures elle dit que ce n'est pas possible qu'on puisse, qu'on ne peut pas comprendre ce qu'elle vit à la maison c'est tellement différent de ce qu'elle vit à l'extérieur que c'est absolument impossible pour nous de comprendre se situer et donc de l'aider.
	V9	E4 : J'y pensais parce que je me suis dit, il faut absolument qu'on puisse laisser la place, tu vois, un endroit particulier où les représentations de la mère puissent s'exprimer un peu plus librement qu'avec moi que c'était quand même compliqué de, tu vois, elle hésitait vraiment à me parler de qu'est-ce qu'elle avait en tête au sujet de la maladie, de la souffrance de sa fille.
	V10	E3 : C'était un papa qu'il n'avait jamais expliqué rien, qu'en entretien je n'avais jamais, autant avec la maman je pouvais avoir des liens, autant le papa il restait très froid, très distant, très...ne me regardant presque pas dans les yeux jamais.
	V11	E1 : Et les difficultés aussi avec la maman, parce que c'était la maman qui faisait l'accompagnement parfois, et très peu des discussions possibles avec cette maman, peu d'échange, aucun questionnement de la part de cette maman.
	V12	E1 : Pour accompagner elle, madame un peu différemment et pour entendre certaines choses que madame n'a peut-être pas dit en consultation classique parce que souvent ça se faisait sans l'interprète.
	V13	E5 : Il était suivi en psychiatrie, ils l'avaient mis sous traitement, un traitement assez important avec des neuroleptiques, mais avec un échange inexistant avec le thérapeute.
	V14	E2 : Mais par exemple le blocage pour une famille c'était le fait que la psychiatre du CMP n'utilisait pas d'interprète et élaborait très peu autour du suivi de la personne et c'était aussi, l'orientation transculturelle était aussi une orientation juste pour qu'il y a une élaboration et un et l'utilisation d'un interprète ce qui bien malgré avec les discussions avec la psychiatre ne semblaient pas.
Le recours à la consultation transculturelle : à la recherche d'un nouvel espace pour	V15	E5 : qu'est-ce que je m'attendais c'était surtout pour le patient à un lieu, à un lieu où la parole pourrait être plus ou la parole pourrait se libérer.
	V16	E4 : J'y pensais parce que je me suis dit il faut absolument qu'on puisse laisser la place, tu vois, un endroit particulier où les représentations de la mère puissent s'exprimer un peu plus librement qu'avec moi que c'était quand même compliqué.
	V17	E5 : J'attendais un investissement et une possibilité de que le patient se sent aussi plus en confiance et puis qu'il y a un lien qui se noue, j'espérais que ça allait fonctionner avec la consultation, alors c'est une famille avec laquelle il y a une forte alliance ils sont très confiants dans la relation ici avec moi
	V18	E4 : c'est peut-être un espace où il pourra plus comprendre qu'est qu'on fait et tu vois qu'on puisse davantage reconstruire quelque chose ensemble.

	V19	E3 : On travaille avec pleins des cultures différentes avec des gens qui ont des cultures différentes, mais qu'eux-mêmes sont, savent faire les ponts et les liens entre une façon de penser d'un psychologue français et effectivement des psychologues finalement d'une culture différente qui se sont formés en France et qui permettront de pouvoir faire ces ponts ces liens et qui manquent et qui font défaut dans la prise en charge qui serait complémentaire et pas du tout antinomique.
	V20	E3 : Je sentais que j'interprétais mal, que l'autre n'entendait pas où je voulais l'amener que et qu'en même temps on a souvent une tendance en ces cas-là à s'énerver et que je me disais que ça ne servait à rien de s'énerver parce que ça complique encore plus la prise en charge et donc il y avait, il manquait un maillot voilà et la thérapie transculturelle est venue répondre à ce manque
	V21	E4 : C'était important que les deux choses, moi ma manière de penser et sa manière de penser qu'est pas forcément opposée, qu'on pouvait trouver une manière de coconstruire en tout cas les soins pour sa fille, c'est un peu comme ça que j'ai lui dit.
La proposition du dispositif de consultation transculturelle : la nécessité d' avoir une bonne alliance pour le faire	V22	E3 : Vraiment, c'est une façon de débloquer dès certaines situations, même qu'encore une fois je pense qu'il y a besoin d'une bonne alliance pour adresser les gens en thérapie transculturelle.
	V23	E5 : J'espérais que ça allait fonctionner avec la consultation, alors c'est une famille avec laquelle il y a une forte alliance ils sont très confiants dans la relation ici avec moi.
	V24	E5 : j'ai leur expliqué le fonctionnement de la consultation avec le thérapeute principal qui s'adressait à eux qu'il y aurait un interprète et qu'il pourrait s'exprimer dans sa langue, c'était, et puis qu'il avait tous les autres co-thérapeutes qui étaient là pour réfléchir ensemble au problème et ils ont tout de suite...et que je les accompagnerais et ils ont dit oui
	V25	E3 : Je leur explique que c'est un groupe, qu'il y a un meneur du groupe et que de toute façon la personne qui adresse sera présente. J'explique le dispositif encore une fois je dis qu'il y a de différents psychologue, psychiatres ou infirmières, mais qu'ils se forment justement à la thérapie transculturelle et donc pleines cultures différentes.
	V26	E2 : À la fin, parce que je ne connaissais pas bien le dispositif pour ne pas l'avoir moi-même expérimenté du coup de qu'est-ce que, je pense c'est quelque chose qui peut poser quand même souci pour une première orientation parce que c'est un dispositif assez différent de tous.
	V27	E4 : Ce n'est pas parce qu'on est d'une culture différente qu'on doit aller à une consultation transculturelle pas du tout c'est vraiment quand on estime, pour moi, c'est comme ça que je vois les choses c'est quand on estime que la culture en tout cas vient complexifier la prise en charge.
	V28	E3 : Je pense effectivement il faut qu'il comprenne bien que c'est une richesse complémentaire et ce n'est pas du tout parce qu'on ne peut pas faire avec vous parce que vous n'êtes pas de notre culture et au contraire. Voilà.

2. LA RENCONTRE AVEC LE DISPOSITIF DE PTC : UN LIEU « INTIMIDANT » QUI DEVIENT LIEU DE SOUTIEN POUR LA FAMILLE ET POUR LE TPI

Un lieu « intimidant » initialement pour les TPI	V29	E1 : Bah, ce n'était pas du tout qu'est-ce que je m'attendais, je ne pensais pas du tout que c'était un aussi grand groupe voilà qu'il y avait toute la famille présente et que les professionnels qui étaient présents peuvent changer d'une séance à l'autre.
	V30	E5 : À l'époque ehm je n'avais pas eu l'information autour ça me semblait un peu mystérieux et puis là avec la formation du D.U. et assister aux consultations de Marie Rose Moro j'ai mieux compris ce qui passait
	V31	E2 : Donc la première fois j'étais assez stressé par le quack de fonctionnement parce que justement tout est toujours est-ce qu'ils vont adhérer ...à la. Et du coup on arrive un peu avec ces questions-là en ayant au maximum fait en sorte que d'être sûr que ça marche.
	V32	E5 : J'étais très contente de comment c'était passé parce que j'apprenais quand même pas mal et voilà c'est vrai que c'est un peu ancien donc en tout cas c'était bien passée c'était bien passé.
	V33	E4 : Bon voilà je n'étais pas très, très à l'aise pendant cette première consultation en tout cas moi j'étais présente comme psychiatre référente de la situation.
	V34	E2 : Avec une famille qu'on accompagnait qu'on connaissait bien et dont on a beaucoup part du récit qui va être délivrée donc du coup on est un peu bon avec des émotions assez fortes parce que c'est aussi un moment de passage de relais sur des situations, des situations intenses qu'on a accompagné du coup avec quelque chose de très solennel
	V35	E5 : J'ai toujours la banane pendant ces premières consultations, parce que je trouve que ce passent énormément choses soit d'un point de vue émotionnel avec les familles.
Les TPI perçoivent le dispositif de PTC comme un soutien pour la famille (par le	V36	E3 : On ose parler des différentes cultures et que sans aucun jugement sans aucun a priori donc ça ouvre énormément le champ du possible là où souvent il pouvait se fermer.
	V37	E3 : Ils s'intéressent justement d'où ils viennent et leur culture qui est d'une richesse extrêmement importante et qu'on a besoin de travailler avec ça.
	V38	E5 : Cette histoire de groupe ça leur a tout de suite parlé. Le fait qu'il y a plusieurs personnes pour réfléchir ensemble ça les a tout de suite intéressées.
	V39	E1 : Je trouvais qu'ils n'étaient pas gênés du nombre, comme si c'était quelque chose d'habituel de parler à un clan et à une famille, voilà.

	V40	E4 : Je pensais que sa manière de comprendre la souffrance de sa fille c'était très important qu'on puisse l'entendre et qu'on puisse faire en sorte que fin qu'elle puisse en parler avec des personnes qu'ils savent exactement de quoi elle parle, elle parle de maraboutage, etc....
	V41	E3 : Échanger justement soit dans leur langue soit dans leur culture en tout cas quelque chose qu'ils ont le sentiment que l'autre va comprendre parce que justement il est de la même culture ou qu'en tous cas ça va raisonner parce qu'on ose parler des différentes cultures.
	V42	E4 : Je sentais à quel point elle avait besoin de ce groupe pour décoller, ma patiente, en tout cas pour s'engager dans l'adolescence vraiment, pour elle c'était essentiel ce groupe
	V43	E1 : Il y avait l'interprète et la maman, le seul qui avait un lien avec la maman ce jour-là c'était l'interprète qui était quasiment derrière elle et qui lui murmurait presque à l'oreille.
	V44	E5 : Je contais vraiment beaucoup sur la possibilité pour Mr de s'exprimer dans sa langue avec l'interprète et la connaissance de aussi du thérapeute principal de la culture du patient.
	V45	E4 : Ma patiente elle était beaucoup dans une écoute très, très active, tu vois, elle ne disait rien c'était pénible ça... jusqu'à que son père arrive ce n'est pas compliqué, elle n'a dit rien jusqu'à que son père arrive, mais du coup pendant toute la durée l y avait la mère et elle n'a rien dit, mais dans une écoute très, très, très active, mais j'ai l'impression que vraiment il y avait tellement de propositions qui étaient faites par les cothérapeutes sur pleines choses différentes ... ça se sentait que ça lui parlait
	V46	E3 : Des gens formés dans l'équipe transculturelle et qui ont toujours des images formidables, extrêmement poétiques, c'est extrêmement efficace en plus je trouve et parfois ça paraît magique de temps en temps
Les TPI se sentent soutenus par le dispositif de PTC	V47	E2 : Je pense que la consultation transculturelle c'est aussi un espace de de soutien pour nous qu'on ne fait pas pour ça, mais qu'en effet il est... et de remettre un poids psychique de certains accompagnements dans quelque chose et du coup après se retrouver rechargés de quelque chose.
	V48	E5 : Mais pour moi c'était une richesse, une très grande richesse, j'ai beaucoup appris avec les interventions de l'interprète médiateur et du thérapeute principal c'était vraiment, je me régale quand je suis en consultation, voilà.
	V49	E3 : À chaque fois je suis assez émerveillée par effectivement le côté presque magique de ces premières rencontres et de la famille et pour moi aussi parce que j'apprends énormément choses et je ne suis pas formée moi, je suis sensibilisée, mais pas formée donc à chaque fois je trouve ça oui magique, beau et magique.

3. LA PTC PERÇUE COMME SOURCE DE CHANGEMENTS MULTIPLES

La PTC mobilise les ressources de la famille et amène à un changement dans la dynamique familiale	V50	E4 : Elle ne se sentait pas je ne sais pas en situation pour dire des choses à la maison, mais si elle savait très bien son point de vue, mais elle lui exprimait très bien le sien ce jour-là.
	V51	E3 : ça a permis que ce papa nous rencontre, rencontre sa fille différemment qu'à la maison en étant furieux qu'elle ne soit pas la fille idéale, la bonne fille, celle qu'il avait imaginée comme elle aurait pu être au pays et voilà.
	V52	E1 : Alors ce qui a pu bouger c'est le lien entre les parents qui ont pu dire, au moment de la consultation, des choses, je pense qu'ils ne se sont jamais dites sur leurs angoisses, sur leurs inquiétudes, sur leur questionnement, sur leur volonté de mettre en place des choses au pays différent pour l'un...pour l'un et pour l'autre et là du coup ils ont pu parler ensemble, ça a permis qu'ils puissent parler ensemble de ce qui était le plus approprié à mettre en place.
	V53	E3 : Je trouve qu'il y a une meilleure communication ensuite entre les ados et les parents vraiment ...c'est assez évident... toute la dynamique familiale qui doit évidemment, qui doit forcément être remobilisée, mais au moins on pense, on a l'impression qu'on va y avoir accès et s'amène en tout cas dans les deux cas là j'ai senti vraiment un apaisement de part d'autre, c'est à dire que les parents se sont enfin en lien avec l'ado et l'ado effectivement se sent en fin de ré créer de la communication possible avec les parents
	V54	E3 : déjà ç'avait changé, je n'avais pas besoin de l'appeler 5 fois avant pour qu'on le voie à une seule consultation, je l'appelais une fois et il était là et qui effectivement il me regardait, je sentais qu'il était prêt à participer un peu plus au travail qu'on pouvait faire avec son ado.
	V55	E4 : On a eu beaucoup de mal à accéder à ce père en effet qu'on n'a jamais réussi à le rencontrer, pendant un bon moment. Le père est arrivé à la 7ème consultation transculturelle, ça je sais qu'il était arrivé là et il est revenu une deuxième fois deux trois consultations plus tard, euh et si non bah ça pris, pour moi il y a eu un vrai virage dans la prise en charge dans la consultation transculturelle, mais aussi dans mon espace à moi dans ma consultation en ambulatoire. Et il y a vraiment eu un vrai changement du moment que le père est apparu.
	V56	E1 : Après ce changement d'enfant hyper excité et qui tout d'un coup rentre dans cette pièce, il y avait une vingtaine des personnes, il faisait chaud, et qu'on n'a pas quasi entendu pendant toute la séance qui a duré quand même une heure et demie, c'était ça.
	V57	E3 : Les enfants sont beaucoup plus calmes, très attentifs à ce qu'ils puissent raconter les parents en lien comme ça avec les thérapeutes.

	V58	E5 : Il avait un an, il y avait les premiers mots et je ne me souviens plus de ce qu'il a dit, mais il a, à un moment il est intervenu et c'était tout à fait à propos, c'était incroyable, tout le monde a ri comme s'il était en train de suivre ce qui passait dans la consultation, ça, ça m'avait fasciné, vraiment.
	V59	E2 : J'étais assez marqué par le fait qu'un des thérapeutes aille avec l'enfant et du coup illustre de manière non dite et assez fine des choses qui avaient été perçues donc c'est le côté aussi agir de la consultation transculturelle le fait que l'enfant soit au milieu, le fait qu'il y a des interactions avec ces enfants.
	V60	E3 : Je suis toujours étonnée que toutes les fratries même si elles ne parlent pas elles écoutent avec en tout cas moi, chaque fois que je suis allée les fratries écoutent parler les parents alors qu'en consultations elles disaient de toute façon je m'en fous complètement, moi non plus je n'aime pas l'Algérie, de toute façon je n'aime pas leur mentalité, moi je ne veux pas qu'ils m'en parlent...et puis en effet ils sont passionnés par l'histoire de leurs parents remis dans le contexte culturel. Ça aussi, je trouve que c'est toujours assez extraordinaire, moi je ne pourrais pas faire en consultation et est-ce que là effectivement.
L' accès à la narrativité apporte un changement dans la prise en charge en individuel et à une amélioration de l' alliance thérapeutique	V61	E3 : Ça permette vraiment d'avoir une ouverture pour mieux comprendre une problématique qu'elle soit familiale, individuelle. Et donc d'avoir comme ça une lecture extrêmement plus riche de faire des ponts entre différentes cultures.
	V62	E2 : On n'avait plu juste une dame assommée des neuroleptiques, mais qu'on avait un travail plus complet qui avait été fait autour.
	V63	E4 : Il y a eu certains moments qu'on pouvait avoir accès davantage à la maman et à ses inquiétudes à sa propre histoire à elle, même si c'était une histoire à trous, bon ça n'était pas tout explorer on pense qu'il y a eu du trauma là-dedans, très probablement.
	V64	E3 : Et puis ce papa pendant ce premier entretien il avait pu s'effondrer à parler du pays à parler de sa famille, sa mère, son lien avec sa mère ce qui se n'était absolument pas autorisé à faire avec moi.
	V65	E1 : Oui, une maman qui retourne le dos à 'équipe et qui petit à petit s'ouvre vers l'équipe, qui parle plus, qui sourit et qui a pu raconter un petit peu son histoire
	V66	E4 : Elle avait vraiment des inquiétudes comme ça la maman, on a pu mieux comprendre, tu vois, ses résistances à elle pourquoi elle résistait autant à pouvoir à nous aider réfléchir sur la situation de sa fille et en fait elle avait vraiment de vraies inquiétudes pour sa fille qu'elle soit stigmatisée là-bas au pays tu vois, donc c'était vraiment il y a la parole que c'est déliée tu vois, après cette, cette consultation-là et ça nous a éclairé du coup sur cette alliance assez difficile avec elle sur pourquoi c'était si difficile avoir une bonne alliance avec la maman.
	V67	E1 : Parce que ça permet comprendre un peu la relation entre monsieur et madame et les enfants, ça nous a permis de comprendre ça, comprendre les difficultés de la maman.
	V68	E5 : Il y a eu tellement de choses abordées sur l'histoire familiale de Mr et puis sur des étiologies éventuellement ça a permis à Mr, ils sont retournés au pays je ne sais plus quand, il y a 6 mois, et il est revenu avec des traitements traditionnels qu'il pratique régulièrement.
	V69	E3 : Ça ouvre énormément je trouve l'alliance thérapeutique avec un patient sur son histoire personnelle ou familiale justement comment je disais tout à l'heure emmm lui ça vient ouvrir des questions qui ne serait pas forcément ouverte ou qui n'aurait pas forcément ouverte avec toi en individuel
	V70	E3 : Je trouve que s'améliore encore l'alliance thérapeutique avec l'idée qu'effectivement c'est une richesse importante et que les gens se sentent tout d'un coup entendus et compris par leur thérapeute initial et que ça va forcément renforcer énormément la prise en charge, l'alliance, la connaissance du patient et de sa famille grâce à ce dispositif-là et ils le sentent très bien et donc ça. Enfin c'est d'une richesse importante pour pouvoir justement mieux aider mieux accompagner.
	V71	E5 : Il y a eu un enrichissement de notre relation, de leur part une très grande reconnaissance, moi une meilleure compréhension de leur fonctionnement, un et puis une alliance, c'est sûr il y a une très forte alliance et au niveau de transfert/ contre-transfert c'est fort, parce que ce suivi-là régulier pendant 3 ans ça crée des liens.
	V72	E5 : Pendant ces consultations ils échangeaient aussi avec moi, à mon cabinet au cours de la prise en charge du dispositif transculturel, la parole c'est aussi libérée pendant les consultations et parfois Mr a pu me dire certaines choses dont j'espérais qu'il aurait reparlé en consultation transculturelle.
	V73	E4 : Il y a la parole que c'est déliée, tu vois, après cette, cette consultation-là, donc oui moi je trouve que c'était un vrai tournant. En tout cas moi j'ai vu un vrai changement dans la prise en charge à côté quoi et là la thérapie transculturelle a pris fin
	V74	E1 : Ça nous a permis de comprendre ça, comprendre les difficultés de la maman et de montrer qu'il y a effectivement autres choses thérapeutiques que les médicaments qu'il y a toute une autre façon de procéder et ça c'est important dans le cadre de ces consultations-là. Penser autrement et pas uniquement aux médicaments, psychiatres, psychiatres classiques on va dire, sur comment écouter les parents et les questionner sur leur histoire familiale voilà.
	V75	E4 : J'ai l'impression que ça a un peu clarifié les choses dans sa tête et du coup elle s'est vraiment elle est, elle a été toujours très investie dans ses soins, mais elle a investi avec moins d'ambivalence, c'est plus sain dans sa tête donc il n'y a plus des moments par exemple où elle arrive et elle ne parle plus du tout quand elle ne va pas bien elle arrive à mettre des mots là-dessus elle arrive à m'en parler, elle arrive à... Il y a tous des choses complémentaires qu'ils sont faits qu'elle allait mieux au moment donné, mais je pense vraiment que oui, que la consultation transculturelle a aidé clarifier certaines choses pour elle.
V76	E3 : On va pouvoir justement travailler qu'est-ce qu'il ne voulait pas, dont il ne voulait pas entendre parler même en individuel, du pays ça a ouvert des portes ça c'est sûr.	
Changement du TPI dans sa pratique au	V77	E5 : Au niveau de ma consultation j'aborde différemment d'il y a 4 ans les patients d'autres cultures et même les patients de ma culture, ça serait , je ne sais pas de comment vous le dire en quelque mot, mais je pense que ma position a changé, ma position en tant que médecin.
	V78	E4 : Ça a changé ma manière d'aborder les patients, qu'est-ce que je peux dire c'est qu'effectivement j'ai toujours en tête l'importance de la culture dans mes prises en charge.
	V79	E1 : Et ça, ça m'a permis en effet de réaliser aussi que toute l'histoire dans les familles dans leur pays même si on ne croit pas aux esprits aux... donc quand même pour eux c'est important et ça a un impact sur leur vie, sur leur santé.

V80	E2 : Je n'étais pas trop à l'aise d'aller trop rechercher dans les représentations culturelles de la maladie... peut être à l'époque je n'étais pas complètement très clair sur le fait que voilà mettre des mots, entendre des explications, des explications qui peuvent être adaptées à leurs besoins divers c'était important, je n'étais pas encore voilà.
V81	E2 : en tout cas ça fait déjà voir que les gens peuvent dire les choses que ce n'est pas compliqué d'aborder ces questions-là, voilà. Ça a changé ma manière de questionner en tout cas, ça c'est sûr, d'être en mesure de questionner, autorisé, légitime, compétent.
V82	E4 : Il suffit presque uniquement d'en parler tout comme si tu interrogés des éléments familiaux, transgénérationnels comme des éléments culturels ce sont des choses très importantes à interroger.
V83	E3 : Moi c'est ce qui m'a beaucoup parlé tout d'un coup c'est le décentrage effectivement, je sentais qu'il fallait une autre lecture quoi, vraiment ça je le sentais, mais je ne savais pas que s'appelait du transculturel. Il y a ce décentrage qui est tellement important et que c'est un mot facile à dire, mais je pense qu'il est très difficile à apprendre de qu'est-ce que ça veut dire exactement le décentrage. Je pense que c'est vraiment compliqué se dire qu'il faut que tous nos repères peuvent être basculés parce que c'est quand même une charpente et si on bascule toute la charpente "CRRRHH" ; mais c'est tellement important savoir que c'est important savoir se décentrer et voilà qu'est-ce que ça m'a apporté le transculturel. Donc forcément je regarde les gens différemment, on n'est pas dans l'a priori, dans l'interprétation, je laisse venir ce qu'ils ont à dire et sans tout de suite me dire ah c'est évident j'ai tout compris c'est ça parce que moi, ça me fait penser à...et encore plus avec les ados, et donc ça m'a permis vraiment à mieux écouter et entendre.
V84	E5 : Je pense que ma position a changé, ma position en tant que médecin et que je euh je me mets plus en situation de mmm comment dire, ehhhh la question qui revient fréquemment de façon consciente ou inconsciente c'est qu'est-ce qu'il ressent et qui je suis par rapport à lui ? voilà ça c'est une des choses que maintenant est présente à presque toutes mes consultations. Et qu'il ne l'était pas forcément avant
V85	E1 : Je pense que ça m'a permis de penser autrement... Je pense qu'il y a le juste équilibre à trouver entre le transculturelle et notre façon à nous de voir la médecine. Elles ne sont pas opposées les deux médecines, la médecine classique, celle qu'on nous enseignait et la médecine plus, plus en lien avec le culturel.
V86	E1 : Moi en tant que praticienne avec ma culture médicale européenne on n'a pas du tout connaissance de l'impact que peut avoir toute la culture tout le vécu dans le pays d'origine sur la vie des familles et sur un impact sur la santé aussi, voilà.

RÉSUMÉ

MACCHI Alessandra – Évaluation qualitative de la psychothérapie transculturelle : expérience subjective de professionnels de santé travaillant auprès d'adolescents et leur famille

Thèse de Médecine : Brest - 2021

RÉSUMÉ :

Introduction : Le multiculturalisme de nos sociétés amène à une nouvelle complexité de la clinique psychiatrique. Les migrants présentent plus fréquemment des troubles psychiatriques et l'accès aux soins et la prise en charge sont moins efficaces que pour la population d'accueil. Penser la psychothérapie en lien avec la dimension culturelle devient essentiel pour répondre à ces difficultés. Le dispositif de psychothérapie transculturelle a été créé pour remédier à ce manque. Notre objectif est d'évaluer l'expérience subjective des thérapeutes de première intention (TPI) orientant leur patient en consultation transculturelle pour mieux comprendre comment une sensibilisation à l'approche transculturelle peut influencer les thérapeutes.

Méthode : Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de thérapeutes de première intention (TPI) qui ont adressé leur patient au dispositif de psychiatrie transculturelle (PTC) à Paris. Les données ont été analysées avec une méthodologie qualitative thématique.

Résultats : Cinq TPI ont été interrogés. Initialement, les TPI adressent leurs patients en PTC puisque face à des « blocages » et à une insuffisance de « moyens » pour prendre en considération les éléments culturels dans le suivi individuel. La PTC permet la circulation de la parole grâce au groupe et à l'interprète. Les TPI à travers une connaissance plus riche du patient arrivent à mieux le comprendre et à améliorer leur alliance thérapeutique.

Plus généralement, les éléments de la PTC amènent à un changement dans le positionnement du TPI face au patient. Les TPI, dans leur pratique clinique, ont appris à interroger les patients sur les facteurs culturels et avec la réouverture du dialogue, ils identifient le rôle central de la narrativité pour pouvoir comprendre le fonctionnement du patient, ses réticences et ses difficultés.

Conclusion : Nos résultats montrent comment l'approche transculturelle représente une alternative dans des suivis complexes pour donner une nouvelle dynamique à la prise en charge individuelle et améliorer le contretransfert du TPI.

Nous pouvons aussi souligner comment la PTC permet une évolution dans la pratique clinique des TPI en développant leurs compétences culturelles pour intervenir efficacement auprès de patients de diverses origines culturelles, à travers l'amélioration de leur capacité d'écoute avec la prise de conscience de l'importance des aspects culturels et de la flexibilité des croyances.

MOTS CLES Psychothérapie transculturelle, évaluation qualitative, thérapeutes de première intention, migrants, changement du thérapeute

JURY :

Président : M WALTER

Membres

G. BRONSARD

S. BERROUIGUET

E. CARRETIER

DATE DE SOUTENANCE : 12 février 2021

SUMMARY

MACCHI Alessandra – Évaluation qualitative de la psychothérapie transculturelle : expérience subjective de professionnels de santé travaillant auprès d'adolescents et leur famille
Thèse de Médecine : Brest - 2021

SUMMARY:

Introduction: Multicultural societies bring a new complexity to the clinical psychiatry. Migrants present psychiatric disorders more frequently and access to care and management is less efficacy than for the host population. Thinking psychotherapy in relation to the cultural dimension becomes essential to respond to these difficulties. The transcultural psychotherapy (TCP) consultation was created to overcome this lack. Our objective is to evaluate the subjective experience of first-line therapists (FLT) referring to their patients to transcultural consultations in order to better understand how an awareness of the transcultural approach can influence therapists.

Method: Semi-directed interviews were conducted with FLT who referred their patients to the TCP in Paris. The data were analysed using a thematic qualitative methodology.

Results: Five FLT were interviewed. They referred their patients to the TCP when they were in front of a "block" in individuals' follow-ups and without "resources" to take cultural elements in consideration. TPC allows the flow of speech through the group and the interpreter. FLT, through a richer knowledge of the patient, can better understand him and improve their therapeutic alliance.

More generally, the elements of TCP lead to a change in the position of FLT in relation to the patient. FLT, in their clinical practice, learn to question patients about cultural factors and with the reopening of dialogue, they identify the central role of narrativity in understanding the patient's functioning, reluctance and difficulties.

Conclusion: Our results show how TCP represents an alternative to complex follow-ups to give a new dynamic to individual management and improve FLT's countertransference.

We can also highlight how TCP allows evolution in the clinical practice of FLT by developing cultural skills to intervene effectively with patients from diverse cultural backgrounds, through the improvement of their listening skills with the awareness of the importance of cultural aspects and flexibility of beliefs.

KEY WORDS Transcultural psychotherapy, qualitative method, first-line therapists, migrants, therapist's evolution.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »