

Congrès Rond Point Montréal, 2005

Atelier 3 – E-51 (mardi le 12 avril 2005, de 13h30 à 15h00)
« Une clientèle multiethnique et pluriculturelle : défi des interventions en alcoolisme et toxicomanie »

Comité de présentateurs

Jorge Vasco, Thérèse Perron, Carol-Ann Poirier, Marc Perreault

Texte préliminaire – Document de travail
Rédigé par Jorge Vasco, le 8 avril 2005

Plan de l'atelier

1. Présentation des présentateurs et de l'atelier par Anne Marie Blanchard, animatrice.

Anne-Marie Blanchard introduit le thème, les présentateurs et la formule de l'atelier. Cette introduction pourrait être quelque chose comme :

« Cette rencontre est une occasion pour se parler d'une réalité croissante, celle d'une clinique qui reçoit de plus en plus des gens qui sont à l'image de la société diversifiée et pluriculturelle québécoise.

Nous croyons à la pertinence de créer des contextes susceptibles de favoriser la rencontre, le dialogue et le développement de stratégies d'intervention sensibles aux particularités des familles et des individus qui composent la société québécoise actuelle.

Ceci est une opportunité de se parler de plusieurs enjeux que tout intervenant, qu'il soit issu d'un groupe majoritaire ou minoritaire de la population québécoise, rencontrera en essayant d'aider des personnes et des familles d'origines ethnoculturelles et de milieux différents que le son milieu d'origine ou de vie.

Plutôt que d'opter pour un exposé bien ficelé, nous avons choisi de vous inviter à nous accompagner dans un échange entre cliniciens. Vous êtes invités vous aussi à nous parler de vos questions et des repères que nous fournissent nos expériences cliniques. D'abord nous situerons le thème et les aspects qui seront abordés cet après-midi car nous ne pourrions pas couvrir ce vaste champ. Ensuite, à l'aide de vignettes cliniques susceptibles, nous nous attarderons sur quelques situations cliniques et sur leurs différents contextes d'intervention.

Nous tenterons de relever au fur et à mesure, au tableau, les thèmes et les éléments que nous pourrions retenir afin de mieux orienter nos réflexions, nos interventions et nos échanges futurs. Peut-être que vous serez tentés de prendre quelques notes, mais sachez que par les actes du colloque vous aurez accès à un texte que nous avons rédigé au fil des rencontres préparatoires à cet atelier que nous avons tenues depuis quelques mois.

Je vous présente Jorge Vasco, psychologue en pratique privée qui a travaillé en centre de réadaptation en toxicomanie et qui travaille avec une clientèle multiethnique, qui a invité Thérèse Perron, psychologue à l'Hôtel-Dieu et à la Chrisalyde, auprès de personnes des diverses communautés ethnoculturelles montréalaises, Carol-Ann Poirier, psychologue en pratique privée et au sein de plusieurs communautés autochtones du nord du Québec, et Marc Perreault, anthropologue et professeur au Département de travail social à l'UQAM qui s'intéresse aux réalités des communautés immigrants et au phénomène de la toxicomanie depuis plusieurs années. Ils vous parleront d'eux dans un premier temps et Jorge fournira ensuite le cadre à nos échanges ».

2. Nos parcours et les liens avec la réflexion sur l'interculturel

(chacun s'exprime 2-3 minutes).

Chacun se nomme et situe son parcours professionnel et sa sensibilité à la question de l'ethnoculturel, de la migration, de l'expérience interculturelle, et le lien avec sa présence à l'atelier. Souligner à ce moment l'importance de se questionner sur soi comme intervenant, ses préjugés, sa propre expérience de la migration ou de la rencontre interculturelle, comment ceci pourra influencer sur l'attitude, l'accueil, l'écoute, les objectifs visés dans le cadre des interventions cliniques. Souligner la dimension intersubjective des interventions.

3. Un mot sur le thème, pour cadrer les échanges : l'importance de reconnaître la diversité des origines, incluant celle de l'intervenant, les enjeux relationnels en thérapie, être en mesure de connaître et de reconnaître (valider) l'autre, de constater et résoudre les incompréhensions.

Jorge Vasco prend la parole quelques minutes pour situer les échanges, placer quelques balises de départ.

4. Les vignettes cliniques et les éléments cliniques à signaler (chacun parle de ses exemples birévent et au fur et à mesure l'on souligne au tableau les thèmes et les balises cliniques à retenir; Anne-Marie interroge les présentateurs et la salle, Jorge et Anne Marie écrivent au tableau).

5. Les réactions de la salle.

Actes du Colloque Rond Point 2005
Montréal, 2005

Atelier 3 – E-51 (mardi le 12 avril 2005, de 13h30 à 15h00)

**« Une clientèle multiethnique et pluriculturelle :
défis des interventions en alcoolisme et toxicomanie. »**

« Les personnes qui nous consultent, pour des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie qui nuisent à leurs vies ou à celles de leurs proches, nous parlent souvent de leurs familles. Parfois ces familles sont d'origines culturelles ou ethniques diverses et différentes de la majorité de la population. Nous les écoutons parler de l'histoire de leur famille, leurs liens, leurs valeurs. Ils nous font connaître leurs façons de saisir le monde et leurs moyens de résoudre les impasses de la vie. Nous nous intéressons à la famille qui les a mis au monde et à celle qu'elles construisent. Nous constatons que les parcours et les repères individuels, familiaux et culturels ne se ressemblent pas toujours. Nous voilà néanmoins devant le défi de créer et de gérer une relation et un processus thérapeutiques. Cet atelier est une occasion de mettre en commun les questions et balises que nous fournissent nos expériences cliniques. »

Présentation (par Anne-Marie Blanchard, Centre Le Templin, CHRDL, Joliette)

« Cette rencontre est une occasion pour se parler d'une réalité croissante, celle d'une clinique qui reçoit de plus en plus des gens qui sont à l'image de la société diversifiée et pluriculturelle québécoise.

Nous croyons à la pertinence de créer des contextes susceptibles de favoriser la rencontre, le dialogue et le développement de stratégies d'intervention sensibles aux particularités des familles et des individus qui composent la société québécoise actuelle.

Ceci est une opportunité de se parler de plusieurs enjeux que tout intervenant, qu'il soit issu d'un groupe majoritaire ou minoritaire de la population québécoise, rencontrera en essayant d'aider des personnes et des familles d'origines ethnoculturelles et de milieux différents que le son milieu d'origine ou de vie.

Plutôt que d'opter pour un exposé bien ficelé, nous avons choisi de vous inviter à nous accompagner dans un échange entre cliniciens. Vous êtes invités vous aussi à nous parler de vos questions et des repères que nous fournissent nos expériences cliniques. D'abord nous situerons le thème et les aspects qui seront abordés cet après-midi car nous ne

pourrons pas couvrir ce vaste champ. Ensuite, à l'aide de vignettes cliniques susceptibles, nous nous attarderons sur quelques situations cliniques et sur leurs différents contextes d'intervention.

Nous tenterons de relever au fur et à mesure, au tableau, les thèmes et les éléments que nous pourrons retenir afin de mieux orienter nos réflexions, nos interventions et nos échanges futurs. Peut-être que vous serez tentés de prendre quelques notes, mais sachez que par les actes du colloque vous aurez accès à un texte que nous avons rédigé au fil des rencontres préparatoires à cet atelier que nous avons tenues depuis quelques mois.

Je vous présente Jorge Vasco, psychologue en pratique privée qui a travaillé en centre de réadaptation en toxicomanie et qui travaille avec une clientèle multiethnique, qui a invité Thérèse Perron, psychologue à l'Hôtel-Dieu et à la Chrisalyde, auprès de personnes des diverses communautés ethnoculturelles montréalaises, Carol-Ann Poirier, psychologue en pratique privée et au sein de plusieurs communautés autochtones du nord du Québec, et Marc Perreault, anthropologue et professeur au Département de travail social à l'UQAM qui s'intéresse aux réalités des communautés immigrants et au phénomène de la toxicomanie depuis plusieurs années. Ils vous parleront d'eux dans un premier temps et Jorge fournira ensuite le cadre à nos échanges ».

**« Une clientèle multiethnique et pluriculturelle :
défis des interventions en alcoolisme et toxicomanie. »**

par

Jorge Vasco, Thérèse Perron, Carol-Ann Poirier et Marc Perreault

En 1994 la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre m'invitait à diriger une recherche sur le phénomène de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans les communautés ethnoculturelles montréalaises, ce qui a été réalisé en collaboration avec Marc Perreault, anthropologue, qui fait aussi partie de l'équipe de cet après-midi. La recherche de 1994 s'inscrivait dans un questionnement sur les défis de l'intervention dans un contexte pluriculturel.

Ce questionnement s'est poursuivi au cours des onze dernières années de manière plus ou moins constante. Ceci particulièrement en ce qui a trait à l'intervention ethnoculturelle. Comme mes deux collègues psychologues ici présentes, Thérèse Perron et Carol-Ann Poirier, ainsi que Marc Perreault, anthropologue, vous le confirmeront, le champ de l'intervention inter ou ethnoculturelle est vaste et marqué par plusieurs enjeux tant théoriques, politiques, sociaux, que cliniques. En effet le champ est complexe et il n'est pas possible ni souhaitable de le couvrir d'un seul coup d'œil, ni dans un bref exposé comme celui-ci.

En acceptant de vous rencontrer en compagnie de mes collaborateurs de cet après-midi, le souhait était de partager avec vous le souci de rendre nos interventions et nos services

plus accessibles à tous ceux et celles dont notre société est véritablement composée, indépendamment de leurs origines. Ceux et celles qui font partie des groupes minoritaires de notre société, surtout des groupes ethnoculturels, ne consultent pas encore en grand nombre, peut-être bien parce que les services existants ne leur sont pas toujours ni connus ni accessibles.

Au fait, il nous est facile de reconnaître que l'accessibilité aux services existants n'est pas juste une question de visibilité ou de publicité, de coûts ou de géographie, même si ces facteurs sont très importants.

L'accessibilité est aussi fonction de barrières linguistiques et culturelles, confirmées ou perçues. Après tout, avec une population québécoise qui s'est enrichie, diversifiée et complexifiée avec l'arrivée et l'intégration de milliers de personnes des quatre coins de la planète, il est peu réaliste d'espérer que les ressources existantes soient adaptées à chaque groupe.

D'autant plus que la réalité est encore plus complexe que ce à quoi le discours habituel nous réfère : après plusieurs centaines d'années sur ce coin de l'Amérique, la société québécoise a vu arriver, a connu et a intégré des familles et des personnes de plusieurs contrées, d'abord en petits nombres, et depuis la moitié du XXe siècle en plus grand nombre et des origines ethnoculturelles les plus diverses.

Nous parlons donc de ces citoyens de longue date dont les ancêtres, établis ici depuis des millénaires, ou ceux venus des quatre coins de l'Europe continentale et insulaire, mais aussi de l'Afrique, ont co-écrit les premières pages de l'histoire canadienne et québécoise. Nous parlons aussi des immigrants des derniers cent ans et des multiples générations de leurs descendants, de ceux qui ont décidé de tenter de refaire leur vie ici pour des raisons diverses, de ceux qui se sont sentis forcés à quitter leur pays ou à demander le statut de réfugiés. Nous parlons aussi des enfants adoptés à l'étranger, de ceux et celles nés ailleurs de parents d'ici que reviennent au Québec. Nous parlons aussi de ces personnes qui sont venues s'établir ici le temps de se refaire leurs forces, de redémarrer leur vie, de trouver les fonds pour aider les siens, ou encore des étudiants et des détenteurs de visa de travail qui nous consultent des fois. Nous parlons de ces personnes aux racines et origines mixtes, tantôt reconnaissables, tantôt presque oubliées.

Mais nous n'oublions pas non plus ceux et celles aux ancêtres français, anglais, irlandais, ou autres, ceux et celles qui, après des générations avec peu de contact avec de nouveaux venus, se trouvent aujourd'hui à côtoyer, à la maison, sur la place publique ou au travail, des personnes aux allures, aux valeurs, aux coutumes, aux croyances bien différentes.

Au fait le premier point qu'il nous faut souligner est que la population québécoise ne se divise pas en deux groupes, ceux « de souche » ou ceux qu'on nomme « immigrants » : les identités sont bien plus diverses et complexes comme vous le savez.

Comme intervenants nous aurons donc à se questionner sur notre identité, sur nos propres origines, sur notre vision et nos attentes vis-à-vis des « autres », sur nos sensibilités, nos

valeurs, nos systèmes de référence, nos préjugés. Nous sommes appelés à recourir à notre capacité à différencier ce qui est « moi », ce qui est « comme moi », « pas comme moi », ce qui est « pas comme tous les autres ». Nous sommes appelés à prendre le temps de reconnaître notre propre expérience de notre culture d'appartenance, à quel groupe nous nous identifions, ce que « je » connais de ma culture, de mon groupe, de mes groupes, comment mon groupe fonctionne, comment ma manière de fonctionner se rapproche ou se distingue de mon propre groupe. Nous serons confrontés à questionner notre connaissance de l'autre et de sa culture, notre connaissance de son groupe d'appartenance, notre ouverture à sa singularité, notre capacité de reconnaître ce que lui est propre, ce qui est différent comme ce qu'il partage avec d'autres.

En relation d'aide nous sommes appelés à reconnaître les impasses que vit la personne qui consulte aussi bien que ses forces et à faire appel à l'expert de soi et de sa culture que réside en chacun de nous.

Du coup l'on ne se trouve plus dans une dynamique « moi-le-représentant-d'une-culture-majoritaire-et-ou-d'un-groupe-d'experts » versus « l'autre-migrant-sans-savoirs-membre-d'un-groupe-indifférencié-et-minoritaire ». Nous nous trouvons dans un contexte de construction d'un lien d'aide, d'une relation thérapeutique, donc dans une dynamique interpersonnelle et intersubjective qui s'appuie sur les expériences, les compétences et les sensibilités des deux interlocuteurs, l'aidant et l'aidé.

Puis, il est important aussi de se dire déjà que « l'étranger » peu être autant celui qui consulte ou celui qui aide. Un autre piège est aussi de penser que tous ces autres qui consultent ne connaissent pas nos services : s'il est encore vrai que beaucoup de personnes recourent à des aidants naturels ou à des figures aidantes traditionnelles, ça fait quand même longtemps que la psychothérapie, le travail social, la psychoéducation, bref, que ces formes d'aide généralement associées à l'occident ont été diffusées et sont plus ou moins connues de plusieurs milieux sur les divers continents.

Apprendre une nouvelle langue n'est pas une tâche facile ni rapide pour la grande majorité des personnes, surtout quand les priorités sont associées à la survie familiale. Avez-vous essayé d'apprendre une langue seconde? Quels obstacles avez-vous rencontré? Nombreux immigrants, souvent déjà adultes ou du troisième âge prendront bien du temps pour maîtriser les rudiments d'une nouvelle langue. Cette situation sera un handicap pour leur autonomie et risque d'être une source réelle ou perçue d'incompréhensions et de tensions dans le contexte linguistique québécois des dernières trente années. Il reste qu'une partie croissante de la population connaît le français et se sent en mesure de consulter un intervenant francophone – comme le disait un client « latino-américain » récemment « mon problème avec ma femme québécoise en est un de communication donc je veux parler avec un intervenant francophone qui puisse m'aider à comprendre où cela accroche », ou la cliente portugaise en instance de séparation qui venant au CLSC où je travaillais disait « je ne veux pas consulter le psychologue portugais car selon moi tous les hommes portugais sont pareils ».

Notre expérience clinique et nos revues de littérature nous confirment sans cesse l'importance de rencontrer chaque famille et chaque personne comme une unité singulière, avec une ouverture et avec un regard nouveaux capables de se laisser fasciner par une histoire et un parcours uniques. Nous croyons en effet à l'importance d'une attitude d'indifférence créatrice, une attitude qui suspend les « à priori », une attitude d'accueil et de découverte des particularités, des différences et ressemblances entre une personne et ceux qui sont issus des groupes auxquels elle appartient. Nous privilégions une attitude de reconnaissance des besoins, des ressentis, des croyances, de leurs expressions singulières, des comportements partagés par une famille, par un groupe. Et nous trouvons qu'il importe de s'intéresser aux sens et aux fonctions de ces besoins, de ces émotions, de ces croyances, de ces modes d'expression, de ces comportements.

Les personnes issues d'une des communautés ethnoculturelles québécoises, souffrant d'un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, qui décident de consulter ne le font pas toujours parce que leur processus migratoire ou parce que leur intégration a rencontré des écueils particuliers. Ceci existe certes. L'expérience migratoire et le processus d'établissement et d'acculturation, peuvent être des facteurs de risque et de fragilisation pour une famille et pour une personne. Certaines expériences marqueront à jamais la vie de ces migrants et de leurs descendants, que ce soit les violences et les pertes qui se rattachent au départ du pays natal, les épreuves du chemin à traverser jusqu'à la terre d'accueil, ou les espoirs, les déceptions et les ajustements incontournables en s'établissant dans une société différente. Sans oublier que chaque personne a ses propres besoins et sa sensibilité, ses apprentissages et sa manière d'interagir avec l'environnement, les situations et les gens qu'elle rencontre. Plusieurs personnes demandent de l'aide parce qu'ils se trouvent avec des comportements et des expériences complexes et problématiques qu'ils n'arrivent pas à résoudre, des troubles qui peuvent découler des impasses développementales non résolus, de situations de la vie actuelle, de troubles identitaires, de conflits intergénérationnels propres aux familles traditionnelles et aux familles ethnoculturelles.

En tant qu'intervenants en toxicomanie notre travail ne se résumera donc pas aux nécessaires évaluations adaptées et qui tiennent compte des histoires de vie, ne se limitera pas aux informations susceptibles de contribuer à une meilleure prise de conscience et à des choix éclairés quant aux droits, quant aux responsabilités, ou quant aux moyens les plus efficaces. Notre travail ne se limitera pas à modifier un comportement abusif, à arrêter une perte de contrôle, à réduire les impacts négatifs d'un style de vie. Notre travail questionnera l'histoire personnelle et familiale, les habitudes prises et apprises, les comportements utilisés pour trouver le bien-être et ceux qui précipitent la honte, l'impuissance, le découragement, le mépris de soi, le rejet ou l'autodestruction.

Nous devons nous rappeler que les processus par lesquels une personne passe d'un état de non-dépendance à un état de dépendance (à une ou à des substances psychotropes, ou encore à une activité), sont divers et peuvent être soutenus par des facteurs d'ordre physique, intrapsychique, interpersonnel, contextuel, familial, socioculturel, spirituel. Les contextes d'usage et les propriétés des substances ou activités addictives joueront certes

leur part dans l'élaboration et dans le maintien du lien de dépendance. Les préférences quant aux dépendances elles mêmes peuvent aussi varier d'un groupe à l'autre.

Une certaine uniformisation dans le choix d'objet de dépendance peut parfois émerger dans un contexte d'intégration culturelle et structurelle, au contact d'autres groupes et surtout de la culture dominante. Les enjeux émotionnels sous-jacents, et leur résolution, peuvent aussi varier d'un groupe à l'autre selon ce qui est attendu de chaque personne par sa famille et par son groupe. Ceci varie aussi en fonction que l'on soit homme ou femme, jeune ou adulte. Cela varie aussi en fonction de ce qui est validé comme étant des besoins légitimes ou ce qui est interdit comme mode d'expression ou de satisfaction de ces besoins.

En contrepartie, les processus par lesquels une personne passe d'un état de dépendance à un état de sobriété sont divers eux aussi et peuvent être plus ou moins bien compris, plus ou moins bien soutenus, par des facteurs d'ordre physique, intrapsychique, interpersonnel, contextuel, familial, socioculturel, spirituel. La nature et l'ampleur de l'expérience addictive elle-même seront des facteurs majeurs.

Ces processus vers l'état de sobriété peuvent être de durée variable et les formes de soutien peuvent aussi varier d'une personne à l'autre ou encore d'un groupe à l'autre. Par contre, tous ces processus exigeront des ajustements dans le rapport à soi, aux autres et au monde – des ajustements qui confronteront potentiellement la personne, son entourage et les aidants impliqués.

L'état de sobriété n'étant pas un retour à un état de non-dépendance mais le passage à un nouveau mode expérientiel (nouveau style de vie, nouvelle manière d'être), le défi sera de savoir déterminer, choisir et dynamiser la juste part de ce qui est conservé, réactivé, rejeté, réparé, réajusté, transformé.

Comment alors renégocier les liens aux siens, sa place et sa fonction dans le système familial et même socioculturel? Comment adopter de nouveaux comportements? Comment prendre une place au sein de nouveaux systèmes? Comment surmonter la honte ou la culpabilité introjectées? Comment réagir aux nouveaux blâmes et aux pertes que peut susciter tout changement? Comment consolider une nouvelle manière d'être au monde? Comment intégrer les nouvelles expériences de soi, des rapports aux proches et aux autres?

Une partie importante du travail thérapeutique réside dans le processus de soutien à la reconnaissance et à l'acceptation de soi. Se reconnaître passe aussi par reconnaître ce qui est propre à sa famille et à son groupe d'appartenance : les dynamiques relationnelles, les rôles de chacun, les manières d'être et de vivre transmises de génération en génération ainsi que les conflits que cela peut engendrer, les manières de résoudre les problèmes et la souffrance, ce qui est acceptable et ce qui est indésirable, interdit, la place à l'intériorité et au monde extérieur, etc.

Reconnaître ce qui est propre à sa famille et à ce qui a été vécu en son sein est parfois découragé surtout devant un étranger; parfois ce processus est ardu et demande du temps, ainsi que de surmonter la peur d'un conflit de loyauté ou de risquer de dénoncer ce qui semble indispensable quoique pénible à vivre. C'est ardu aussi parce qu'il s'agit là de contacter de vieilles situations blessantes et des conflits irrésolus, ou de se voir comme celui ou celle que nous a semblé dans le tort, celui ou celle qui a été perçu comme l'agresseur, une prise de position que certaines familles tolèrent mal.

Une telle reconnaissance de soi ou de sa famille est aussi un processus épineux parce qu'il s'agit parfois de constater et d'avouer l'écart entre ce qui fut visé comme idéal et ce qu'est vécu, ce qui est acceptable et ce qui est inacceptable.

Vous pourriez vous demander ce qu'il y a de différent entre une personne qui a vécue toute sa vie ici, ou ailleurs, sans être dans une position de tension ou d'incompréhension vu son appartenance ethnoculturelle, et une personne immigrante ou un de ses descendants. Puis vous pourriez ajouter la question de comment l'alcoolisme et la toxicomanie s'insinueront de manière distincte dans sa vie. L'histoire personnelle et le développement psychologique de chaque personne sont marqués et façonnés par des expériences diverses, plus ou moins bien traversées, des épreuves qui peuvent servir de leviers ou d'obstacles développementaux. À chaque occasion, la famille et les groupes d'appartenance de cette personne joueront un rôle de soutien qui guidera la personne vers les choix qu'elle pourra considérer, puis ils encadreront le choix qu'elle prendra.

Chaque personne organisera sa manière d'être et de faire au monde au contact d'un environnement et d'un contexte particuliers : cette personne s'organisera en fonction de ses besoins, de ses sensibilités, de ses manières de percevoir ce qui l'entoure, de se comprendre et de comprendre le monde, de ce qui lui est permis et interdit, de qu'elle apprend et de ce qu'elle risque ou pas de découvrir. Cette entreprise n'est pas aussi purement individuelle qu'il paraît ou que l'on a voulu croire, surtout quand une personne ne s'est pas repositionnée par rapport aux groupes auxquels elle peut appartenir afin de se différencier et de s'affirmer. Une personne s'organisera aussi sous les pressions et les influences des dynamiques du système familial ou socioculturel dans lequel elle évolue. Tout et aussi longtemps que ses capacités de différenciation et d'intégration ne sont pas actualisées et activées, il lui sera bien difficile de saisir la nature de ses besoins et de faire un choix que lui convienne mieux, que ce soit par rapport aux relations qu'elle vit, à la manière d'être, la façon de surmonter la souffrance, les drogues qu'elle prend, les projets de vie qu'elle visera.

En ce sens il importe donc de s'intéresser aux caractéristiques socioculturelles de son groupe et de sa famille ainsi qu'à comment ces systèmes ont contribué au passage des crises de la vie, car une partie du travail thérapeutique sera d'aider cette personne à prendre conscience de ses véritables besoins et de ses manières de les exprimer, puis de voir à faire le choix des meilleurs moyens de les satisfaire.

Les grands thèmes abordés au cours de l'atelier

Nous résumons ici certains autres thèmes que nous avons tenté de souligner au cours de notre présentation.

Les thèmes et les balises d'une intervention interculturelle : quelques pistes

1. Nos savoirs : savoir, savoir être, savoir faire : être conscient de ses origines socioculturelles, de son propre parcours, de ses préjugés, de sa sensibilité, être ouvert à ses certitudes et incertitudes en tant qu'intervenant face à ce qui semble semblable à soi et différent de soi.; reconnaître ses capacités et ses limites.

- a. Quel est son champ de formation et de pratique?
- b. Que connais-je de ma propre culture, de mon propre groupe, ainsi que des autres cultures?
- c. Capacité d'auto critique (questionner ses croyances, ses modes de pensée, ses préjugés, ses propres valeurs, ses besoins, son propre mode de fonctionnement).
- d. Capacité de reconnaître et d'accueillir les ressemblances et les différences.
- e. Capacité d'évaluer la nature de la demande et à qui elle est adressée (ne serait-ce que symboliquement).
- f. Capacité réflexive (jugement clinique – la capacité de réfléchir sur le processus thérapeutique dans son ensemble, un ensemble qui repose prioritairement sur la relation en construction).
- g. Capacité affective (capacité à saisir l'expérience émotionnelle et affective de l'interlocuteur, de tolérer l'incertitude, l'ignorance, les tensions et les incompréhensions qui émergent et colorent la relation thérapeutique, capacité d'empathie émotionnelle et culturelle).
- h. Capacité interactive (capacité de construire la relation thérapeutique dans ses multiples facettes).
- i. Nature et ajustements du cadre et de l'approche thérapeutiques
- j. Les barrières ethnoculturelles et linguistiques.

2. Les communautés ethnoculturelles : Les familles et ses membres

a. De qui parlons-nous? Les migrants, les immigrants, leurs descendants, les enfants adoptés, les étudiants et les travailleurs étrangers détenteurs d'un visa de séjour, les réfugiés, les conjoints de même origine et d'autres origines? Quand devient-on un ethnique, quand cesse-t-on de l'être, qui s'en réclame et qui ne s'y identifie pas?

b. L'histoire familiale, l'histoire personnelle.

c. Les rôles du père et de la mère : quand les rôles parentaux sont plutôt rigide­ment définis et établis, tout choc qui brasse ces fondations risque de perturber la famille et ses membres de manière considérable.

d. Les thèmes et les tensions trans-générationnels.

e. Le parcours de vie, le parcours migratoire, le parcours d'intégration, le parcours toxicomane.

f. La singularité de chaque personne, de chaque famille.

g. L'expérience de la honte (familiale ou personnelle).

h. Les alliances et les valeurs familiales.

k. Le blâme, la trahison, le rejet, la solitude, l'abandon, l'oppression, la violence.

l. L'expression affective.

m. La gestion des problèmes.

3. Alcool, drogues et médicaments

a. Les problèmes d'alcool, de drogues ou de médicaments : une des facettes des expériences et des difficultés de certaines familles, de quelques personnes.

b. Les processus par lesquels une personne passe d'un état de non-dépendance à un état de dépendance (à une ou à des substances psychotropes, ou encore à une activité), sont divers et peuvent être soutenus par des facteurs d'ordre physique, intrapsychique, interpersonnel, contextuel, familial, socioculturel, spirituel.

c. Les contextes d'usage et les propriétés des substances ou activités addictives joueront certes leur part dans l'élaboration et dans le maintien du lien de dépendance.

d. Les préférences quant aux dépendances elles mêmes peuvent aussi varier d'un groupe à l'autre.

e. Une certaine uniformisation dans le choix d'objet de dépendance peut parfois émerger dans un contexte d'intégration culturelle et structurelle, au contact d'autres groupes et surtout de la culture dominante.

f. Les enjeux émotionnels sous-jacents, et leur résolution, peuvent aussi varier d'un groupe à l'autre selon ce qui est attendu de chaque personne par sa famille et par son groupe.

g. Ceci varie aussi en fonction que l'on soit homme ou femme, jeune ou adulte.

h. Cela varie aussi en fonction de ce qui est validé comme étant des besoins légitimes ou de ce qui est interdit comme mode d'expression ou de satisfaction de ces besoins.

i. L'intervention en alcoolisme et toxicomanie auprès des familles et des personnes d'autres cultures.

Les processus par lesquels une personne passe d'un état de dépendance à un état de sobriété sont divers eux aussi et peuvent être plus ou moins bien compris, plus ou moins bien soutenus, par des facteurs d'ordre physique, intrapsychique, interpersonnel, contextuel, familial, socioculturel, spirituel. La nature et l'ampleur de l'expérience addictive elle-même seront des facteurs majeurs. Ces processus vers l'état de sobriété peuvent être de durée variable et les formes de soutien peuvent aussi varier d'une personne à l'autre ou encore d'un groupe à l'autre. Par contre, tous ces processus exigeront des ajustements dans le rapport à soi, aux autres et au monde – des ajustements qui confronteront potentiellement la personne, son entourage et les aidants impliqués. L'état de sobriété n'étant pas un retour à un état de non-dépendance mais le passage à un nouveau mode expérientiel (nouveau style de vie, nouvelle manière d'être), le défi sera de savoir déterminer, choisir et dynamiser la juste part de ce qui est conservé, réactivé, rejeté, réparé, réajusté, transformé. Comment alors renégocier les liens aux siens, sa place et sa fonction dans le système familial et même socioculturel? Comment adopter de nouveaux comportements? Comment prendre une place au sein de nouveaux systèmes? Comment surmonter la honte ou la culpabilité introjectées? Comment réagir aux nouveaux blâmes et aux pertes que peut susciter tout changement? Comment consolider une nouvelle manière d'être au monde? Comment intégrer les nouvelles expériences de soi, des rapports aux proches et aux autres?

j. L'état des liens dans la vie de la plupart des familles est un facteur important ou de cette personne

Les ruptures de liens sont un terrain favorable pour les toxicomanies.

La distance géographique pour cause de migration, l'isolement qui en résulte, les décès, les conflits intergénérationnels, la violence familiale, les difficultés de communication, le renversement des rôles pour cause d'accès au marché du travail (rôles hommes-femmes) ou de barrière linguistique (rôles parents-enfants), les divorces, les mariages interculturels, le départ des enfants de la maison parentale, peuvent être des formes diverses de « ruptures ».

Les perturbations familiales, quelles découlent du dysfonctionnement du système familial ou quelles soient « colorées », précipitées, accentuées ou contenues par les processus migratoire ou d'intégration culturelle, sont un risque élevé pour des comportements tels que la toxicomanie.

Les toxicomanies provoquent des ruptures de liens.

Quels sont les sens de ces ruptures? Quelle fonction sert la toxicomanie dans le système familial? Et pour le toxicomane, quelle en est la fonction initiale?

Quels sont les risques de ces ruptures?

Quels sont les impacts et enjeux des ruptures familiales et/ou de la toxicomanie pour le lien thérapeutique?

k. Refaire des liens à travers des identités positives : de soi, de sa famille, de son (ses) groupe(s) d'appartenance, comme moyen de se reconnaître et de reconnaître ses expériences – ce qui permettra ensuite de se comprendre et de s'épanouir.

4. La relation thérapeutique

a. Prendre le temps de rencontrer, de connaître, d'apprivoiser la famille ou la personne qui nous consulte.

Créer un lien prend du temps, écouter et saisir l'histoire d'une personne, d'une famille, aussi. L'intervenant sera confronté à la fois à la nécessité de prendre ce temps, surtout que ceux et celles qui se sentent moins habitués à demander de l'aide et à dévoiler leurs impasses, à surmonter la peur de l'oppression, la honte, l'incompréhension et le mépris, ont besoin de temps pour exprimer les méandres de leurs vies, de leurs blessures, de leurs tentatives plus ou moins réussies pour résoudre ce qui les afflige. Par ailleurs l'intervenant rencontrera des gens qui ont peu de moyens ou beaucoup de souffrances et qui espèrent une résolution rapide – ou encore ceux et celles qui conçoivent l'aide d'une perspective des interventions religieuse ou médicale : « je vous soumet mon problème, expliquez ce qui m'arrive et dites moi ce que je dois faire, quels offrandes, quelles prières, quelles pillules apporteront les résultats que je cherche ». Alors que la relation d'aide pour les troubles de toxicomanie, pour les troubles relationnels ou de l'humeur est un processus qui exige de faire le point sur les expériences vécues et les choix faits pour les surmonter, sur les habitudes, des attitudes et des comportements adoptés depuis parfois bien longtemps. Dans le premier cas l'aide est plutôt ailleurs qu'en soi, dans le second l'aide est à trouver avant tout en soi.

b. Gérer des histoires et des informations confuses, incomplètes.

Les histoires de vie sont souvent riches en événements, en blessures, en réussites de tout ordre, mais en faire le tour c'est plus que saisir les moments marquants. C'est davantage une manière de venir à bout d'aider une personne ou une famille à saisir comment elles sont venues à organiser leurs expériences et leurs manières de voir à la gestion de leurs besoins, de leurs émotions, de leurs pensées, de leurs comportements, de leurs relations.

Si des fois il y a les trous de mémoire que le temps passé provoque ou que la peur de la douleur occulte, il y a aussi les peurs du jugement, du rejet, de l'incompréhension, du mépris, de la honte, ou encore l'incertitude de ce qui est important, qui gardent dans l'ombre une partie de la vie, des souffrances et des impasses.

De plus, quand il s'agit d'expériences vécues dans un autre contexte géoculturel, dans des contextes de vie si éloignés et étrangers à ce que l'intervenant connaît, quand la langue

est une barrière, il suffit de ne pas voir passer un petit détail, une allusion, le recours à une expression prise pour banale, pour que l'on manque une fenêtre qui pourrait s'ouvrir et éclairer un coin obscur de l'impasse à résoudre.

Il est important d'explorer l'histoire transgénérationnelle de la famille, les histoires développementales, les histoires de migration, les histoires de l'intégration dans une nouvelle société, les histoires des toxicomanies, en d'autres mots, l'histoire de vie des personnes que nous rencontrons. En général, ce ne sera pas une anamnèse en règle qu'il nous faut élaborer avec la personne. Il s'agit de refaire des liens historiques, reconnaître et aider à reconnaître ces liens, chercher le sens, chercher les moyens et les solutions efficaces déjà utilisées pour résoudre les impasses.

Il sera alors possible de reconnaître les stratégies qui ont perdu de leur efficacité, de reconnaître leurs fonctions et leurs sens initiaux. Ceci facilitera la création de nouvelles pistes. Nous pourrons ainsi mieux soutenir les mécanismes naturels existant chez toute personne et tout système familial. Ce sont ces mécanismes d'autorégulation qui sont impliqués dans la capacité d'adaptation et d'ajustement créateur inhérents à un fonctionnement vers un équilibre dynamique plus épanouissant. Les approches narratives des récits de vie s'avèrent un moyen efficace de construire le lien thérapeutique et fournissent des opportunités répétées de revisiter et de reprendre contact avec les situations inachevées et émotionnellement chargées, ainsi que de traiter par la parole les sens et les impacts que s'y rattachent. Cela permettra d'identifier les lacunes et de tenter de lever le voile sur ce qui est confus ou ce qui a dû être dissimulé derrière la brume de la honte ou de la peur.

c. Travailler avec l'incertitude et l'incompréhension.

d. La notion de confidentialité : comment respecter la confidentialité dans le cadre d'interventions familiales ou individuelles.

e. Reconnaître ses propres préjugés, ainsi que ceux des autres, et leurs impacts.

f. Être sensible à l'expérience propre au fait d'être issu d'un groupe minoritaire, que ce soit par l'origine ethnoculturelle ou socioéconomique.

g. Être sensible à l'importance d'adapter le cadre thérapeutique de manière à le rendre plus accessible.

Trois vignettes cliniques

Pour des raisons de confidentialité, nous résumons ici les trois vignettes principales discutées lors de l'atelier.

« Un homme autochtone qui se voit confronté à ses origines mixtes blanches et amérindiennes et pour qui l'alcool s'avéra associé à des difficultés à accepter son passé comme cible de discrimination des uns et des autres. » (Carol-Ann Poirier)

« Une famille reconstituée qui consulta pour aider un des enfants adoptés, originaire d'Haïti, qui ne se présenta jamais aux séances familiales, mais qui a pu bénéficier d'un changement d'attitude de sa famille face à sa consommation de marijuana, face à son besoin de se distancer de sa famille d'adoption, face à son besoin de retrouver ses racines et de s'assumer comme jeune adulte, lui aussi capable de faire des choix responsables. » (Jorge Vasco)

« Un homme originaire de l'Afrique du Nord qui a fui son pays pour des raisons politiques. Il a vécu dans un pays du sud de l'Europe avant de venir s'établir à Montréal après le décès accidentel de sa femme et de leur enfant. Après son arrivée ici, il est pris en charge par une travailleuse sociale d'un CLSC qui le réfère en ethnopsychiatrie. Une longue période d'appivoisement et de mise en confiance va permettre une « certaine » alliance qui sera ébranlée ensuite par la découverte d'une habitude cachée de consommation de drogue et d'alcool. Cette découverte remet en question l'alliance d'une part et d'autre part le fait d'être intoxiqué dans les rencontres thérapeutiques nuit au travail du deuil consécutif aux nombreuses pertes subies par cet homme. Le traitement est compromis. Il faudra définir un nouveau cadre. » (Thérèse Perron)

