

# La thérapie cognitivo- comportementale culturellement adaptée (TCCca) pour les Canadiens **d'origine sud-asiatique**

Manuel de thérapie pour les troubles  
dépressifs et anxieux





Titre : *La thérapie cognitivo-comportementale culturellement adaptée (TCCca) pour les Canadiens d'origine sud-asiatique*

Auteurs : Farooq Naeem, Gursharan Kaur Virdee et Sanjay Rao

Copyright © 2022 Centre de toxicomanie et de santé mentale

*Cet ouvrage ne peut être reproduit ou transmis, en partie ou en totalité, et sous quelque forme que ce soit, par voie électronique ou mécanique, y compris par photocopie ou enregistrement, ou par voie de stockage d'information ou de système de récupération, sans la permission écrite de l'éditeur – sauf pour une brève citation (d'un maximum de 200 mots) dans une revue spécialisée ou un ouvrage professionnel.*

Citation suggérée : Naeem, Farooq, Gursharan Kaur Virdee et Sanjay Rao. *La thérapie cognitivo-comportementale culturellement adaptée (TCCca) pour les Canadiens d'origine sud-asiatique*, Toronto, ON, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Available in English under the title *Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy (CaCBT) for Canadians of South Asian Origin*

Graphisme : Accurate Creative

Traduction française : Régine Bohar

Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Pour tout renseignement sur d'autres publications de CAMH, veuillez vous adresser au Service des publications de CAMH :

Sans frais : 1 800 661-1111

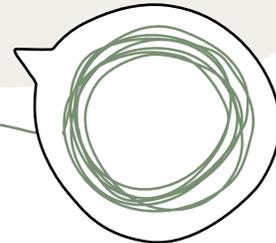
À Toronto : 416 595-6059

Courriel : [publications@camh.ca](mailto:publications@camh.ca)

Cyberboutique : <http://store.camh.ca>

[www.camh.ca](http://www.camh.ca)

12-2022



# Avant-propos

Ce manuel, dont la publication était attendue depuis longtemps dans le champ de la thérapie cognitivo-comportementale et au-delà, montre combien il est important d'être sensibilisé·e aux particularités culturelles des patients et de leur fournir des soins adaptés. Il souligne également le besoin d'explorer les différences identitaires qui sont ancrées dans la culture sud-asiatique tout comme dans la culture occidentale blanche.

J'ai tout particulièrement apprécié la partie consacrée à la religion et à la spiritualité. En effet, si de nombreuses personnes d'origine sud-asiatique s'identifient de près ou de loin à une religion, ce fait est bien souvent négligé dans les soins qu'elles reçoivent. Le manuel est émaillé d'informations utiles et de conseils, insérés par les auteurs et les membres de leur équipe de recherche pour sensibiliser les thérapeutes aux particularités des différentes ethnies et religions auxquelles on se réfère souvent de façon interchangeable sous l'appellation « sud-asiatique ».

L'appartenance culturelle, religieuse et spirituelle peut contribuer à intensifier la détresse ou à la soulager, et j'espère que ce manuel aidera les thérapeutes à adopter une démarche plus nuancée en se glissant humblement dans le monde de chaque patient·e.

## **Saiqa Naz**

*Présidente de la BABCP (British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapies)*  
Angleterre

# Remerciements

Ce manuel est issu de l'étude de recherche intitulée *Development and Evaluation of Culturally Adapted CBT to Improve Community Mental Health Services for Canadians of South Asian Origin*, menée au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de Toronto. Nous sommes reconnaissants envers l'ensemble des membres du personnel de CAMH et de ses partenaires qui ont participé à ce projet de recherche tout au long de son exécution.

Nous sommes également reconnaissants aux organismes qui se sont associés au projet : Moving Forward Family Services (Surrey, Colombie-Britannique), le Centre de santé pour nouveaux arrivants d'Ottawa (hébergé par le Centre de santé communautaire Somerset Ouest d'Ottawa) et Punjabi Community Health Services (Région du Grand Toronto) pour leur contribution active et pour le temps qu'ils nous ont généreusement accordé. Nous tenons aussi à remercier tous les autres organismes participants pour leur précieux soutien.

Un grand merci également aux personnes et organismes suivants pour leur aide inestimable et leurs conseils éclairés et opportuns lors de l'élaboration de ce manuel :

## **Chercheur principal**

Le D<sup>r</sup> Farooq Naeem

## **Coordonnatrice de projet**

Sarah Ahmed

## **Coauteurs du manuel**

Les D<sup>rs</sup> Sanjay Rao et Gursharan Kaur Virdee

## **Co-chercheurs de l'étude et partenaires sur le terrain**

Le D<sup>r</sup> Kwame McKenzie, Baldev Mutta, le D<sup>r</sup> Azaad Kassam et Gary Thandi

## **Équipe de projet**

**CAMH** : Bertina Jebanesan, la D<sup>re</sup> Nagina Khan, Andrew Tuck, Aamna Ashraf, Sireesha Bobbili et Nina Flora

**Moving Forward Family Services** : Mehreen Masud

**Centre de santé pour nouveaux arrivants d'Ottawa** : Nazia Sohani, Farouq Samim, Nimo Farah, Siffan Rahman et Michelle Maynard

**Punjabi Community Health Services** : Wishah Khan, Farhana Safa, Puneet Dhillon et Mudassara Anwar

## Membres de l'équipe de recherche

Le D<sup>r</sup> Muhammad Ayub, la D<sup>re</sup> Helen-Maria Vasiliadis, la D<sup>re</sup> Catherine Lamoureux-Lamarche, Marcos Sanches, le D<sup>r</sup> M. Ishrat Husain, le D<sup>r</sup> M. Omair Husain, le D<sup>r</sup> Sean A. Kidd et Sheeba Narikuzhy

## Thérapeutes

Meirav Raza, Helen Yohannes, Heidi O'Hagan, Ananya Dhoundiyal, Cody O'Neill et Hamidullah Akbari

## Membres du Comité consultatif d'experts

La D<sup>re</sup> Farah Islam, la D<sup>re</sup> Branka Agic, Nabiha Madda, Damindra Dias, le D<sup>r</sup> Laurence Kirmayer, le D<sup>r</sup> Arun Ravindran, la D<sup>re</sup> Smita Vir Tyagi, le D<sup>r</sup> Tariq Munshi, le D<sup>r</sup> Kenneth Fung, Sana Imran, Jaswant Kaur Bajwa, Nisha Parekh, le D<sup>r</sup> Ayan Dey, Nitasha Puri, le D<sup>r</sup> Peter Selby, Saamiyah Ali-Mohammed, Naushaba Degani et la D<sup>re</sup> Khrisha Alphonsus

## Représentants de la Commission de la santé mentale du Canada

Ed Mantler, Nicholas Watters, Maureen Abbott, Samuel Breau, Kamlesh Tello, Alida Ingabire, Ubah Mohamoud et Dalya Kablawi

---

Ce manuel a bénéficié d'un financement du Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé de Santé Canada, dans le cadre d'une étude de recherche plus vaste. Les auteurs et l'équipe de recherche remercient le commanditaire de l'étude pour son soutien tout au long de ce projet.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude aux participants à la recherche qui ont bien voulu se prêter aux entretiens et répondre aux sondages pour nous faire part de leurs expériences et de leurs points de vue sur la santé mentale des Sud-Asiatiques. C'est grâce à leur contribution que nous avons pu mener à bien notre travail de recherche.

*Avec le financement de*



Santé Canada Health Canada



# Table des matières

Avant-propos.....	III
Remerciements.....	IV
Glossaire.....	2
Contexte.....	4
Introduction.....	8
À propos de ce manuel.....	14

## **1<sup>RE</sup> PARTIE Questions relatives à la pré-thérapie :**

<b>Prise de conscience des facteurs culturels et préparation à la thérapie</b>	<b>16</b>
1.1 Questions culturelles — Facteurs à prendre en compte avant d’instaurer la thérapie .....	17
1.2 Religion et spiritualité .....	19
1.3 Langue et communication.....	26
1.4 Honte et culpabilité .....	28
1.5 Considérations liées à la famille.....	29
1.6 Contexte et capacité (questions liées au système de santé).....	30
1.7 Cognitions et valeurs.....	31

## **2<sup>E</sup> PARTIE Questions relatives à la thérapie I :**

<b>Établir le bilan et amener la personne à s’investir</b>	<b>33</b>
2.1 Établissement du bilan et formulation de cas .....	34
2.2 Comment susciter la motivation des clients à l’égard de la thérapie .....	42

## **3<sup>E</sup> PARTIE Questions relatives à la thérapie II :**

<b>Adaptation de la thérapie et précisions au sujet des séances</b>	<b>44</b>
3.1 Conseils d’ordre général.....	45
3.2 La dépression et l’anxiété.....	49
3.3 L’activation comportementale.....	58
3.4 La résolution de problèmes .....	61
3.5 Le modèle cognitif .....	65

## **4<sup>E</sup> PARTIE Bilan et planification de la mise en pratique des compétences acquises**

<b>77</b>	
La dernière séance.....	78
Références bibliographiques.....	80

## ANNEXE Documents à distribuer sur la TCCca et fiche conseils 85

Document à distribuer n° 1.....	86
<b>Qu'est-ce que la thérapie cognitivo-comportementale culturellement adaptée (TCCca)?</b>	
Document à distribuer n° 2.....	87
<b>Qu'est-ce que la dépression?</b>	
Document à distribuer n° 3.....	88
<b>Qu'est-ce que l'anxiété?</b>	
Document à distribuer n° 4.....	89
<b>À l'usage des proches</b>	
Document à distribuer n° 5.....	90
<b>Prise de conscience des pensées</b>	
Document à distribuer n° 6.....	92
<b>Pensées défaitistes</b>	
Document à distribuer n° 7.....	93
<b>Remise en cause des pensées défaitistes</b>	
Document à distribuer n° 8.....	95
<b>Création d'une pensée équilibrée</b>	
Document à distribuer n° 9.....	97
<b>Activités et bien-être</b>	
Document à distribuer n° 10.....	98
<b>Liste d'activités courantes</b>	
Document à distribuer n° 11.....	101
<b>Résolution de problèmes</b>	
Document à distribuer n° 12.....	103
<b>Qu'est-ce que l'humeur?</b>	
Document à distribuer n° 13.....	104
<b>Comment améliorer les relations interpersonnelles — 1</b>	
Document à distribuer n° 14.....	106
<b>Comment améliorer les relations interpersonnelles — 2</b>	
Document à distribuer n° 15.....	107
<b>Cultivez votre bien-être</b>	
Document à distribuer n° 16.....	109
<b>Diagramme de la responsabilité</b>	
Petits conseils pour la mise en application de la TCCca.....	110
Fiche conseils pour les thérapeutes au sujet de l'implication des membres de la famille dans la TCCca.....	113

# Glossaire

**Acculturation** — Transformation sociale, psychique et culturelle qui résulte de la rencontre de deux cultures et de la nécessité d'adaptation à la culture dominante

**Adaptation culturelle** — « Démarche consistant, pour les intervenants, à aménager la thérapie afin d'amener les personnes dont l'origine culturelle diffère de la leur à s'engager pleinement dans leur traitement »

*Remarque : définition des auteurs du présent manuel*

**Ayurveda** — Forme de médecine naturelle et holistique, originaire de l'Inde, qui date de plus de 5 000 ans

**Bhagavad-Gita** — L'un des textes sacrés les plus importants et les plus connus de l'hindouisme

**Coran** — Texte central de la religion islamique, que les musulmans (adhérents de l'Islam) considèrent comme une révélation divine

**Guru Granth Sahib** — Livre saint du sikhisme, considéré par les sikhs (adeptes de cette religion) comme le guru (guide spirituel) final, souverain et éternel

**Hadiths** — Recueil des paroles et des actes du prophète Muhammad, qui guident la vie des musulmans; le texte le plus important de l'Islam, après le Coran

**Hakim** — Nom donné en Asie du Sud aux praticiens d'une forme de médecine en partie héritée de la Grèce antique et en partie de la médecine chinoise traditionnelle

**Izzat** — Terme utilisé dans diverses langues d'Asie du Sud pour décrire l'honneur et la réputation d'une personne, famille ou communauté

**Kirtan** — Récitation d'hymnes, commune aux religions hindoue et sikh, qui vise à glorifier une divinité et qui peut prendre diverses formes, par exemple avec de la musique en accompagnement

*Remarque : la pratique du kirtan varie selon la religion; dans le sikhisme, elle est considérée comme centrale.*

**Modèle bio-psycho-socio-spirituel** — Démarche holistique qui intègre les aspects biologiques, psychiques, sociaux et spirituels de l'expérience d'une personne pour lui offrir des soins adaptés à sa façon de penser et à son expérience

**Modèle cognitif** — Modèle décrivant comment les représentations mentales influent sur la façon dont on se sent et dont on se comporte; une composante essentielle de la TCC

**Nasheed** — Chant musulman traditionnel, généralement chanté *a cappella* ou accompagné de percussion, à la gloire du prophète Muhammad

**Relation guru-chela** — Analogie décrivant la relation thérapeutique dans laquelle la ou le thérapeute joue le rôle de guide éclairé·e et la cliente ou le client celui de disciple

**Stigmatisation collective** — Distincte de la stigmatisation individuelle, elle porte sur la famille et la communauté de la personne jugée déviante au regard de la norme culturelle

**Sud-Asiatique (SA)** — Personne originaire d'un des pays suivants : Afghanistan, Pakistan, Inde, Népal, Bhoutan, Bangladesh, Sri Lanka, Maldives

**Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** — Psychothérapie structurée, fondée sur des données probantes, qui est employée dans le monde entier pour traiter divers problèmes psychiatriques, psychologiques et émotionnels

# Contexte

Ce manuel, spécifiquement conçu pour être utilisé auprès de clients sud-asiatiques présentant des troubles dépressifs et anxieux, a pour but d'aider les professionnels de la santé mentale ayant une formation et une expérience préalables de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) à enrichir leur connaissance de cette thérapie.

## Les troubles mentaux dans la communauté sud-asiatique

Les Canadiens d'origine sud-asiatique<sup>1</sup> constituent la minorité visible la plus importante du Canada, avec une population de plus de 1,9 million de personnes, soit 25,1 % de l'ensemble des minorités visibles du pays [1]. L'Asie du Sud compte huit pays : l'Afghanistan<sup>2</sup>, le Pakistan, l'Inde, le Népal, le Bhoutan, le Bangladesh, le Sri Lanka et les Maldives. Aux populations de ces pays s'ajoutent les Indo-Caribéens, une diaspora qui plonge ses racines dans la culture sud-asiatique [2] et les personnes issues d'unions mixtes, qui peuvent également choisir de s'identifier à leur héritage sud-asiatique.

La pandémie de COVID-19 a accentué les disparités auxquelles étaient confrontées les minorités visibles du monde entier — un fait particulièrement marqué chez les Canadiens d'origine sud-asiatique, qui ont des taux élevés de troubles anxieux et thymiques, et dont la santé mentale est moins bonne que celle de la population générale du Canada [3]. Les Sud-Asiatiques qui arrivent au Canada avant l'âge de 18 ans présentent un risque significativement plus élevé de dépression et d'anxiété que les immigrants du même âge venus d'ailleurs [4, 5].

Une enquête réalisée en 2020 par Statistique Canada a révélé que les membres de la communauté sud-asiatique avaient une moins bonne santé mentale que les autres grands groupes de minorités visibles du Canada (Chinois, Noirs, Philippins et Arabes, selon les résultats du recensement de la population de 2016) [6]. Lorsqu'on leur a demandé, dans le cadre de la même enquête, de faire leur propre bilan de leur santé mentale, ils ont été plus nombreux à déclarer que leur santé mentale était passable ou mauvaise, et qu'elle était un peu moins bonne ou bien moins bonne depuis l'adoption des mesures de distanciation physique associées à la COVID-19. Les personnes originaires de l'Asie du Sud ont aussi été plus nombreuses que toutes les autres minorités visibles à signaler des symptômes de trouble anxieux généralisé modéré ou grave. En outre, c'est cette minorité visible qui a signalé le taux d'insécurité financière liée à la COVID-19 le plus élevé (43,8 % des répondants sud-asiatiques).

---

1 La population visée par ce manuel n'inclut pas seulement les citoyens canadiens, mais aussi les immigrants, réfugiés et nouveaux venus n'ayant pas la citoyenneté canadienne.

2 Aux fins du présent manuel, nous avons ajouté l'Afghanistan aux pays d'Asie du Sud afin d'être aussi inclusifs que possible quant à la manière dont les personnes définissent leur origine.

## La diversité au sein de la population sud-asiatique

Au sein de la population sud-asiatique, la diversité est immense. Il faut savoir que cette population possède une multitude de traditions culturelles, de langues, de religions, d'histoires, etc. Sur le plan linguistique, l'Asie du Sud est l'une des régions les plus diversifiées au monde, avec quatre familles linguistiques et plus de 650 langues différentes [7].

La langue officielle de l'Inde est le hindi et celle de son voisin pakistanais est l'ourdou, qui est aussi une langue officielle dans un certain nombre d'États de l'Inde. Les deux langues sont très répandues dans toute l'Asie du Sud [8]. Le bengali se classant en troisième position. Parmi les autres langues communément parlées dans la région, on peut citer le télougou, le pendjabi, le marathi, le tamoul, le gujarati, le kannada, le pachto, le malayalam et le konkani. Au Canada, la langue sud-asiatique la plus répandue est le pendjabi, suivi de l'ourdou, du hindi, du tamoul, du gujarati et du bengali. On y parle aussi d'autres langues sud-asiatiques, dont le malayalam, le télougou, le népalais, le pachto, le singhalais, le marathi et le sindhi [9].

Les principales religions pratiquées en Asie du Sud sont l'hindouisme et l'islam. Cette région abrite aussi des bouddhistes, des jaïns, des chrétiens et des sikhs. Les hindous, bouddhistes, jaïns, sikhs et chrétiens sont surtout présents en Inde, au Népal, au Sri Lanka et au Bhoutan, tandis que les musulmans sont principalement concentrés au Bangladesh, au Pakistan, en Afghanistan, en Inde et aux Maldives. Au Canada, les personnes d'origine sud-asiatique sont beaucoup plus religieuses que les autres, 4 % seulement affirmant n'avoir aucune religion, comparativement à 17 % pour la population générale [10]. Par ailleurs, 28 % des Canadiens d'origine sud-asiatique s'identifient comme sikhs, 28 % comme hindous et 22 % comme musulmans.

## Obstacles à la prestation de soins de santé mentale aux groupes d'Asie du Sud

On sait que l'un des principaux obstacles à la prestation de soins de santé mentale aux communautés d'Asie du Sud est de nature linguistique. Citons, en particulier, l'absence de termes relatifs à la santé mentale dans les langues d'Asie du Sud précitées. Il est notoire que les termes désignant la dépression clinique, l'anxiété et d'autres troubles psychiques sont absents de la plupart des langues sud-asiatiques et que ces langues se prêtent mal à la description des maladies mentales; en outre, là où ces termes existent, ils ne sont pas couramment employés par les locuteurs pour parler de l'expérience de la maladie mentale. Cela peut conduire à une méconnaissance des troubles mentaux par les personnes affectées, perpétuer leur stigmatisation et, par là-même, les dissuader de faire appel à des professionnels [11, 12].

La présente initiative sur la santé mentale de la population sud-asiatique est destinée à changer la donne, car le point de vue sud-asiatique sur les problèmes mentaux est mal connu, à quoi s'ajoute le fait que les soins tels qu'ils sont actuellement prodigués ne permettent pas d'établir de bilan fidèle pour les personnes appartenant à une population aussi diversifiée ni de répondre à leurs besoins particuliers. Les intervenants en santé mentale œuvrant auprès de ces personnes ont besoin de

recommandations qui soient fondées sur des données probantes et culturellement appropriées. Ce manuel pratique constitue un important pas en avant pour l'amélioration des résultats thérapeutiques chez les Sud-Asiatiques du Canada qui présentent des troubles de santé mentale, et nous espérons qu'il aidera à aplanir les obstacles à la prestation de soins de santé mentale équitables, adéquats et accessibles aux populations sud-asiatiques du Canada.

## **Comment se servir de ce manuel**

Ce manuel a été élaboré en consultation avec des personnes ayant une expérience vécue de l'anxiété et de la dépression. Il a bénéficié de l'apport des familles et aidants de clients, de porte-parole reconnus sur le plan local et de professionnels de la santé mentale qui interviennent régulièrement auprès de clients sud-asiatiques.

Afin de renseigner les usagers sur le cadre théorique de *l'adaptation culturelle*, le manuel fait le point sur diverses questions et il fournit des conseils pratiques pour l'application des techniques présentées. Nous y avons incorporé des exemples de cas et des diagrammes pour faciliter l'apprentissage, ainsi que des documents qui peuvent être imprimés et remis aux clients pour favoriser l'alliance thérapeutique. Une fiche conseils à utiliser aidera les intervenants à se remémorer rapidement les techniques thérapeutiques et à intégrer les adaptations nécessaires lorsqu'ils auront affaire à des clients ou familles de clients sud-asiatiques.

Nous espérons que le manuel sera utile tant aux intervenants en santé mentale qu'aux usagers des services et qu'il aidera à améliorer les résultats thérapeutiques des membres des communautés sud-asiatiques de tout le Canada.

Sarah Ahmed et la D<sup>re</sup> Nagina Khan

## Qu'est-ce que la TCC?

Pour expliquer aux clients le principe de base de la TCC, on a souvent recours à une fable célèbre d'Asie du Sud qui relate l'histoire de six aveugles allant à la rencontre d'un éléphant pour se faire une idée de l'animal. Le premier, tâtant le flanc, conclut : « C'est comme un mur ». Le deuxième, saisissant une défense, déclare : « C'est comme une lance ». Le troisième, examinant la trompe, affirme : « C'est comme un gros serpent ». Le quatrième, palpant une patte, s'exclame : « C'est comme un arbre ». Le cinquième, touchant une oreille, commente : « C'est comme un grand éventail ». Enfin, se saisissant du bout de la queue de l'éléphant, le sixième s'écrie : « C'est comme une corde! ». Il est dit que les six hommes argumentèrent longtemps sans parvenir à s'entendre. Ils s'étaient tous fait une certaine idée de l'éléphant à partir d'un angle particulier. N'est-ce pas ce qu'on fait souvent dans la vie quand on ne considère qu'un aspect d'une chose et qu'on ignore le reste, sans se rendre compte qu'il y a plusieurs points de vue possibles? La TCC aide les gens à voir les choses sous des angles différents.



# Introduction

## Qu'est-ce que la TCC?

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une démarche thérapeutique largement répandue dans le monde. Fondée sur des données probantes, elle vise à remédier à divers problèmes psychiatriques et psycho-affectifs. À partir d'un constat très simple, à savoir que *la façon de voir les choses a une influence sur le ressenti et le comportement*, la TCC aide à acquérir de nouveaux mécanismes d'adaptation et des techniques de résolution de problèmes, et elle enseigne des stratégies de gestion des conflits pour améliorer la communication — toutes compétences qui seront utiles la vie durant. La TCC est essentiellement une thérapie d'auto-assistance où la ou le thérapeute joue le rôle de guide, et elle est suffisamment souple pour qu'on puisse y intégrer d'autres pratiques (la TCC est souvent associée à la méditation de pleine conscience, par exemple). (Voir le [Document à distribuer n° 1](#)).



## Les thérapies de troisième vague

Les thérapies cognitivo-comportementales de troisième vague, telles la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (TCPC), la thérapie d'acceptation et d'engagement (TAE), la thérapie centrée sur les émotions (TCE) et la thérapie comportementale dialectique (TCD), connaissent un succès croissant. Pourtant, ce gain de popularité ne trouve pas forcément écho chez les personnes d'origine sud-asiatique [13]. De nombreux thérapeutes pratiquant des TCC de troisième vague pourraient être portés à croire que, puisque ces thérapies sont associées à des préceptes de la philosophie orientale (p. ex. la pleine conscience et la compassion), tous les Sud-Asiatiques devraient avoir une affinité avec les principes et les techniques de ces nouvelles formes de TCC. Or, c'est compter sans le fait que ces principes et pratiques sont inconnus d'un grand nombre de clients sud-asiatiques. À titre d'exemple, si les textes sacrés de l'hindouisme traitent du yoga, de la méditation et de la pleine conscience, ils n'expliquent pas ce qu'est cette dernière et ne mettent pas l'accent sur l'esprit de compassion. Et ce n'est pas parce que la plupart des Indiens ont étudié le bouddhisme dans le cadre de leurs cours d'histoire qu'ils ont une connaissance pratique des techniques de la pleine conscience ou qu'ils comprennent les principes qui la sous-tendent. Quant aux Sud-Asiatiques issus de cultures à prédominance bouddhiste,

leur expérience pourrait être assez différente de la représentation que s'en font les thérapeutes, car leur pratique religieuse pourrait se révéler plus ritualiste que méditative. En outre, un certain nombre d'écoles bouddhistes ne mettent pas l'accent sur la pratique de la compassion [14]. Somme toute, les différentes croyances répandues chez les personnes originaires d'Asie du Sud pourraient bien ne pas être compatibles avec les TCC de troisième vague [15].

Par ailleurs, les pratiques issues du bouddhisme pourraient rebuter les sikhs et les musulmans, dont les valeurs religieuses sont différentes. Dans l'Islam, la pleine conscience revêt une dimension spirituelle et une perception du Divin qui se distinguent de la pratique bouddhiste et qui n'ont pas encore été intégrées à la pratique psychiatrique. Les valeurs véhiculées par la thérapie d'acceptation et d'engagement (TAE), une école notoire de TCC de troisième vague, diffèrent largement de celles de l'Orient, même dans les cultures bouddhistes [14]. Globalement, on peut dire que pour les Orientaux, les valeurs ne sont pas des représentations individuelles (comme le laisse entendre la TAE), car elles sont ancrées dans un substrat sociétal, familial, religieux et universel. De surcroît, s'il y a un élément de choix individuel, on peut néanmoins affirmer que, dans la culture orientale, les valeurs auxquelles adhère une personne ne sont pas considérées comme découlant principalement de son individualité propre ou de sa volonté de s'affirmer. Du point de vue des Orientaux, les valeurs se répartissent en trois groupes : valeurs familiales, valeurs religieuses et valeurs individuelles, ce qui présente d'ailleurs l'avantage de permettre d'instaurer le dialogue entre les aspects conflictuels de la vie de la personne, en particulier lorsque ses besoins se heurtent à ses valeurs culturelles. Quand on envisage de recourir à des adaptations culturelles de la TCC et à des thérapies de troisième vague, on doit donc prendre en compte toutes sortes de facteurs.

## Les modalités de la TCC

La TCC est une thérapie relativement brève. Elle dure généralement de 8 à 20 semaines, à raison de séances hebdomadaires individuelles d'une heure environ [16]. Les séances sont très structurées. Une séance type comprend trois parties : 10 minutes consacrées au bilan des exercices pratiques effectués la semaine précédente, 40 minutes de thérapie proprement dite et 10 minutes réservées aux commentaires et au choix des exercices à faire avant la séance suivante. Au début de chaque séance, thérapeute et client·e fixent l'ordre du jour. La TCC repose sur un modèle collaboratif et les clients participent activement à la thérapie en effectuant les exercices convenus entre les séances. L'objectif visé est d'aider les clients à apprendre à appliquer la méthode scientifique pour examiner leur façon de voir au regard de la réalité. Au lieu de donner tout de go des explications ou des conseils, les thérapeutes qui pratiquent la TCC emploient le questionnement socratique pour explorer les problèmes des clients et les aider à les résoudre par eux-mêmes.



Certains Sud-Asiatiques ignorent qu'il existe différentes psychothérapies et ne savent pas ce qu'est la thérapie cognitivo-comportementale. Il faut donc que les thérapeutes présentent les caractéristiques de la TCC en début de traitement ainsi que des explications sur la dépression et l'anxiété. Il serait également bon que les thérapeutes se concentrent sur les problèmes (souvent relationnels) et sur les symptômes (souvent physiques) qui importent le plus à leurs clients, puisque les clients qui n'ont pas l'impression que leur thérapeute se soucie de leurs préoccupations seront moins enclins à poursuivre la thérapie.



## Les interventions culturelles et psychosociales

Les données existantes sont suffisamment abondantes pour indiquer que les particularités culturelles influent sur les modalités des interventions psychosociales [17, 18, 19]. Il y a plusieurs décennies, on avait déjà observé que « ... la plupart des théories de psychothérapie ayant été élaborées par des Occidentaux de race blanche et de sexe masculin, elles sont susceptibles d'entrer en conflit avec les valeurs culturelles et la façon de penser des personnes issues de cultures autres qu'europpéenne ou nord-américaine » [20, 21]. Il est admis que les valeurs culturelles des Orientaux se distinguent de celles des Européens et des Nord-Américains dans quatre domaines fondamentaux : primauté accordée à l'affectivité plutôt qu'à la cognition, communautarisme plutôt qu'individualisme, croyance au déterminisme plutôt qu'au libre arbitre, et spiritualisme plutôt que matérialisme. Les chercheurs ont observé que les Orientaux étaient davantage tournés vers la communauté et les rapports humains, et qu'ils privilégiaient les explications spirituelles et déterministes de la vie. De nombreuses religions considèrent que certains aspects de la vie sont prédéterminés, et cette croyance peut influencer sur les modes de pensée. Les hindous et les bouddhistes, par exemple, croient au karma, mais le bouddhisme a une vision non linéaire de la vie. Li et autres [22] ont examiné les effets des enseignements du confucianisme (p. ex. respect de la hiérarchie familiale et sociale, piété filiale, rejet de l'égoïsme, accent mis sur la réussite dans les études et importance de l'harmonie dans les relations interpersonnelles) et du taoïsme (p. ex. vie simple, près de la nature, et non-intervention dans le cours des événements naturels) sur la santé mentale et émotionnelle des Chinois. Ces enseignements ont une profonde influence sur la façon dont ces derniers perçoivent la maladie mentale et sa prise en charge, ainsi que les psychothérapeutes. Une notion apparentée qui devrait être prise en compte par les thérapeutes

est le fatalisme, c'est-à-dire la croyance que le monde est gouverné par des forces divines et que nul n'a le pouvoir de maîtriser ou de prévenir l'adversité. C'est ainsi que certaines communautés d'Amérique latine considèrent que leurs problèmes mentaux ou émotionnels sont causés par de mauvais esprits ou résultent de la sorcellerie [23].

## La TCC doit être adaptée en fonction de la culture

Comme toutes les formes de psychothérapie, la TCC classique est enracinée dans les valeurs spécifiques à une culture particulière [24]. Elle consiste à explorer les croyances et les schémas de pensée qui ont un effet néfaste pour pouvoir les modifier. Les personnes touchées par la dépression et l'anxiété se voient généralement — et voient leurs semblables et le monde — sous un jour peu positif. Et il faut savoir que les convictions profondes, les présupposés et même le contenu des pensées automatiques sont façonnés par la culture [25].

Dans une étude réalisée en Inde, 82 % des étudiants en psychologie interrogés ont estimé que les principes de la thérapie cognitive étaient incompatibles avec leurs valeurs et leurs croyances [21]. Parmi eux, 46 % ont déclaré que la thérapie était contraire à leurs valeurs culturelles et familiales, et 40 % ont dit qu'elle était incompatible avec leurs croyances religieuses. Une autre étude a cherché à déterminer si les notions qui sous-tendent la TCC étaient compatibles avec les valeurs personnelles, familiales, socioculturelles et spirituelles des étudiants du Pakistan. Bien que les principes de la TCC concernant les valeurs personnelles aient rencontré peu d'objections, cette thérapie a suscité la controverse aux niveaux des valeurs familiales, sociales et, surtout, religieuses [26]. Des entretiens qualitatifs avec des professionnels de la santé mentale d'Angleterre [27], du Pakistan [28], de Chine [22], du Moyen-Orient [29], et du Canada [4] ont révélé la nécessité d'une *adaptation culturelle* de la TCC pour les personnes non issues de la tradition occidentale, qu'elle soit européenne ou nord-américaine.

## Qu'est-ce que l'adaptation culturelle?

L'adaptation culturelle de la TCC a été définie en ces termes : « la prise de conscience des particularités d'une culture donnée, l'acquisition de connaissances à son sujet et le développement des compétences nécessaires pour apporter des aménagements dans la manière dont la thérapie est dispensée, sans pour autant compromettre les fondements théoriques de la TCC » [13]. Cependant, nos travaux nous ont amenés à réviser cette définition comme suit : « L'adaptation culturelle de la TCC est la démarche consistant, pour les intervenants, à aménager la thérapie afin d'amener les personnes dont l'origine culturelle diffère de la leur à s'engager pleinement dans leur traitement ».

Ayant observé, dans le cadre de leur travail auprès de personnes issues de cultures non occidentales (cultures autres qu'européenne ou nord-américaine), que ces personnes avaient des croyances, valeurs et points de vue bien distincts de ceux des Occidentaux, des thérapeutes des États-Unis ont élaboré des lignes directrices pour l'adaptation des interventions psychosociales à l'intention de ces clients [30, 31, 32]. Toutefois, les recommandations ne faisaient guère que décrire les expériences personnelles de thérapeutes œuvrant auprès de patients latino-américains et chinois. De surcroît, ces lignes directrices pour l'adaptation de la thérapie n'étaient pas directement issues de recherches portant sur les facteurs culturels et elles n'avaient pas non plus, à notre connaissance, été soumises à des essais contrôlés randomisés (ECR). En somme, il existe peu de publications pour éclairer les thérapeutes sur l'adaptation culturelle de la TCC [24].

## Preuves de l'efficacité de la TCC culturellement adaptée

La thérapie cognitivo-comportementale culturellement adaptée (TCCca) est fondée sur des données probantes [33, 34]. Elle est plus efficace que la TCC standard et on a montré qu'elle fidélisait mieux les clients que la TCC traditionnelle [32, 35]. La TCCca accroît donc le recours aux services de santé mentale et contribue à une amélioration des résultats thérapeutiques pour les immigrants, les réfugiés et les populations racialisées [36, 37, 38].

## Le cadre de Southampton pour l'adaptation culturelle de la TCC

Nous avons élaboré le cadre de Southampton (Voir le Tableau 1) pour adapter la TCC à la culture [28] en adoptant une méthode de recherche mixte, c'est-à-dire que nous avons recueilli à la fois des données qualitatives et quantitatives. Nos recherches qualitatives ont consisté à examiner les expériences et points de vue des patients et de leurs aidants, thérapeutes et autres professionnels de la santé mentale, ainsi que des porte-parole locaux. Pour des détails sur le cadre méthodologique et les modalités de l'adaptation culturelle, veuillez vous reporter aux références [13, 26, 33, 39, 40]. Les informations obtenues à partir des recherches qualitatives ont été utilisées pour créer un manuel de thérapie sur l'adaptation de la TCC à l'intention des populations susmentionnées [41]. Quant au cadre méthodologique, il a servi à élaborer des directives pour l'adaptation culturelle de la TCC en Asie du Sud [35], au Moyen-Orient [29], en Afrique du Nord [42], en Angleterre [43], en Chine [22] et au Canada [44].

**Tableau 1.** Cadre de Southampton pour l'adaptation culturelle de la TCC

Grandes lignes	Détail
<b>Prise de conscience et préparation</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Modèle causal de la maladie mentale en usage dans la population à l'étude (<i>modèle bio-psycho-socio-spirituel</i>)</li><li>2. Langue et adaptation culturelle de la terminologie (les traductions littérales ne sont pas utiles)</li><li>3. Styles de communication, termes exprimant la détresse et les frontières personnelles</li><li>4. Participation de la famille et des aidants</li><li>5. Questions liées au système de santé en vue d'une mise en application future (nombre de thérapeutes, ressources, éloignement de l'établissement de traitement)</li><li>6. Prise en compte des questions liées au genre et au sexe</li><li>7. Protocoles de soins mettant l'accent sur l'aide de guérisseurs traditionnels (chefs religieux, sages)</li><li>8. Stratégies d'adaptation et atouts liés à la culture — religion, spiritualité, pratiques culturelles</li></ol>

Grandes lignes	Détail
<b>Bilan et établissement de l'alliance thérapeutique</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problèmes couramment invoqués</li> <li>2. Prise de conscience, par les thérapeutes, de leur système de pensée (façon de comprendre le monde)</li> <li>3. Estimation de l'<i>acculturation</i> et statut d'immigration</li> <li>4. Exposition au racisme ou à des traumatismes de nature raciale ou autre</li> <li>5. Exposition à la stigmatisation et sentiment de honte ou de culpabilité</li> <li>6. Raisons empêchant les gens de consulter et de s'impliquer dans la thérapie</li> <li>7. Prise de conscience de la maladie, de ses causes et de son traitement</li> <li>8. Croyances concernant la maladie, ses causes et son traitement</li> </ol>
<b>Aménagements thérapeutiques</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relation patient-e-thérapeute culturellement acceptable (prendre en compte l'attitude envers les personnes en position d'autorité dans une culture donnée)</li> <li>2. Psychoéducation et caractère accessible ou non de la thérapie</li> <li>3. Variations culturelles en termes de pensées dysfonctionnelles</li> <li>4. Acceptabilité du mode de prestation (virtuel ou en personne) et du style de la thérapie</li> <li>5. Aménagements ou modifications nécessaires au niveau du mode de prestation de la thérapie</li> <li>6. Emploi de stratégies de communication adaptées à la culture (p. ex. recours à des récits ou à des comparaisons imagées)</li> <li>7. Connaissance des entraves à la thérapie (p. ex. réticences à faire les exercices pratiques)</li> <li>8. Modifications des techniques thérapeutiques</li> </ol>

### Suggestions de lecture

Naeem, Farooq, Muhammad Ayub, Mary Gobbi et David Kingdom. « Development of Southampton Adaptation Framework for CBT (SAF-CBT): A framework for adaptation of CBT in non-western culture », *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, vol. 6, n° 2, 2009, p. 79-84.

Naeem, Farooq, Peter Phiri, Tariq Munshi, Shanaya Rathod, Muhammad Ayub, Mary Gobbi et David Kingdom. « Using cognitive behaviour therapy with South Asian Muslims: Findings from the culturally sensitive CBT project », *International Review of Psychiatry*, vol. 27, n° 3, 2015, p. 233-246.

Naeem, Farooq, Peter Phiri, Shanaya Rathod et Muhammad Ayub. « Cultural adaptation of cognitive-behavioural therapy », *BJPsych Advances*, vol. 25, n° 6, 2019, p. 387-395. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.15>

# À propos de ce manuel

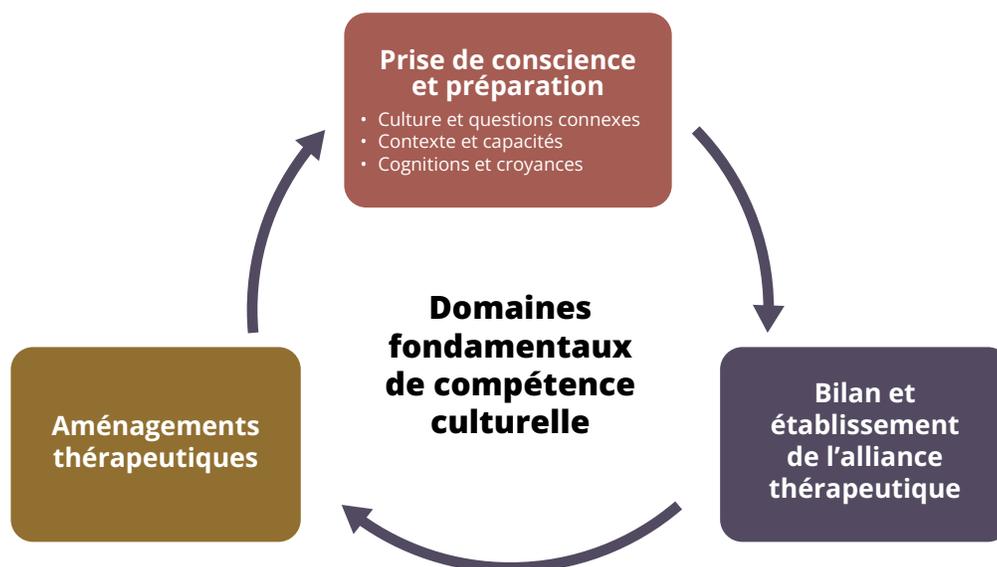
Ce manuel, destiné à présenter des techniques utiles pour la mise en place d'une thérapie culturellement adaptée aux personnes d'origine sud-asiatique, ne traite pas en détail des aspects théoriques de la TCC ni de l'*adaptation culturelle*. Cependant, sur la base de notre expérience de plus de dix ans d'adaptation culturelle de la TCC et d'application de la démarche **PP-BA-AO** (Voir Figure 1), nous avons divisé le manuel en trois parties :

1. **Questions relatives à la pré-thérapie : Prise de conscience et Préparation.**
2. **Questions liées à la thérapie — 1 : Bilan et établissement de l'Alliance thérapeutique**
3. **Questions liées à la thérapie — 2 : Aménagements thérapeutiques et Ordre du jour**

La **prise de conscience** des questions culturelles pertinentes fait intervenir les facteurs suivants :

- a. **Culture et questions connexes** (culture, religion et spiritualité, langue et communication, et questions relatives à la famille);
- b. **Contexte et capacités** (questions individuelles, système de soutien et de traitement, parcours de soins, comment la personne en est venue à consulter un-e thérapeute);
- c. **Cognitions et croyances** (croyances au sujet de la santé et de la maladie, croyances au sujet du traitement et de la personne prodiguant le traitement, ainsi que distorsions cognitives et croyances dysfonctionnelles).

Figure 1. Domaines fondamentaux de compétence culturelle



Ce manuel peut être adapté pour répondre aux besoins des clients. L'intervention de TCCca peut être offerte sous forme de thérapie brève (de 6 à 9 séances) ou de thérapie standard (de 12 à 20 séances). Vous trouverez toutes sortes de documents utiles dans la partie Annexe. Les séances durent généralement une heure, segmentée comme suit : 10 minutes pour le bilan des exercices pratiques effectués au cours de la semaine écoulée, 40 minutes de thérapie proprement dite et 10 minutes pour les commentaires et le choix de nouveaux exercices. Le programme de base comporte 6 séances, auxquelles peuvent s'ajouter des séances facultatives (Voir le Tableau 2).

**Tableau 2.** Programme des séances de TCCca\*

Séances	Objet des séances
1 <sup>re</sup>	Bilan, formulation de cas et plan de traitement
2 <sup>e</sup>	Activation comportementale
3 <sup>e</sup>	Résolution de problèmes
4 <sup>e</sup>	Prise de conscience des pensées et des émotions
5 <sup>e</sup>	Examen critique des pensées
6 <sup>e</sup>	Adoption de façons de penser plus objectives; clôture

\* *Remarque : À ce programme peuvent s'ajouter des séances facultatives sur la communication et la gestion des conflits, par exemple. Elles peuvent être insérées en n'importe quel point du programme, mais il est préférable qu'elles aient fait l'objet d'un accord thérapeute-client-e en début de traitement.*

# 1<sup>RE</sup> PARTIE

## Questions relatives à la pré-thérapie :

Prise de conscience des facteurs culturels et préparation  
à la thérapie

# 1.1 Questions culturelles — Facteurs à prendre en compte avant d’instaurer la thérapie



Avant d’œuvrer auprès d’une personne d’une autre culture, on doit, quand on est thérapeute, commencer par explorer ses propres préjugés, sa position de pouvoir et ses privilèges — en s’informant sur la culture particulière de la personne, par exemple en s’adressant à quelqu’un qui s’identifie comme étant d’une culture sud-asiatique. Ce manuel contient de brèves indications sur certains domaines de réflexion pertinents. Rappelons que les populations sud-asiatiques sont très diverses, en termes de traditions culturelles, de langues, de religions, d’histoires, etc.

## Réflexion sur la positionnalité : Commencer par une auto-prise de conscience

Avant de pouvoir intervenir efficacement auprès de clients dont les antécédents ou l'expérience de vie diffèrent des leurs, les thérapeutes devraient se livrer à une réflexion approfondie sur leur propre positionnalité, en examinant leurs préjugés et en prenant conscience de leurs privilèges en termes de race, de classe, de genre, d'accès à l'éducation, de revenu et de citoyenneté. Il convient en effet de reconnaître que ces facteurs ne sont pas également répartis et qu'ils ont une influence considérable sur la façon de penser et de voir le monde, ainsi que sur les interactions avec autrui. Il faut également examiner la dynamique de pouvoir dans le cadre de la relation thérapeute-client·e. Les préjugés d'un·e thérapeute, ses jugements de valeur ou son aversion pour des cultures, accents, religions ou modes de vie particuliers risquent de se manifester au grand jour, empêchant l'établissement de l'alliance thérapeutique.

Cette étape réflexive de la démarche thérapeutique exige une introspection approfondie et la fréquentation de milieux très diversifiés. Elle exige aussi des thérapeutes qu'ils se familiarisent activement avec d'autres cultures — en prenant des cours sur l'histoire du monde et de la colonisation, en apprenant une nouvelle langue, en s'initiant à l'art de différentes cultures, etc. Un journal d'auto-examen pourrait être tenu tout au long de cette démarche d'apprentissage, et enrichi dans le cadre du travail avec des clients issus d'horizons variés. Avant d'instaurer la thérapie avec une nouvelle personne, l'intervenant·e pourrait tenir un journal et réfléchir à la façon dont elle ou il pourrait être considéré·e comme étant « du même bord » (p. ex. « nous vivons toutes/tous deux à Toronto et nous avons fait des études universitaires ») ou « d'un autre bord » (p. ex. « nous ne sommes pas de la même race, ne pratiquons pas la même religion et nos histoires de migration sont très différentes ») que celui dont se réclame la personne. En quoi ces différences et similitudes peuvent-elles affecter la relation thérapeute-client·e? Quelles idées préconçues ai-je sur l'identité et les antécédents de mes clients? Quels sont les privilèges dont je jouis et dont mes clients sont privés (en particulier en ce qui a trait à l'expérience du racisme) et réciproquement? En outre, la consultation régulière de collègues d'origine sud-asiatique peut aider les thérapeutes de culture occidentale à prendre conscience de leurs propres préjugés et de leur ignorance, et les inciter à enrichir leurs connaissances.

## 1.2 Religion et spiritualité



Il est utile d'examiner les croyances répandues chez les personnes d'origine sud-asiatique quant aux causes de la maladie mentale, car ces croyances, souvent fermement ancrées, risquent de faire obstacle à la thérapie. Dans bien des cas, la prise en compte de ces facteurs dans la formulation du problème et la psychoéducation se traduira par une meilleure adhésion au traitement. Le Tableau 3 présente en détail les croyances largement répandues chez les Sud-Asiatiques sur les causes des maladies mentales.

**Tableau 3.** Exemples de causes associées à la maladie mentale par les Sud-Asiatiques

<b>Psycho-sociales</b>	Stress ou inquiétude, pauvreté, perte d'équilibre mental, cogitations excessives, faiblesse de caractère
<b>Biologiques</b>	Hérédité, déséquilibre chimique du cerveau, accouchement, mucus (flegme), chaleur excessive du foie, masturbation
<b>Spirituelles/ religieuses/ culturelles</b>	Esprits, magie, amulettes (porte-bonheurs portés en bracelet ou autour du cou), peur des fantômes, etc., indigence de la vie spirituelle, mauvais œil, volonté divine, karma
<b>Mixtes</b>	Prise de médicaments d'ordonnance combinée au recours à des guérisseurs traditionnels

Les clients issus de cultures sud-asiatiques ont de la maladie un *modèle bio-psycho-socio-spirituel* [34], qui conditionne leur système de pensée, notamment en ce qui a trait au bien-être, à la santé et à la maladie et qui affecte leur comportement en cas de détresse (Vont-ils chercher une aide extérieure? de quel type? Et comment en sont-ils venus à cette décision?). Certains chercheurs ont avancé l'idée que la culture et la religion influent sur la perception de la causalité [45, 46]. Ainsi, la survenue d'un accident pourrait être attribuée au « mauvais œil », à la « volonté de Dieu » ou au « karma ». Toutefois, volonté divine et karma sont des notions complexes qui se distinguent d'un simple « lieu de maîtrise » (*locus of control*), interne ou externe. Il convient de souligner que la croyance dans la volonté de Dieu ou dans le karma confère aux gens une grande force et les aide à être mieux préparés contre l'adversité.

Dans les moments de détresse, les gens ont souvent recours à des stratégies d'adaptation à caractère religieux [47]. Par conséquent, il se peut que la personne qui vient vous consulter fréquente déjà la mosquée, l'église, le mandir (temple hindou) ou le gurdwara (temple sikh) ou qu'elle se soit jointe à un groupe spirituel ou religieux local. En approuvant ou en recommandant l'emploi de techniques d'adaptation compatibles avec le profil culturel, religieux ou spirituel de la personne qui vient consulter, on favorise son bien-être général et on renforce l'alliance thérapeutique. Et en recommandant à des clients déprimés de faire leurs prières comme ils en avaient l'habitude (alors qu'ils ont du mal à trouver l'énergie nécessaire), on peut leur rendre espoir, les remotiver, rompre le cycle des pensées négatives et leur faire retrouver leur bien-être spirituel. Bien évidemment, c'est une stratégie qui demande un grand doigté.

### La Bhagavad Gita

Dans la culture indienne, la Bhagavad-Gita occupe une place de choix. Ce récit est universellement salué par tous les hindous, y compris ceux de la nouvelle génération et ceux qui ne sont pas très religieux. Selon les Indiens, le texte serait vieux de plusieurs milliers d'années, mais il est probable qu'il a été écrit au II<sup>e</sup> ou au III<sup>e</sup> siècle avant notre ère, à peu près à l'époque où le bouddhisme commençait à se répandre en Inde. La Bhagavad-Gita est facile d'accès, moins mystique que les autres textes sacrés de l'Inde, et elle renferme des conseils pratiques. Contrairement à bien d'autres textes religieux, elle s'adresse à des personnes qui n'ont pas renoncé à la vie en société pour poursuivre une quête spirituelle. Le cadre du récit est un champ de bataille et le protagoniste, Arjuna, est profondément perturbé par l'imminence du combat contre ses cousins (décrits comme des rois sans scrupules). Le cocher d'Arjuna, Krishna (reconnu comme une incarnation du dieu Vishnou), lui prodigue un « coaching », en lui expliquant qu'il faut agir avec droiture, c'est-à-dire en accord avec les responsabilités que l'on a dans la vie. Dans le cas d'Arjuna, ses responsabilités de guerrier passent avant le devoir familial. L'accent est toutefois mis sur le bien commun et la fidélité à sa vocation (parmi d'autres enseignements). Le récit rencontre un écho profond chez de nombreux hindous.

Il faut néanmoins signaler que la culture, la religion et la spiritualité peuvent également véhiculer des idées erronées sur la maladie mentale et la stigmatiser (p. ex. certains musulmans croient qu'une foi chancelante peut rendre une personne dépressive) [30]. Soulignons, ce qui est encore plus important, que les croyances sur les causes de la maladie mentale peuvent fortement influencer sur le choix de traitement et avoir un effet dissuasif important sur le recours à une aide professionnelle [48]. De nombreux hindous attribuent au karma la souffrance causée par la maladie mentale [49]. Par

ailleurs, lors d'une grande enquête réalisée en Inde, de nombreux répondants ont déclaré que certains troubles mentaux étaient dus à une perte de sperme ou de sécrétions vaginales, à un faible désir sexuel, à une masturbation excessive, à une punition pour les fautes passées et à la pollution de l'air [15]. Selon le sikhisme, la dépression peut être causée par le fait de ne pas adorer Dieu, par le karma ou par la perte d'un être cher. Parmi les autres causes invoquées figurent les railleries, l'hypocrisie, la perte des biens, la consommation de vin, le désir sexuel excessif et inassouvi, la colère, l'égoïsme et l'orgueil [50]. Les thérapeutes doivent connaître ces croyances; ils peuvent informer leurs clients sur la dépression et sur son traitement, et, au besoin, leur conseiller de s'adresser à une autorité religieuse ou un membre de leur communauté qui pourra les aider à y voir plus clair. Il est également utile d'examiner le système de soutien social et spirituel dont dispose chaque client-e, ainsi que les services offerts localement.

### 1<sup>er</sup> exemple de cas

**Saraswati**, une immigrée d'Asie du Sud de confession hindoue était déprimée, car son jeune fils, marié depuis un an et demi, était totalement sous l'emprise de sa femme et n'avait plus de temps à lui consacrer. Saraswati en avait conclu que le changement de comportement de son fils venait du fait qu'il avait été ensorcelé par sa femme. La croyance dans la magie est fréquente dans la communauté de Saraswati, mais ce n'était pas le cas dans sa famille, dont les membres ne partageaient pas sa façon de voir, et les discussions familiales au sujet de sa belle-fille l'ont irritée encore davantage. La thérapeute a choisi une stratégie non conflictuelle, dépourvue de jugement, car Saraswati était déjà irritée par le fait que les membres de sa famille ne la croyaient pas, et elle l'a amenée à envisager d'autres explications possibles pour le comportement de son fils. La thérapeute a aussi incité les membres de la famille de Saraswati à la raisonner entre les séances, leur conseillant de proposer des explications alternatives à la conduite de son fils plutôt que de remettre en question son explication. Saraswati a aussi été encouragée à reprendre sa pratique religieuse. Cette stratégie globale a donné de très bons résultats et, lors de sa visite suivante, elle était moins angoissée et elle s'est montrée disposée à suivre une thérapie contre la dépression (tout en continuant à penser que la sorcellerie était une cause possible de sa souffrance).

Les croyances précitées ne sont pas forcément partagées par tous. Il existe de nombreux courants au sein de chaque religion, et il faut également tenir compte de l'interaction avec les pratiques culturelles locales. Par exemple, un musulman pakistanais n'aura pas forcément les mêmes croyances qu'un musulman bengali. Il en va de même pour les hindous, dont les croyances religieuses sont très variées. Pour saisir les interactions complexes entre la culture et la religion, et la façon dont ces interactions affectent spécifiquement chaque client-e, les thérapeutes devraient chercher à s'informer du mieux qu'ils le peuvent.

En outre, le degré de religiosité des clients est variable (p. ex. les croyances des musulmans qui prient cinq fois par jour sont différentes de celles des musulmans qui se contentent de participer à des célébrations religieuses ou à des rassemblements communautaires, à l'occasion de mariages et d'enterrements). Le degré de religiosité doit donc être évalué avec tact.

## Le Coran\* et les *hadiths*

Pour guider leur conduite, les musulmans se réfèrent à leur livre saint, le Coran, aux paroles du prophète Muhammad<sup>psl\*\*</sup> (les *hadiths*), et à d'autres figures religieuses. Voici quelques extraits dont les thérapeutes musulmans se servent souvent auprès de leurs clients musulmans :

*Voici, Allah ne transforme pas un peuple avant qu'il ne se transforme lui-même. (Coran, sourate 13, verset 11)*

*Ohé, ceux qui adhèrent, si un dévoyé vient à vous avec une nouvelle, vérifiez-la d'abord pour ne pas risquer de heurter quelqu'un par inadvertance. Au matin, vous vous repentiriez de l'avoir fait. (Coran, sourate 49, verset 6)*

*La prudence provient d'Allah et la précipitation provient du diable. (hadith de Muhammad<sup>psl</sup>)*

*Le croyant se garde de tout jugement jusqu'à ce que les faits soient prouvés. (Hasan al-Basri)*

*Il a assez menti, l'homme qui raconte tout ce qu'il entend (hadith de Muhammad<sup>psl</sup>)*

*Ceux qui adhèrent et dont les cœurs se reposent sont dans la Mémoire d'Allah. N'est-ce pas dans la Mémoire d'Allah que reposent les cœurs ? (Coran, sourate 13, verset 28)*

*Nous vous éprouverons par un peu de peur, de faim, ou par une diminution de biens, d'êtres ou de fruits: annonce-le aux constants.*

*Quand un malheur les atteint, ceux qui disent: « Nous sommes à Allah, revenons à Lui », recueillent les prières et les grâces de leur Rabb: Ils sont guidés. (Coran, sourate 2, versets 155-157)*

*Et Il (Allah) déteste pour vous: les commérages, le fait de poser trop de questions et le gaspillage d'argent. (hadith de Muhammad<sup>psl</sup>)*

*L'inquiétude est causée par les pensées, pas par les circonstances. (Calife Ali)*

*Quand ils entendent des railleries, ils s'en écartent et disent: « À nous nos œuvres, à vous vos œuvres ! Paix sur vous ! Nous n'agréons pas les ignares. » (Coran, sourate 28, verset 55)*

*Si une plaie vous touche, une plaie semblable a déjà touché le peuple. Ces jours, nous les faisons alterner parmi les humains, pour qu'Allah reconnaisse ceux qui adhèrent et suscite parmi vous des témoins. Allah n'aime pas les fraudeurs. (Coran, sourate 3, verset 140)*

*Voici, près de la gêne, l'aisance, voici, près de la gêne, l'aisance ! (Coran, sourate 94, versets 5-6)*

*Ayez recours au traitement, car Allah n'a pas fait descendre de maladie sans qu'il ait également fait descendre son remède, à l'exception d'une maladie, la vieillesse (hadith de Muhammad<sup>psl</sup>).*

*Un homme demanda [à propos de son chameau, NDLT] : « Ô Messager d'Allah! Dois-je l'attacher et avoir confiance (en Allah) ou dois-je le laisser sans l'attacher et avoir confiance (en Allah)? » Il répondit : « Attache-le et aie confiance (en Allah) » (hadith de Muhammad<sup>psl</sup>).*

\* Les citations du Coran sont tirées de la traduction de l'éminent André Chouraqui, accessible en ligne : <https://archive.org/details/LeCoranAndrChouraqui>

\*\* « psl » est l'abréviation de « Paix et Salut sur Lui », prière des musulmans après la mention du nom du prophète Muhammad<sup>psl</sup>

## 2<sup>e</sup> exemple de cas

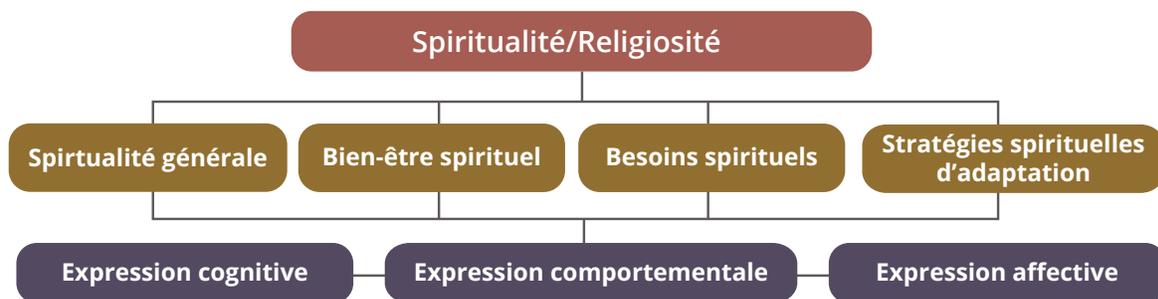
**Bushra** est une musulmane d'origine sud-asiatique qui exerce le métier d'enseignante. À sa première consultation, elle présentait des symptômes d'anxiété et de dépression légère. Cela faisait six mois qu'elle vivait chez sa sœur aînée, soit depuis qu'elle avait quitté son mari, un homme dominateur, qui usait de violence émotionnelle envers elle et de violence verbale envers leurs enfants. Mariée depuis neuf ans, Bushra était partie après un nouvel accès de colère de son mari. Elle a déclaré qu'elle l'avait déjà quitté à deux reprises, mais que la famille était intervenue et qu'elle avait dû retourner auprès de lui. À chaque fois, les changements positifs dans le comportement de son époux avaient été de courte durée. Elle était donc déterminée à ne plus jamais vivre avec lui. Le mari de Bushra, quant à lui, continuait à essayer de communiquer avec elle, ce qui était une source de tension et d'anxiété permanentes pour Bushra. La thérapeute s'est d'abord attachée à l'aider à surmonter son anxiété et son humeur dépressive et à faire des plans d'avenir. À la quatrième séance, Bushra a décidé de donner une dernière chance à son mari à condition qu'il remplisse certaines conditions, dont l'une était de suivre la thérapie avec elle pour régler la question de la violence domestique. Peu de temps après le début de la thérapie commune, il est apparu que le mari de Bushra estimait que c'était son droit de traiter sa femme et ses enfants de cette manière (en les soumettant à de la violence verbale), et il a expliqué que l'Islam l'autorisait. La thérapeute a parlé à un chef religieux local, qui lui a dit qu'il s'agissait d'une perception erronée des préceptes religieux et qu'il existait de nombreuses preuves du contraire. Lors de la séance suivante, la thérapeute a demandé au mari de Bushra, à titre d'exercice pratique, de rechercher, dans le *Coran* et les *hadiths* (paroles prononcées par le prophète Muhammad<sup>(PSI)</sup>), des arguments pour et contre le fait de soumettre sa femme et ses enfants à de la violence verbale. Le résultat a été remarquable. Le mari a trouvé de nombreux versets du Coran et hadiths qui contredisaient ses idées pré-

conçues. Le couple est resté en thérapie pendant quatre séances supplémentaires, qui ont été consacrées à la gestion des conflits, ainsi qu'aux compétences sociales et aux aptitudes de communication. Mari et femme se sont réconciliés et ont repris la vie conjugale. Ils sont revenus ensemble pour une séance de suivi, six mois plus tard, avec une énorme corbeille de friandises, en signe de gratitude (un cadeau que la thérapeute a accepté en les remerciant).



Les questions portant sur la religiosité ou la spiritualité sont très délicates. L'état spirituel est susceptible d'évoluer au long d'un spectre hypothétique allant du bien-être spirituel à la détresse spirituelle. Le bien-être spirituel peut être compromis par des facteurs de stress exogènes tels que la maladie ou le deuil, ou être renforcé par une intervention spirituelle. Il est conseillé de commencer par poser des questions ouvertes, dont voici des exemples : « Êtes-vous une personne spirituelle ou religieuse? », « Pouvez-vous me parler de vos croyances? » et « Quel est l'effet de votre religion ou de vos valeurs spirituelles sur vos problèmes? ». La religiosité et la spiritualité sont des notions difficiles à définir, chacun leur donnant un sens différent. Remarquons en passant que les termes « religiosité » et « spiritualité » sont souvent employés de façon interchangeable. Le modèle de spiritualité proposé par Monod et autres nous paraît particulièrement fructueux [51]. À partir d'une recherche documentaire sur les instruments de mesure de la religiosité et de la spiritualité, ces auteurs ont retenu les quatre catégories de mesure suivantes comme étant les plus pertinentes : (i) spiritualité générale, (ii) bien-être spirituel, (iii) besoins spirituels, (iv) stratégies spirituelles d'adaptation (Voir Figure 2), chaque catégorie se subdivisant en trois classifications fonctionnelles, soit les expressions cognitive, comportementale et affective de la spiritualité. L'*expression cognitive* mesure les convictions se rapportant à la spiritualité (exemple de question pour évaluer ce mode d'expression : « Croyez-vous à la valeur de la méditation ou de la prière? »). L'*expression comportementale* a trait à la pratique religieuse, en public ou en privé (exemple de question : « allez-vous souvent au temple? »). L'*expression affective* concerne les sentiments associés à la spiritualité (exemple de question : « Vous sentez-vous en paix? »). (Voir Figure 2).

**Figure 2. Aspects de la spiritualité et de la religiosité**



Sachez que les clients sud-asiatiques emploient des traitements très divers. Ainsi, vous pourriez découvrir qu'une même personne prend des médicaments psychotropes tout en recourant aux bons soins d'un guérisseur spirituel. Nous l'avons vu : les clients d'origine sud-asiatique utilisent souvent un *modèle bio-psycho-socio-spirituel* de la maladie. La religion et la spiritualité tenant une grande place dans la vie des personnes originaires d'Asie du Sud, les thérapeutes ont tout intérêt à accepter que leurs clients se tournent vers des méthodes traditionnelles de guérison en même temps que vers la TCC. Des renseignements à ce sujet seront recueillis, avant l'instauration du traitement, auprès de la cliente ou du client et des membres de sa famille, ainsi qu'à partir de son dossier médical ou après consultation de son médecin généraliste. En cas de doute sur une croyance particulière d'un-e client-e, nous vous recommandons de consulter un membre de sa famille ou une personne de la même origine. La collaboration avec des guérisseurs religieux ou spirituels locaux peut aider les thérapeutes à aborder les questions liées à la religion ou à la spiritualité. À l'heure actuelle, les publications portant sur

les convictions religieuses des personnes traitées par la TCC sont plutôt rares. Nous vous renvoyons donc à des articles qui vous aideront à vous familiariser avec les points de vue de ce groupe sur la religion et la santé mentale.

### Le sikhisme et le Guru Granth Sahib

Le Guru Granth Sahib, livre sacré des sikhs, est une compilation des enseignements religieux des gurus sikhs. Il sert de guide sur la façon de vivre, de se conduire, de gérer les conflits et de surmonter les épreuves de l'existence humaine en portant constamment dans son cœur le nom Waheguru (un des noms du Divin et le plus courant, dans la tradition sikh). « Il est employé dans toutes les activités religieuses sikhs, ainsi que lors des grandes cérémonies : mariages, attribution de prénom aux nouveau-nés, et autres. [...] Tout au long du Guru Granth Sahib sont mentionnées diverses croyances qui façonnent la religion sikh, le Divin occupant partout la première place. [...] Selon la doctrine sikh, tout ce qui se produit dans la vie d'une personne est déterminé par la volonté (hukam) du Divin. [...] Chaque être doit passer par [des milliers de] formes de réincarnation (p. 27, p. 50), dont celles des vers, des insectes, des éléphants, des poissons, des cerfs, des oiseaux, des serpents, des rochers et des montagnes. (p. 176). Il est dit que la vie humaine est la dernière incarnation (631-16), à laquelle on n'accède qu'après avoir purifié son karma. Toutes les incarnations seraient marquées par la souffrance, à l'exception de la vie humaine, réputée la meilleure de toutes, car elle offre la possibilité de rencontrer le Divin (631-16). C'est seulement dans une vie humaine que l'on peut atteindre la paix, par la récitation du Nom (Naam) de Dieu (207-9). »

*Kalra et autres, 2013 (p. S196, par. 2-3). (Voir les **Suggestions de lecture**)*

### Suggestions de lecture

Bhatia, Subhash C., Jayakrishna Madabushi, Venkata Kolli, Shashi K. Bhatia et Vishal Madaan. « The Bhagavad Gita and contemporary psychotherapies », *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 55, suppl. 2, 2013, p. S315-S321. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105557>

Husain, Altaf, et David R. Hodge. « Islamically modified cognitive behavioral therapy: Enhancing outcomes by increasing the cultural congruence of cognitive behavioral therapy self-statements », *International Social Work*, vol. 59, n° 3, 2016, p. 393-405. <https://doi.org/10.1177/0020872816629193>

Kalra, Gurvinder, Kamaldeep Bhui et Dinesh Bhugra. « Does Guru Granth Sahib describe depression? », *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 55, suppl. 2, 2013, p. S195-S200. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105531>

Sabry, Walaa M., et Adarsh Vohra. « Role of Islam in the management of Psychiatric disorders », *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 55, suppl. 2, 2013, p. S205-214. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105534>

Sharma, Neha. « The Bhagwat Gita as a Complimentary (sic) Tool to Cognitive Behavioral Therapy », *International Journal of Applied Psychology*, vol. 4, n° 2, 2014, p. 45-49.

Valetta, Victoria. « Mental Health in the Guru Granth Sahib: Disparities between Theology and Society », *Sikh Research Journal*, vol. 5, n° 2, 2020, p. 51-67.

## 1.3 Langue et communication

Il convient de souligner qu'en Asie du Sud, la plupart des personnes instruites savent parler l'anglais. Cependant, la prise en compte des questions liées à la langue reste essentielle pour deux raisons. Premièrement, en raison de la difficulté de traduire les notions de psychologie, en particulier pour les personnes qui ont immigré au Canada, et deuxièmement, en raison de la relative méconnaissance des compétences de communication essentielles à la TCC traditionnelle.

Prenons par exemple la notion d'*assertivité* (*assertiveness*, une notion née en Amérique du Nord). De nombreuses langues européennes n'ont pas d'équivalent [et le terme *assertivité* a dû être introduit en français pour rendre cette notion, NDLT]. En Amérique du Nord, cette notion repose sur les droits de l'individu. Or, dans les cultures d'Asie du Sud, ce sont les devoirs et les responsabilités qui priment. Le terme d'assertivité implique aussi une communication franche et directe; alors que les cultures sud-asiatiques traditionnelles attachent une grande importance à la subtilité, et considèrent que le style de communication nord-américain, plus direct, voire conflictuel, témoigne d'un manque de respect d'autrui et d'un manque d'éducation. En outre, pour les Sud-Asiatiques, il est hors de question d'exprimer son désaccord avec une personne plus âgée. Les thérapeutes qui souhaitent enseigner l'assertivité à leurs clients d'Asie du Sud doivent être bien renseignés sur ces différences culturelles.

En outre, il pourrait être utile, en cas de besoin, de faire appel aux services d'un-e interprète à condition que la cliente ou le client n'y voie pas d'inconvénient. Il existe, dans les médias sociaux, une plateforme qui peut être utile quand on a affaire à des clients parlant bengali : le Bengali Mental Health Movement (<https://campsite.bio/bmhm>) propose des articles en ligne faciles à comprendre, ainsi qu'un lexique de santé mentale en anglais, bengali et bengali translittéré, qui permet de normaliser le vocabulaire et de promouvoir la connaissance de la santé mentale.

Pour en apprendre davantage, voir les Suggestions de lecture.

### Conseil! Laissez aux clients le soin de traduire

Il peut arriver que vous ne trouviez pas de traduction appropriée pour un terme lié à la santé mentale. Dans ce cas, vous pourriez demander à la personne, après lui avoir expliqué le terme, de lui trouver une traduction. Si elle n'en trouve pas, essayez de poser la question à un membre de sa famille ou de sa communauté.



L'emploi de techniques d'assertivité adaptées à la culture pourrait se révéler très utile — la technique des excuses, par exemple, qui consiste à commencer ses phrases par des affirmations du type : « Je te/vous demande pardon, mais je ne suis pas du même avis... » ou « Si tu veux/vous voulez bien me permettre de donner un avis différent... », ou encore « J'espère que tu ne prendras/vous ne prendrez pas ça comme un manque de respect si je dis que je ne suis pas du même avis... ». Lorsque les Sud-Asiatiques ne sont pas d'accord avec une personne plus âgée qu'eux, ils baissent souvent les yeux en signe de respect. Toujours en signe de respect, il est fréquent que les clients emploient un mode détourné de communication (communication triangulaire) avec les aînés (p. ex. en s'adressant à leur père par l'intermédiaire de leur mère). En cas d'échec de ces techniques, nous conseillons aux clients de demander à une personne plus âgée, au sein de leur famille ou parmi leurs amis, de transmettre le message; ils pourraient aussi rédiger une lettre à l'intention de la personne visée. Pour plus de renseignements sur les techniques d'assertivité adaptées à la culture dans les relations interpersonnelles, voir les **Documents à distribuer** n<sup>os</sup> 13 et 14.

En somme, il est conseillé de proposer, aux clients qui ont une aversion pour la confrontation, des techniques à tester. Il convient toutefois de procéder au préalable à une analyse approfondie des risques et des avantages, en collaboration avec chaque client-e.

### 3<sup>e</sup> exemple de cas

**Anwar**, 32 ans et de confession musulmane, est un Canadien né de parents originaires d'Asie du Sud. Au moment où il s'est présenté en consultation, il vivait chez ses parents ainsi que son jeune frère. Titulaire d'un diplôme d'ingénieur, il travaillait depuis deux ans comme chef de projet dans une entreprise de sa petite ville natale, un emploi qui ne faisait pas appel à ses qualifications. Il présentait des maux de tête constants, de l'anxiété, une humeur dépressive et des troubles du sommeil. Au cours des séances de bilan, il est apparu qu'il était insatisfait de son travail, qu'il n'avait pas d'amis dans sa ville natale et qu'il souhaitait retourner dans la ville où il avait fait ses études universitaires afin de se trouver un emploi dans son domaine et de retrouver une vie sociale. Son père, néanmoins, tenait à ce qu'ils vivent tous sous le même toit et il ne voulait pas qu'il quitte le foyer familial. Le thérapeute a aidé Anwar à gérer ses symptômes anxieux et il a examiné de plus près son dilemme concernant son désir de départ pour la grande ville. Il a essayé de lui enseigner comment se montrer assertif, mais Anwar n'était pas prêt à essayer les techniques présentées. Il se sentait coupable, car son père lui avait dit que quitter le domicile familial était non seulement contraire à leur religion, mais aussi à ses valeurs familiales et culturelles, et qu'il causerait de la honte à ses parents s'il le faisait. Le thérapeute a abordé les sentiments de honte et de culpabilité d'Anwar liés aux valeurs culturelles et familiales, puis il l'a orienté vers un conseiller religieux local après avoir obtenu son consentement préalable.

La rencontre avec le conseiller a permis à Anwar d'y voir plus clair : le conseiller lui a dit qu'on avait le droit d'exprimer son opinion et de ne pas être d'accord avec ses parents, tant

qu'on n'était pas impoli avec eux. Il lui a également dit qu'en tant que fils, il avait des devoirs et des droits. Cela lui a donné le courage de parler à son père. Ils ont eu une bonne discussion et le père d'Anwar a fini par convenir qu'il serait préférable pour lui de déménager.



## 1.4 Honte et culpabilité



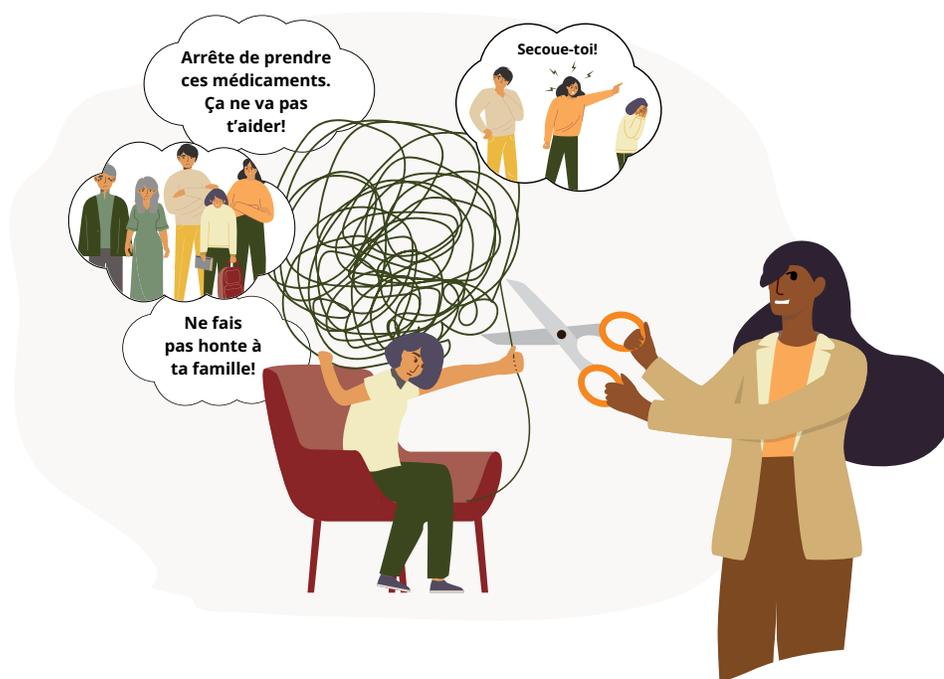
Il est possible de faire appel aux sentiments de honte et de culpabilité pour limiter les comportements inacceptables (p. ex. la consommation d'alcool ou de drogues ou les relations sexuelles hors mariage), mais ces sentiments peuvent aussi dissuader les gens de faire appel à des services de psychothérapie. Il faut savoir que les communautés et les familles d'Asie du Sud sont confrontées au phénomène de la *stigmatisation collective*, en vertu de laquelle les entorses faites par une personne à la norme culturelle ont moins d'impact sur elle que sur sa famille [52].

À titre d'exemple, le client qui souffre d'anxiété en raison de la pression exercée par sa famille pour qu'il se marie avant un certain âge ou qu'il occupe un emploi bien rémunéré dans un domaine spécifique pourrait bien être confronté à une stigmatisation collective liée à une norme culturelle, tout comme la cliente qui relate que sa famille craint qu'elle n'ait du mal à se marier si elle a un problème de santé mentale. Ceci est lié à la stigmatisation des maladies mentales et à l'accent mis sur les causes génétiques ou héréditaires de ces maladies.

L'examen de la question de la stigmatisation collective peut favoriser la fidélité à la thérapie et aider la personne et sa famille à surmonter leurs problèmes relationnels.

## 1.5 Considérations liées à la famille

Les clients de culture sud-asiatique peuvent vivre au sein d'une famille élargie ou famille indivise, une pratique courante qui est vue favorablement dans cette communauté. D'ailleurs, même lorsque tous les membres de la famille ne vivent pas sous le même toit, ils entretiennent des liens étroits. Les thérapeutes doivent se renseigner sur le rôle de la famille dans la vie des clients et en évaluer les avantages et les inconvénients. L'implication de la famille est préjudiciable lorsque les problèmes de la cliente ou du client sont dus à des tensions au sein de sa famille, lorsque les membres de la famille demandent à savoir tout ce dont parle la personne durant les séances de thérapie (par opposition à ce qu'elle veut qu'ils sachent) et lorsqu'ils craignent d'être blâmés pour ses problèmes. La famille peut également avoir un rôle particulièrement dommageable lorsque la maladie mentale y est stigmatisée et associée à des sentiments de honte et de culpabilité et à la crainte du qu'en-dira-t-on (notamment à l'égard des espoirs de mariage). La psychoéducation des membres de la famille (remise de brochures, sensibilisation, etc.) constitue une part essentielle de la thérapie. Les thérapeutes doivent savoir que les familles d'origine sud-asiatique pourraient s'opposer activement à la thérapie en la dévalorisant, en invalidant l'expérience de leur proche, en lui enjoignant de se ressaisir ou en sabotant activement ses efforts pour aller mieux (p. ex. en le décourageant de prendre ses médicaments ou de faire les exercices requis ou en essayant de l'empêcher d'assister aux séances de thérapie). En tant que thérapeute, vous pouvez collaborer avec vos clients pour trouver le meilleur moyen de leur offrir des séances de thérapie en toute confidentialité. Cela pourrait nécessiter une certaine souplesse de votre part au niveau de vos horaires de travail.



## 1.6 Contexte et capacité (questions liées au système de santé)

Les connaissances sur le système de santé, les traitements offerts et les résultats attendus sont des facteurs déterminants pour l'utilisation des services et la motivation des clients. Certaines femmes issues de milieux sud-asiatiques pourraient avoir davantage de difficulté à suivre une thérapie, si elles doivent demander la permission de le faire ou si elles ont besoin de se faire conduire à leurs séances [53]. Si une cliente se fait amener à ses rendez-vous par un membre de sa famille, il serait bon de faire participer cette personne à l'établissement du bilan et de lui offrir des renseignements sur la psychothérapie, si cela est approprié. Au Canada, de façon générale, le manque de thérapeutes et l'éloignement peuvent constituer un obstacle au traitement. De plus, en raison de la stigmatisation, certaines personnes sont gênées par le fait de se rendre dans un bureau ou un établissement qui offre ouvertement des services psychologiques. Le manque de thérapeutes sensibilisés aux différences culturelles constitue un autre obstacle systémique. Il pourrait être utile de poser des questions telles que « Est-ce que vous vivez avec vos parents et grands-parents? » ou « Est-ce que vos parents sont à votre charge même s'ils ne vivent pas avec vous ? ». La ou le thérapeute peut également demander à la famille d'indiquer qui est l'aidant·e principal·e, afin de pouvoir collaborer avec cette personne (si elle le souhaite).

La lecture de documents d'information et la réalisation d'exercices pratiques occupent une place primordiale dans la TCC classique. Les thérapeutes devraient s'informer avec tact au sujet de la volonté ou de la capacité de leurs clients à satisfaire à ces exigences et leur proposer des alternatives, si besoin est (p. ex. enregistrements audio sur des téléphones portables, journaux audio, chapelets et compteurs de prières, utilisation de symboles pour la tenue de journaux écrits). Les chapelets et compteurs de prières sont couramment employés par les Sud-Asiatiques pour la répétition de mantras ou de prières, et ils peuvent donc s'en servir aisément à d'autres fins, notamment pour tenir le compte de leurs pensées dysfonctionnelles.

Il est utile de déterminer comment les personnes qui ont des problèmes de santé mentale en sont venues à chercher du soutien et sur le type de soutien qu'elles recherchent. Certains clients d'Asie du Sud exploreront diverses avenues, notamment en s'adressant à des guérisseurs traditionnels, religieux ou spirituels. Ce que font les gens qui cherchent un soulagement dépend de leurs systèmes sociaux, valeurs culturelles et croyances religieuses ainsi que des systèmes de santé existants. Nous avons observé que les personnes dont les problèmes de santé mentale s'accompagnent de symptômes somatiques ont tendance à consulter des médecins ou des guérisseurs traditionnels (p. ex. des *hakims*, des homéopathes ou des médecins ayurvédiques), tandis que les personnes ne présentant que des symptômes psychiques préfèrent s'adresser à des guérisseurs religieux ou à des chefs religieux [34].

## 1.7 Cognitions et valeurs

La façon d'envisager la santé mentale et le bien-être, la dynamique familiale et les obligations sociales varient selon les cultures. Les thérapeutes d'Amérique du Nord trouveront sans doute que certaines valeurs des Sud-Asiatiques (p. ex. dépendance envers autrui, volonté de plaire à autrui, soumission aux exigences des détenteurs de l'autorité et sacrifice de ses propres besoins pour le bien de la famille) divergent de leurs propres systèmes de pensée et comportements [20, 54, 55].

Il est essentiel de se renseigner sur les idées que les clients se font de la maladie et ses causes ainsi que sur leurs attentes vis-à-vis du système de santé. Le sous-continent asiatique a été le théâtre de nombreuses invasions, et des peuples venus de l'Occident, de l'Asie centrale et de l'Extrême-Orient y ont laissé leur marque. L'influence de la médecine de la Grèce antique et de la médecine chinoise traditionnelle y est aisément perceptible. À titre d'exemple, des Sud-Asiatiques que nous avons interrogés dans l'une de nos études de recherche ont affirmé que la cause de leur maladie mentale résidait dans le flegme (une notion de la médecine grecque ancienne), la chaleur du foie (une notion de la médecine chinoise) ou la masturbation (nocive selon la médecine ayurvédique) [33, 40]. Les médicaments qui provoquent une sécheresse buccale sont considérés comme provoquant un excès de chaleur dans l'organisme et il pourrait être plus difficile de les faire accepter aux clients d'Asie du Sud (certains clients pourraient boire du lait comme antidote à cette sécheresse, s'exposant ainsi à un gain de poids). De nombreux Sud-Asiatiques croient qu'on peut prévenir ou traiter les maladies mentales et physiques par l'alimentation.

Dans les études précitées, les participants interrogés sur leur maladie de manière directe n'étaient pas en mesure d'expliquer ce qui n'allait pas. Seul un petit nombre de participants présentant une psychose connaissaient l'existence de la psychothérapie (mais aucune personne présentant une dépression n'en avait entendu parler). La façon dont les clients envisagent le rétablissement et l'idée qu'ils se font des thérapeutes a aussi une grande importance. Est-ce que la cliente ou le client croit qu'un·e bon·ne thérapeute devrait pouvoir établir un bilan juste *de visu*? (Lorsque Farooq Naeem, co-auteur du manuel, a demandé à une personne, en début de thérapie, ce qu'il pouvait faire pour elle, il s'est vu répondre : « C'est à vous de me le dire; c'est vous le médecin! »)

Les causes qu'une personne attribue à la maladie influent sur ses décisions concernant le choix du traitement et sur son cheminement avant de demander une aide extérieure. Il importe d'interroger les clients sur leurs attentes en matière de traitement. Tous les participants aux études de recherche que nous avons réalisées ont déclaré qu'ils bénéficieraient d'un examen approfondi et de bons remèdes. En informant les clients sur les indications des médicaments, leurs effets secondaires et les limites de leur efficacité, les thérapeutes mettent les clients en confiance quant à leurs compétences et ils favorisent la fidélité au traitement. Les clients sud-asiatiques recherchent souvent un rétablissement complet, et il faut donc les informer des résultats auxquels ils peuvent s'attendre.

Il est indispensable que la ou le thérapeute se pose les questions suivantes : « Qu'est-ce que la personne pense que je peux faire pour elle? », « Quelles sont ses faiblesses et ses points forts? », « Pense-t-elle qu'un-e psychiatre ou un-e psychologue peut la guérir de son humeur dépressive? ». Les thérapeutes doivent s'intéresser à la façon dont les clients envisagent le rétablissement, cette opinion reposant sur les causes qu'ils attribuent à leurs problèmes, sur leur façon de percevoir le traitement et sur le genre d'aide qu'ils recherchent. Si les thérapeutes ne sont pas attentifs aux idées des clients au sujet de la thérapie et à leur foi en d'autres méthodes de guérison et s'ils ne respectent pas leur point de vue, ils risquent de les offenser.

### **Suggestions de lecture**

Avasthi, Ajit, Natasha Kate et Sandeep Grover. « Indianization of psychiatry utilizing Indian mental concepts », *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 55, suppl. 2, 2013, p S136-S144. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105508>

Awaad, Rania, Aaron Fisher, Sara Ali et Natalie Rasgon. « Development and Validation of the Muslims' Perceptions and Attitudes to Mental Health (M-PAMH) Scale with a Sample of American Muslim Women », *Journal of Muslim Mental Health*, vol. 13, n° 2, 2019, p. 119-135. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0013.205>

Kishore, Jugal, Avni Gupta, Ram Chander Jiloha et Patrick Bantman. « Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking behavior in Delhi, India », *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 53, n° 4, 2011, p. 324-329. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.91906>

Rathod, Shanaya, et Farooq Naeem. « Can you do meaningful cognitive-behavioural therapy through an interpreter? » dans Bhui, Kamaldeep. *Elements of Culture and Mental Health: Critical Questions for Clinicians*, Royal College of Psychiatrists, 2013, p. 17-20.

# 2<sup>E</sup> PARTIE

## Questions relatives à la thérapie I :

Établir le bilan et amener la personne à s'investir

## 2.1 Établissement du bilan et formulation de cas

L'objectif du bilan est double : (a) établir une relation avec la cliente ou le client et (b) recueillir des renseignements pour la formulation du cas, qui va guider la démarche thérapeutique. Nous vous recommandons donc de partager systématiquement la formulation de cas avec vos clients. Il faudra aussi qu'elle soit actualisée tout au long de la thérapie. Si de nouvelles pistes se dessinent en cours de thérapie, vous devrez la modifier et en informer l'intéressé-e.

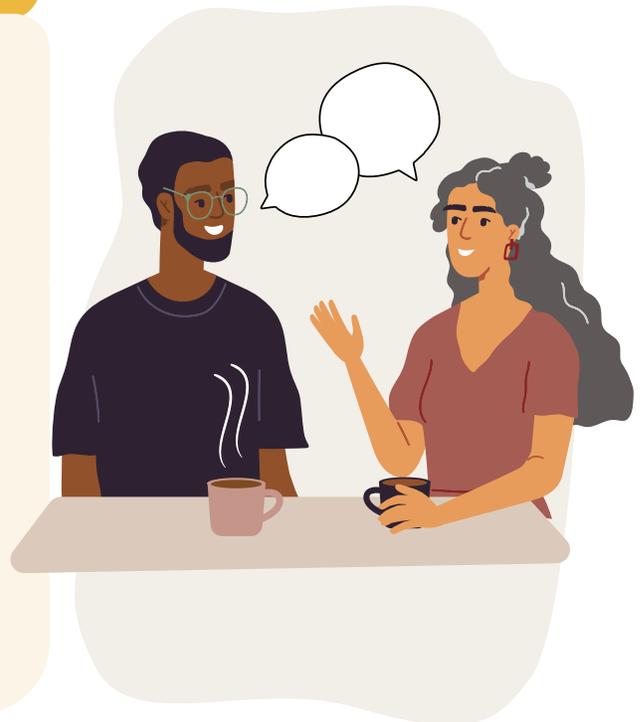
### Conseils! Établissement de l'alliance thérapeutique

*Touche personnelle* — « Tiens, vous venez de Brampton? J'ai un oncle qui habite là-bas. »

*Expérience personnelle* — « J'ai vu beaucoup de gens qui avaient ce problème et qui ont retrouvé une qualité de vie satisfaisante. »

*Salutation adaptée à la culture ou à la religion* — Il serait bon de commencer par demander comment les clients aiment être salués : « Namasté », « Salam alaikum », « Sat Sri ([shri]) Akal » peuvent être employés, avec leur permission. Vous pouvez aussi demander aux clients comment on dit « Bonjour » dans leur langue.

*Laissez-vous guider par les clients* — Concentrez-vous sur les symptômes qui les préoccupent.



Le bilan initial commence par un examen de la lettre de recommandation et des notes existantes. Ne faites pas comme les thérapeutes inexpérimentés en vous lançant directement dans l'établissement du bilan. Prenez plutôt quelques minutes pour établir une relation avec la personne avant de commencer l'entretien structuré. (Voir Conseils! Établissement de la relation thérapeute-client-e). Interrogez la personne sur sa connaissance de la TCC et des options de traitement, ainsi que sur ses attentes à l'égard de la thérapie. Vous pourrez ensuite lui présenter le *modèle cognitif*. Il faut absolument expliquer aux clients que le bilan fait partie intégrante de la démarche thérapeutique (Remarque : Sachez qu'ils ne s'attendent peut-être pas à répondre à un grand nombre de questions, comme indiqué en 1<sup>re</sup> partie).

La confidentialité est un sujet de préoccupation courant chez les personnes d'Asie du Sud, qui craignent que quelque chose ne s'ébruite parmi les membres de leur communauté, d'autant plus que nous suggérons d'inclure les proches, dans la mesure du possible. De leur côté, les familles sud-asiatiques redoutent que leur communauté ne découvre qu'un de leurs membres est en thérapie pour des problèmes de santé mentale ou émotionnelle. Enfin, la confidentialité est essentielle du point de vue des thérapeutes, qui peuvent être amenés à prendre connaissance de secrets familiaux (p. ex. relations entre belle-mère et belle-fille, mariage interracial ou interreligieux dans la famille, violence domestique etc.). Dans le même ordre d'idées, les thérapeutes doivent évaluer la sécurité de leurs clients au sein du foyer (p. ex. parents autoritaires empêchant les jeunes de révéler ce qui se passe entre les quatre murs de la maison, comme la maltraitance des personnes âgées ou la violence sexospécifique). De même, il est délicat de poser des questions sur le statut migratoire. Les gens dont le statut migratoire est précaire hésitent à consulter et lorsqu'ils le font, ils craignent d'être pénalisés d'une manière ou d'une autre si quelqu'un découvre leur situation. Veillez à parler de confidentialité à vos clients tout au long de leur thérapie : cela renforcera leur confiance en vous, et les rassurera sur le fait que les séances de thérapie constituent un cadre sûr pour parler de leurs difficultés.

Il existe d'autres obstacles que les thérapeutes qui ont affaire à des clients sud-asiatiques devraient prendre en compte. Ainsi, lorsqu'il est question de racisme, les clients pourraient hésiter à révéler leur expérience, surtout s'ils pensent que cela risque de mettre leur thérapeute mal à l'aise ou que c'est une question dont il n'est pas nécessaire de parler. Les thérapeutes qui interviennent auprès de clients dont les problèmes sont liés au racisme doivent s'enquérir des effets du racisme sur leur santé mentale et de la façon dont il a affecté leur comportement. Les thérapeutes doivent collaborer avec leurs clients pour comprendre leurs angoisses et trouver des moyens de les rassurer et de les aider à maîtriser la situation, au lieu de les laisser ignorer le problème.

Un obstacle supplémentaire est la menace de stigmatisation par la famille ou la communauté. Il y a des clients sud-asiatiques qui souhaitent suivre une thérapie, mais qui ne veulent pas de thérapeute de la même culture ou du même groupe ethnique qu'eux, car ils craignent un bris de confidentialité, qui répandrait leurs problèmes dans leur communauté. Nous voyons par-là que l'identité visible des thérapeutes peut, dans un premier temps, être perçue comme préjudiciable ou, au contraire, avantageuse et affecter la disposition des clients à révéler des informations de nature sensible. Par ailleurs, les clients peuvent hésiter à révéler plus d'informations que nécessaire, car on leur a inculqué l'idée qu'il fallait laver son linge sale en famille. L'établissement d'une alliance thérapeutique permet d'accroître la confiance des clients dans la démarche thérapeutique.

Les thérapeutes doivent veiller à revenir sur la confidentialité tout au long de la thérapie et à ne pas cantonner cette question à la première séance. Si le recours à la thérapie est mal perçu par la famille, il serait peut-être utile d'inviter un de ses membres à participer à une séance et d'aborder les préoccupations qu'il pourrait avoir (à condition que cela ne pose pas de problème pour la personne en thérapie). Si cela n'est pas possible, assurez-vous que la personne dispose d'un lieu où elle se sente à l'aise pour ses séances de thérapie (s'il s'agit de séances virtuelles), et explorez, durant la séance, la façon dont elle a été élevée et ses antécédents culturels et familiaux afin de déterminer comment gérer les conflits familiaux en tant que thérapeute.

Les thérapeutes doivent être conscients de l'importance d'établir une relation mutuellement respectueuse, authentique et empathique avec leurs clients. Il faut savoir que les cultures sud-asiatiques sont axées sur les relations humaines et qu'en prenant le temps d'établir une relation chaleureuse, en particulier avec les clients qui n'ont jamais suivi de thérapie, il est possible d'établir une alliance thérapeutique solide et durable.

## 2.1.1 Recueil d'informations

Lors du bilan initial, des informations détaillées sont recueillies de manière structurée sur les antécédents de la personne et sur ses problèmes actuels. Voici les principales choses à faire pour établir le bilan :

- ▶ Déterminer le ou les problèmes présents : recueillir des renseignements concernant la genèse et les facteurs prédisposants, précipitants, perpétuants et protecteurs (les « 4 P »).
- ▶ Cerner les objectifs de la personne afin de l'aider à les atteindre au moyen de la TCC.
- ▶ Voir si la personne a déjà connu des épisodes d'anxiété ou de dépression.
- ▶ Recueillir des renseignements sur toute consommation importante de substances psychoactives, passée ou présente.
- ▶ Demander à la personne si elle a déjà suivi une TCC ou reçu du counseling.
- ▶ Se renseigner sur l'existence d'affections chroniques et sur tout problème de santé actuel de nature générale.
- ▶ Se renseigner sur les facteurs de stress permanents ou les problèmes persistants.
- ▶ Évaluer les facteurs de risque pour la santé mentale.
- ▶ Analyser une situation particulière (pertinente pour la personne) dans le détail à l'aide du modèle à cinq facteurs [57] basé sur la TCC afin de déterminer les causes profondes des problèmes actuels de la personne.
- ▶ Explorer les facteurs bio-psycho-socio-spirituels.
- ▶ Se renseigner sur les antécédents familiaux de dépression ou autres troubles mentaux.
- ▶ Recueillir des renseignements sur la situation professionnelle actuelle de la personne, sa capacité fonctionnelle, le soutien social dont elle dispose, ses problèmes sociaux, ses passe-temps et ses centres d'intérêt.
- ▶ Il est difficile, en une seule séance, d'établir tous les traits de personnalité. Vous pouvez cependant recueillir des indications initiales en vous renseignant sur la réaction de la personne au stress, ses stratégies d'adaptation, son humeur habituelle et ses relations avec autrui.
- ▶ Se renseigner sur les inquiétudes exprimées par la famille.
- ▶ Voir si la personne est affectée par la stigmatisation ou le racisme et si elle éprouve des sentiments de honte ou de culpabilité.
- ▶ Évaluer les besoins linguistiques de la personne et ses besoins en matière de communication.
- ▶ Se renseigner sur la façon de voir de la personne au sujet de la santé, de la maladie, des prestataires de soins, etc.

*Remarque : Dans la mesure du possible, essayez de découvrir le point de vue de la famille sur la maladie mentale (y compris sur ses causes et traitements, ainsi que sur la pharmacothérapie et la psychothérapie). Cela permettra d'obtenir de meilleurs résultats avec la thérapie.*

Une fois le bilan établi, vous devriez être en mesure de :

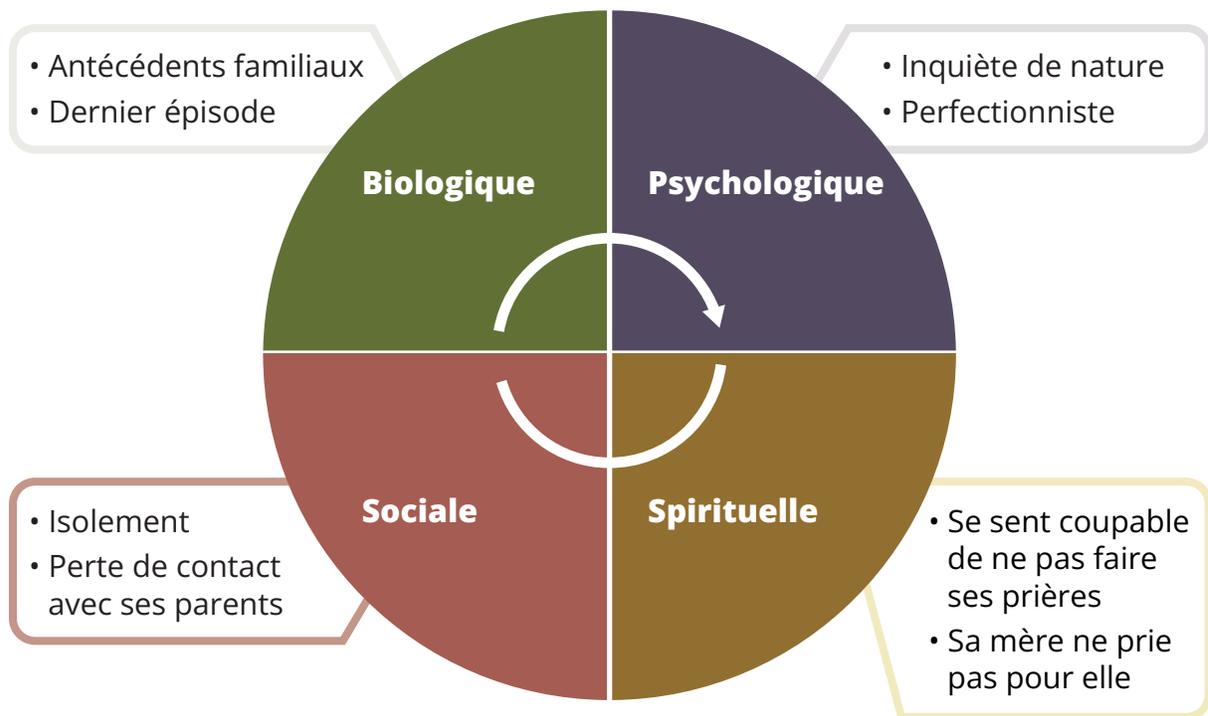
- ▶ partager la formulation de cas avec la personne;
- ▶ dresser une liste des problèmes majeurs, qui guidera votre stratégie thérapeutique;
- ▶ convenir de la planification de la thérapie à l'aide de cette liste;
- ▶ présenter le modèle de la TCC au moyen d'un ou deux exemples tirés de la séance.

Il est essentiel de se concentrer sur les difficultés relatées par les clients, ce qui a aussi un effet bénéfique sur l'alliance thérapeutique. Ainsi, si une personne se concentre sur ses symptômes somatiques, il sera utile de commencer par s'occuper de ces derniers avant de procéder à la restructuration cognitive.

### 2.1.2 Formulation de cas bio-psycho-socio-spirituelle

Pour établir une formulation de cas, les thérapeutes établissent, à partir des informations fournies par leur client·e lors du bilan, un modèle complet précisant les facteurs psychiques impliqués dans la genèse de son problème et sa persistance. Cette formulation de cas, qui servira à guider les interventions psychologiques et à en faire le suivi, vise à expliquer pourquoi une personne a développé un problème particulier à ce stade ainsi qu'à cerner les facteurs perpétuant le problème et les facteurs de protection. Il existe de nombreux types de formulation de cas en TCC, et la formulation intervient également à plusieurs niveaux : symptôme, trouble ou problème, et cas. (Voir Figure 3 et le 4<sup>e</sup> exemple de cas ci-dessous).

**Figure 3. Modèle bio-psycho-socio-spirituel**



La formulation de cas peut faire le lien entre les troubles somatiques et les pensées, les émotions et les comportements. Elle peut également inclure des facteurs spirituels et religieux pertinents. Il ne faut pas s'attendre à ce que les clients changent d'avis sur les causes de leurs symptômes dès la première rencontre (et les thérapeutes doivent être prêts à aborder la question à plusieurs reprises). Il est prudent d'aborder la restructuration cognitive en terrain neutre en commençant par se garder d'approuver ouvertement ou de réfuter catégoriquement les idées des clients sur leur condition. C'est une stratégie particulièrement bénéfique quand on a affaire à des clients qui sont convaincus que leurs symptômes somatiques sont dus à un problème physique ou à une cause religieuse ou spirituelle.

Divers modèles de conceptualisation de cas ont été proposés par des auteurs spécialisés en thérapie cognitivo-comportementale, mais le modèle des quatre « 4 P » (facteurs prédisposants, précipitants, perpétuants et protecteurs) [56] est probablement le plus simple et nous y avons généralement recours lors de la première séance. On peut aussi employer, dès le début, le modèle à cinq facteurs [57] pour la formulation de cas. Lorsque les clients ont bien compris la démarche de la TCC, ce qui peut prendre plusieurs séances, nous leur présentons le modèle de Beck [58]. Nous exposons ci-dessous un exemple de cas utilisant le modèle bio-psycho-socio-spirituel et faisant appel aux « 4 P ».

#### 4<sup>e</sup> exemple de cas

**Mary**, d'origine sud-asiatique et de confession chrétienne, enseigne dans une école secondaire de la Région du Grand Toronto. Son mari est un homme d'affaires qui gagne bien sa vie. Mary est une éternelle inquiète. Comme la plupart des parents d'origine sud-asiatique, elle est constamment préoccupée par les résultats scolaires de ses enfants, même s'ils ont de bonnes notes. Perfectionniste de nature, elle veut que ses enfants soient premiers de classe. Cela fait six mois qu'elle a des palpitations, les mains moites et des fourmillements dans les mains et les pieds. Tout a commencé lorsque sa mère a eu une crise cardiaque. Mary souffre également de maux de tête constants et tout semble l'irriter. Elle a des ballonnements, elle est tout le temps fatiguée et elle pleure pour un rien. Convaincue d'avoir des problèmes cardiaques, elle s'est rendue chez un cardiologue avec une voisine. Le cardiologue lui a dit que ses craintes étaient sans fondement et qu'elle avait des symptômes d'anxiété et de dépression. Par ailleurs, Mary se sent coupable, car elle ne fait pas régulièrement ses prières et ne voit pas ses parents qui vivent à proximité; elle a en outre le sentiment que sa mère ne prie pas pour elle parce qu'elle lui en veut. Mary a déjà connu un épisode de dépression par le passé, qui lui a fait craindre de devenir chroniquement dépressive comme sa mère. Elle s'est isolée, car elle ne veut voir personne. (Voir la Figure 3 ci-dessus et le tableau ci-dessous pour la formulation de cas)

Modèle à 4 facteurs	Formulation bio-psycho-socio-spirituelle du cas			
	biologique	psychologique	sociale	spirituelle
<b>prédisposants</b>	▶ Antécédents personnels et familiaux	▶ Personne inquiète ▶ Perfectionniste		
<b>précipitants</b>	▶ Crise cardiaque de la mère			
<b>perpétuants</b>	▶ Antécédents familiaux et personnels	▶ Activité réduite	▶ Isolement ▶ Rupture des liens familiaux	▶ Pratique religieuse moins régulière ▶ Mère ne prie pas pour elle
<b>protecteurs</b>	▶ Rétablissement d'une dépression antérieure		▶ Stabilité des relations conjugales	▶ Foi religieuse

### 2.1.3 **Emploi d'outils d'évaluation**

Pour l'établissement du bilan, on peut recourir à des outils d'évaluation structurés; ces outils sont d'ailleurs couramment employés en psychothérapie pour évaluer la psychopathologie. Nous avons souligné l'importance des croyances concernant la maladie et son traitement, et celles-ci peuvent être analysées à l'aide du modèle d'entretien bref SEMI (Short Explanatory Model Interview) [48]. Cet entretien examine les antécédents culturels de la personne, la nature de son problème, son milieu culturel, la façon dont elle est venue à la psychothérapie, son interaction avec son médecin/guérisseur et ses croyances liées à la maladie mentale. Un autre instrument couramment employé pour l'évaluation des clients est l'échelle d'attitudes dysfonctionnelles (DAS) [59], qui permet de jauger les croyances dysfonctionnelles.

### 2.1.4 **Évaluation de l'acculturation**

L'évaluation de l'acculturation constitue une part essentielle du bilan. L'acculturation est un processus de transformation sociale, psychique et culturelle qui résulte de l'exposition à une nouvelle culture et de la nécessité de s'y adapter en trouvant un équilibre avec la culture d'origine. L'acculturation a aussi été définie en ces termes : « processus par lequel une personne adopte un nouveau milieu culturel, le fait sien et s'y adapte » [60]. Mais on aurait tort de croire que toutes les personnes issues d'une même culture sont les mêmes ou présentent des caractéristiques identiques. Il faut faire preuve de souplesse quand on applique une thérapie culturellement adaptée. Même si on observe, chez les immigrés, certains traits communs dus à leur culture d'origine, il faut s'attendre à rencontrer une grande diversité culturelle.

Les tensions raciales, les expériences liées à la migration et les systèmes politiques et sociaux de la culture d'accueil doivent être pris en compte. Il y a souvent de grandes différences entre les expériences des immigrants de première et seconde génération. La mesure de l'acculturation devrait donc se révéler très utile. Il est également conseillé d'explorer, avec tous les clients, les traumatismes et les sentiments de honte et de culpabilité, ainsi que la stigmatisation.

Si vous avez des clients âgés, interrogez-les sur leur parcours migratoire et sur les traumatismes et le stress qu'il a engendrés. Dans bien des cas, l'expérience de la migration a été un chemin long et tortueux, parsemé d'embûches et de victoires, et les raisons qui ont poussé les gens à quitter leur pays peuvent être très différentes les unes des autres. Quoi qu'il en soit, il est courant que cette expérience ait eu des répercussions sur l'état mental. Il est également bon d'interroger les clients sur leur réseau de soutien social et de leur demander s'ils souffrent de solitude.

Les thérapeutes doivent être prêts à poser des questions visant à déterminer l'influence de la religion sur la capacité d'adaptation des clients. La religion peut être une source de réconfort et d'espoir, mais elle peut aussi conduire au défaitisme, qui est souvent une façon culturelle d'exprimer l'incertitude (p. ex. « On ne peut rien y faire; il faut s'en remettre à Dieu. »). Bien que le fait d'aborder les systèmes de pensée et la spiritualité puisse offenser certaines personnes, on peut aussi, en citant des textes religieux, rendre courage et espoir.

Enfin, les thérapeutes qui ont affaire à des clients d'origine différente de la leur doivent être conscients de leurs *a priori*, de leurs préjugés et de leurs partis pris. Il existe de nombreuses mesures de l'acculturation [61, 62]. Lorsque vous examinerez un conflit familial, essayez d'explorer cette question, car les divers membres de la famille pourraient avoir des niveaux d'acculturation différents.

### Conseil! Questions à poser pour évaluer l'acculturation

Quelle langue parlez-vous avec votre famille et vos amis?

En quelle langue pensez-vous ou rêvez-vous?

Êtes-vous encore capable de lire et d'écrire dans votre langue maternelle?

Quels sont vos trois films préférés?

Est-ce que vous regardez des films, écoutez de la musique ou suivez les nouvelles de votre pays d'origine?

Vos amis sont-ils sud-asiatiques, blancs ou...?

Qu'est-ce qu'on fait comme cuisine chez vous?

Est-ce que vous allez dans les lieux de prière fréquentés par les membres de votre communauté?



## 2.1.5 L'effet générationnel

Les immigrants adhèrent souvent à des valeurs qui leur ont été inculquées par leurs parents dans leur pays d'origine. Or, ces valeurs ne s'appliquent peut-être plus dans ce pays. La littérature et les films contemporains donnent souvent une bonne indication des changements intervenus, même s'ils grossissent un peu le trait. Toutefois, il n'existe pas de règle absolue dans ce domaine. L'auteur principal du manuel, Farooq Naeem, a observé que, dans les pays occidentaux, certaines familles issues de l'immigration adhéraient aux valeurs culturelles apportées par les personnes qui étaient venues s'y installer, alors que les mœurs de leur pays d'origine s'étaient transformées avec l'adoption de valeurs venues d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord. En témoigne le code vestimentaire : certains Sud-Asiatiques préfèrent s'habiller comme le faisaient les gens de leur pays d'origine au moment où ils ont émigré, alors que de nombreux jeunes d'Asie du Sud suivent la mode de l'Europe occidentale ou de l'Amérique du Nord. Il arrive aussi qu'en public, des immigrés Sud-Asiatiques adoptent

les normes occidentales en matière d'habillement et de comportement, mais que chez eux, ils continuent de porter les vêtements de leur culture d'origine et de se conduire comme ils le faisaient dans leur pays natal. Et lors de grands événements — mariages, festivals ou autres —, les Sud-Asiatiques portent souvent des vêtements traditionnels.

Le cas des immigrants de seconde génération est particulier, car ils vivent souvent des tensions entre les normes culturelles et les attentes de leurs parents (et des personnes représentant leur groupe ethnique) et celles des jeunes de leur âge. Il arrive aussi que les Sud-Asiatiques de seconde génération ressentent une certaine fierté du fait de leur appartenance à un groupe ethnique, mais aussi un certain manque d'assurance en raison de leur connaissance incomplète de la langue et de la culture de ce groupe. Cette situation peut entraîner une confusion identitaire, un sentiment d'aliénation, de la colère et du ressentiment. Les parents d'une jeune fille de 14 ans ont demandé à l'auteur principal du manuel, Farooq Naeem, d'évaluer la santé mentale de leur fille, qui voulait se teindre les cheveux en bleu. Ce cas s'apparente à celui d'une cliente de 29 ans qui faisait des études universitaires. Elle venait de vivre une rupture amoureuse et se sentait dépressive, mais elle ne pouvait pas se confier à ses parents, qui présumaient qu'elle ferait un mariage arrangé. Ses parents attendaient d'elle qu'elle soit une fille exemplaire, puis qu'elle devienne une parfaite maîtresse de maison. En pareil cas, la ou le thérapeute pourrait être appelé·e à explorer les normes culturelles du milieu dont est issu la cliente et ce qui est nécessaire à son bien-être, tout en traitant avec respect les espoirs de ses parents. Il serait bon que la cliente fasse appel à une personne de la même génération que ses parents (ou plus âgée) à qui elle pourrait se confier et qui pourrait lui servir d'intermédiaire.

Pour mieux appréhender l'effet générationnel, il faut tenir compte des clients sud-asiatiques qui s'identifient comme LGBTQ+. Co-auteur du manuel, Sanjay Rao œuvre auprès de clients sud-asiatiques LGBTQ+ qui se sentent incompris par leurs parents quant à leur identité de genre ou leur identité sexuelle. Le rôle des thérapeutes est de connaître les normes identitaires, mais aussi d'aider les clients à définir eux-mêmes leur identité. Les thérapeutes doivent savoir que les circonstances auxquelles sont confrontés leurs clients LGBTQ+ sont toutes uniques et que la sécurité de ces clients peut être en péril, selon ce que les personnes de leur entourage savent de leur genre ou de leur sexualité. Il faut absolument se garder d'imposer les attentes et les valeurs occidentales aux clients, notamment en ce qui concerne la divulgation de leur identité sexuelle, car leur sécurité doit passer en premier.

## 2.2 Comment susciter la motivation des clients à l'égard de la thérapie

On a signalé des taux élevés d'abandon de la thérapie chez les clients issus de cultures non occidentales (cultures autres qu'europpéenne ou nord-américaine) [39]. Les conseils suivants visent à améliorer la motivation envers la thérapie (mais il ne faut pas pour autant négliger l'évaluation minutieuse préalable de l'*acculturation*).

- ▶ **Sachez que les premières séances sont cruciales** : La plupart des clients d'Asie du Sud s'attendent à un soulagement immédiat de leurs symptômes. En se concentrant sur la gestion des symptômes dès le début de la thérapie, les thérapeutes renforcent la motivation des clients et la confiance de ces derniers à leur égard.
- ▶ **Prêtez attention aux signes non verbaux** : Dans la plupart des cultures non occidentales (cultures autres qu'europpéenne ou nord-américaine), les thérapeutes sont considérés comme des personnes en position d'autorité, et les clients qui ne se sentent pas libres d'exprimer ouvertement leur désaccord avec les thérapeutes risquent de ne pas se présenter au rendez-vous suivant. Il faut donc que les thérapeutes soient très attentifs au langage corporel des clients et aux changements subtils dans leur manière de s'exprimer, leurs expressions faciales et leurs comportements.
- ▶ **Appuyez-vous sur des exemples tirés de la thérapie pour étayer vos propos** : Les clients veulent savoir de quelle manière leur thérapeute a réussi à aider d'autres clients. Il est donc recommandé de citer des cas similaires et d'expliquer comment les clients ont bénéficié de la thérapie. Il pourrait également être utile de présenter les derniers résultats de la recherche.
- ▶ **Établissez du lien** : Les clients de nombreuses cultures non occidentales aiment avoir un lien personnel avec leur thérapeute, et le recours à des exemples religieux, spirituels ou culturels peut contribuer à ce sentiment de rapprochement. Les clients considèrent qu'il est normal d'offrir de la nourriture ou des cadeaux à leur thérapeute, et un refus risque d'être considéré comme discourtois. La révélation de faits personnels insignifiants, dans un but de rapprochement, peut faire merveille. Par exemple : « Ah! Moi aussi, j'ai trois enfants. » ou « Je connais bien votre rue : ma mère y habite. » ou encore « Tiens! Mes voisins viennent du même village que vos parents! ».
- ▶ **Sachez que la famille peut être une précieuse alliée pour la thérapie** : Bien que la famille puisse être source de conflits et de stress (et même essayer d'empêcher un de ses membres de consulter un-e psychothérapeute ou de s'investir dans la thérapie), elle peut aussi être d'un grand soutien pour

les clients. Après un échange initial sur l'établissement des règles à suivre et des limites à respecter, et après obtention du consentement de la cliente ou du client, l'obtention de la participation de la famille (sollicitée avec diplomatie) peut favoriser la participation de la cliente ou du client au traitement. Les membres de la famille peuvent grandement contribuer à la collecte d'informations, à la thérapie (à titre de « co-thérapeutes ») et au soutien de la cliente ou du client en dehors de la thérapie, et ils peuvent aussi conduire leur proche à ses rendez-vous hebdomadaires. Dans ce domaine, de précieux enseignements peuvent être tirés de la thérapie familiale culturellement adaptée [63]. Par ailleurs, en raison du système hiérarchique généralement rencontré dans les familles sud-asiatiques, il y a généralement une seule personne qui prend les décisions dans la famille, et il convient de découvrir qui est cette personne en début de thérapie, car en s'adressant à elle, on peut obtenir sa coopération et la mettre à contribution pour le suivi. Soulignons qu'il est essentiel de tenir compte des secrets de famille et qu'il faut absolument préserver la dignité et la confidentialité des clients à cet égard. (Voir le [Document à distribuer n° 4](#)).

# 3<sup>E</sup> PARTIE

## Questions relatives à la thérapie II :

Adaptation de la thérapie et précisions au sujet des séances

## 3.1 Conseils d'ordre général

Dans cette partie, nous donnons des indications précises sur les adaptations de la TCC à envisager pour les clients d'Asie du Sud (TCCca). Nous y traitons aussi de certaines considérations à prendre en compte lorsqu'on a affaire à des clients de cette région.

### 3.1.1 Recours à des images et à des récits

Les thérapeutes expérimentés issus de cultures non occidentales (cultures autres qu'europpéenne ou nord-américaine) emploient souvent des récits pour mieux se faire comprendre de leurs clients. Et quand les récits sont associés à des illustrations, comme dans les documents à distribuer, ils ont encore plus de poids [55, 64].

#### 5<sup>e</sup> exemple de cas

**Krishna**, qui souffrait de maux de tête persistants et présentait des symptômes d'anxiété et de dépression, a été orienté vers une TCC. Lors de sa première séance avec son psychothérapeute, il a commencé par parler de sa frustration à l'égard de son médecin qui n'avait pas semblé préoccupé par ses maux de tête et n'avait pas effectué d'examen physique. Les deux premières séances avec le thérapeute ont donc porté sur l'évaluation des maux de tête, et il a pris des dispositions pour qu'il soit examiné par un autre médecin. Krishna a trouvé cela rassurant. L'examen médical n'ayant révélé aucun problème physique, le thérapeute lui a conseillé de faire des exercices de respiration et de relaxation musculaire pour soulager ses maux de tête. Krishna lui a demandé si un massage de la tête (champissage), une pratique traditionnelle en Asie du Sud, pourrait être bénéfique. Le thérapeute lui a dit que c'était une excellente idée. Lorsque Krishna est revenu la semaine suivante, il a indiqué que ses symptômes avaient quelque peu diminué. Le thérapeute a commencé par l'informer sur l'anxiété et la dépression, il a décrit ses symptômes et lui a expliqué que l'amélioration de son état était la preuve que ses maux de tête pouvaient être attribuables à l'anxiété et non à une maladie physique. Satisfait, Krishna a décidé de continuer la thérapie.



### 3.1.2 Style de thérapie

Un style thérapeutique directif peut être utile en début de thérapie. À mesure que la thérapie progressera, il pourra être remplacé par une démarche plus collaborative. Le modèle dominant de guérison spirituelle et émotionnelle en dehors des pays occidentaux fait intervenir des saints ou des gurus qui prodiguent des enseignements — un modèle très différent de celui des cultures individualistes d'Europe et d'Amérique du Nord, qui ont donné naissance aux thérapies employant le dialogue socratique. Les clients issus de cultures non occidentales (cultures autres qu'europpéenne ou nord-américaine) se sentent souvent pris au dépourvu lorsque le dialogue socratique est employé sans explication préalable. Ils ne s'attendent pas à ce que les thérapeutes leur posent des questions, mais à ce qu'ils leur fournissent des conseils ou trouvent des solutions à leurs problèmes. Les thérapeutes qui commencent par la technique du dialogue socratique sans fournir d'explications risquent donc de passer pour incompetents.

### 3.1.3 Relation guru-chela

Jaswant Singh Neki, un psychiatre indien, a formulé le paradigme *guru-chela* pour un certain type de relation thérapeute-client-e [65], expliquant que les clients de certaines cultures pouvaient bénéficier d'un tel modèle de psychothérapie. Néanmoins, ce modèle n'a jamais été soumis à l'analyse, et il faudrait mener des essais cliniques pour le valider. Il reste que de nombreuses cultures considèrent les professionnels avec une grande déférence, en particulier celles d'Asie du Sud, où l'instruction et l'expertise jouissent d'un grand respect. Les professionnels y sont vus comme des guides éclairés plutôt que comme de simples prestataires de services. La relation *guru-chela* diffère du modèle *prestataire-client-e*, la ou le thérapeute étant perçu·e comme une personne bienveillante qui fait autorité. Comme nous l'avons déjà indiqué, il serait bon de passer progressivement d'un style de thérapie directif à un style plus collaboratif. Chaque cas devra toutefois faire l'objet d'une évaluation continue, car la transition risque d'être assez compliquée avec des immigrants de première génération, qui auront sans doute besoin de plus de temps.

### 3.1.4 Focalisation de la thérapie

Au lieu d'appliquer la thérapie de façon mécanique ou rigide, il convient de partir des préoccupations des clients (p. ex. symptômes physiques). Un principe de la TCC est le besoin de structurer les séances en fonction des besoins exprimés par les clients. Il incombe aux thérapeutes de commencer par aborder les préoccupations des clients afin de les motiver, et ce n'est qu'ensuite qu'ils pourront passer aux questions thérapeutiques qu'eux-mêmes estiment devoir aborder. La formule en deux temps que nous employons pourrait être décrite en termes de *focalisation* et de *mise en relation*. Dans un premier temps, les thérapeutes doivent *se focaliser* sur les préoccupations des clients (p. ex. les plaintes d'ordre somatique). Dans un deuxième temps, ils doivent *mettre en relation* les problèmes exprimés par les clients avec leurs propres préoccupations en tant que professionnels (p. ex. la dépression, l'anxiété ou les pensées suicidaires) et présenter le plan de traitement, avec arguments à l'appui.

### 3.1.5 **Gestion des symptômes somatiques**

Les conseils sur la gestion des symptômes somatiques visent à apporter un soulagement rapide et ils renforcent la confiance des clients dans leur thérapeute. Les thérapeutes devraient montrer aux clients le lien entre les symptômes physiques, les pensées et les émotions, par exemple en citant l'expérience des palpitations cardiaques dans les situations dangereuses. Ils peuvent aussi parler du lien entre divers symptômes : maux de tête, nausées, diarrhée, transpiration, etc. et le stress. Il serait utile qu'ils se renseignent sur les expressions imagées de la détresse dans les langues d'Asie du Sud, car les personnes stressées décrivent souvent leur vécu en termes de sensations corporelles (p. ex. en français, on emploie couramment les expressions suivantes, parmi d'autres : « j'en ai plein le dos », « j'en ai gros sur le cœur » ou « ça m'est resté sur l'estomac »).

Les clients trouveront sans doute très profitables les exercices de respiration (certains clients d'Asie du Sud familiers du yoga ou du soufisme reconnaîtront aisément ces exercices). On peut conseiller aux clients qui se plaignent de céphalées de se faire faire un « champissage » (massage indien du crâne et du visage) incluant le cou et les épaules. Les thérapeutes peuvent aussi orienter les clients vers un médecin pour leurs symptômes somatiques, ce qui accroîtra grandement la confiance de la plupart des clients à leur égard. En buvant moins d'eau pendant les repas et en évitant les mets trop gras ou épicés, les clients peuvent obtenir un soulagement de leurs symptômes gastro-intestinaux. Une description fréquente de l'anxiété chez les clients d'Asie du Sud est « une accumulation de gaz dans l'estomac qui remonte jusqu'à la tête et qui me donne des étourdissements ». Les clients qui parlent le bengali pourraient se plaindre de symptômes « gastriques » pour désigner les aigreurs, ballonnements et flatulences liés à l'indigestion, symptômes qui sont souvent liés à l'anxiété et aux troubles émotionnels.

### 3.1.6 **Exercices à faire entre les séances**

L'attribution d'exercices à faire entre les séances constitue déjà un problème non négligeable quand on a affaire à des clients de culture occidentale, en raison de leur réticence à s'en acquitter. Et avec la majorité des clients issus de cultures autres qu'européenne ou nord-américaine, le problème est encore plus important. Il peut être utile de rechercher l'aide de la famille ou d'attribuer des exercices qui font moins appel à l'écrit. Vous pourriez par exemple enregistrer la séance pour la cliente ou le client, lui donner une liste de publications à lire ou lui demander de se servir d'un chapelet ou d'un compteur de prières (des articles couramment employés en Asie et en Afrique) pour compter ses pensées négatives (au lieu de les noter par écrit). Il est également recommandé d'aider les clients à pratiquer, durant la séance, les exercices que vous souhaitez leur proposer. À titre d'exemple, vous pourriez examiner une distorsion cognitive et aider la cliente ou le client à remplir le journal des pensées correspondant. C'est là que la démarche collaborative peut s'avérer très utile.

### 3.1.7 **Emploi du *modèle cognitif***

La traduction littérale de la terminologie de la TCC ne convient pas forcément dans ce contexte. Ainsi, pour enseigner les distorsions cognitives, il est préférable d'expliquer la notion (p. ex. pensée manichéenne ou pensée dualiste, sans nuances) et de demander aux clients comment ils nomment ce

style de pensée dans leur langue ou leur culture. Cela les aidera à découvrir une expression plus pertinente pour eux. On s'attachera ensuite à enseigner aux clients comment reconnaître leurs pensées. Il pourrait être utile de définir les pensées comme des images que la personne a à l'esprit ou comme son discours intérieur (d'après notre expérience, la notion de « discours intérieur » est celle qui est la plus facile à saisir par les clients). Enfin, nous conseillons aux thérapeutes d'inciter les clients à documenter leurs symptômes physiques dans un journal des pensées pour qu'ils puissent voir le lien entre leurs pensées et leurs symptômes physiques [35].

### 3.1.8 Techniques de psychothérapie

Beaucoup de clients issus de cultures non occidentales trouvent les méthodes comportementales de la TCC (p. ex. activation comportementale et expériences comportementales) et les techniques de résolution de problèmes d'une grande utilité. Les techniques de résolution de problèmes peuvent être employées telles quelles, sans modification aucune, et elles sont particulièrement bénéfiques lorsque la dépression est associée à des difficultés d'ordre social ou financier. La relaxation musculaire et les exercices de respiration sont les techniques les plus appréciées par les clients de cultures autres qu'européenne ou nord-américaine. De nombreuses traditions religieuses et spirituelles font appel aux exercices de respiration, qui sont couramment pratiqués dans les cultures non occidentales.

Il convient néanmoins de faire preuve de prudence quant au recours à ces stratégies : tout d'abord, parce que les techniques de diversion et de relaxation peuvent devenir des comportements sécurisants; ensuite, parce que dans certains cas, les gens utilisent déjà des pratiques culturelles comme comportements sécurisants (p. ex. yoga, prière, pratiques de guérison et répétition de mantras). Les thérapeutes doivent être conscients de ce phénomène et l'aborder avec délicatesse. Il peut s'agir, par exemple, de bien appréhender la religion ou la culture de la personne et de l'encourager à agir concrètement au lieu de se réfugier immédiatement dans des comportements sécurisants. Par ailleurs, avant de partager des enregistrements audio de méditation guidée, les thérapeutes devraient demander aux clients s'ils préfèrent des enregistrements avec ou sans musique. À titre d'exemple, les musulmans d'obédience stricte ne voudront sans doute pas écouter de tels enregistrements s'ils comportent une musique de fond.

### 3.1.9 Aspects structurels de la thérapie

Notre expérience nous a montré que les clients issus de cultures non occidentales sont bien plus nombreux que les clients européens ou nord-américains à s'enquérir sur le nombre de séances requises et la façon dont se déroulera la thérapie et à demander sur quoi elle portera (et ils veulent avoir une idée de ce qui se passera avant de commencer leurs séances). Cela s'explique souvent par le fait que ces personnes sont préoccupées par le coût, puisque même celles qui seront prises en charge par le système de santé public doivent tenir compte de leurs frais de déplacement et des heures de travail perdues. Il se peut aussi que ces personnes n'aient aucune expérience antérieure de la thérapie, contrairement aux Occidentaux. L'implication des membres de la famille pourrait être utile, car les proches veulent souvent savoir de quoi la ou le thérapeute va parler durant les séances.

## 3.2 La dépression et l'anxiété

Les symptômes d'anxiété apparaissent souvent en même temps que ceux de la dépression et on estime que jusqu'à 70 % des clients déprimés souffriraient également d'anxiété [66]. Les thérapeutes doivent donc évaluer les symptômes d'anxiété et aider les clients à les gérer tout en se concentrant sur la dépression. Les symptômes d'anxiété entraînent parfois des symptômes somatiques, qui peuvent engendrer une grande détresse. Fort heureusement, ces symptômes sont relativement faciles à traiter et on peut obtenir un soulagement rapide. Nous présentons donc quelques conseils pour faire face à l'anxiété et à la dépression. (Voir les **Documents à distribuer** n<sup>os</sup> 2 et 3).

### 3.2.1 Gestion des symptômes de l'anxiété

Le traitement de l'anxiété comprend généralement :

1. la gestion des symptômes physiques;
2. la réduction des comportements d'évitement;
3. la remise en cause des distorsions cognitives et des croyances sans fondement.

Vous trouverez ci-dessous quelques techniques simples que l'on peut employer pour traiter les symptômes de l'anxiété. Certaines portent sur les pensées et d'autres aident à agir sur les symptômes physiques liés à l'anxiété.



#### Exercices de respiration

Dans l'anxiété, le système nerveux autonome sympathique est activé, celui qui a pour rôle de nous préparer à la lutte ou à la fuite. En situation de danger, l'organisme a besoin de plus d'oxygène et la respiration devient donc rapide et superficielle. Or, ce type de respiration aggrave les symptômes physiques de l'anxiété, surtout les fourmillements dans les bras et les jambes. Il faut expliquer en détail l'objet des exercices de respiration avant de les prescrire aux clients. En fournissant des enregistrements audio aux clients, on peut les motiver à faire leurs exercices entre les séances.

Les exercices de respiration aident à corriger la façon de respirer. Couramment pratiqués en Asie du Sud, ils seront donc familiers à de nombreux clients. Si l'anxiété constitue une part importante du problème de la personne qui consulte, les exercices de respiration pratiqués en début de thérapie lui procureront un soulagement immédiat. Il faudra expliquer aux clients les mécanismes de la réaction de lutte ou de fuite afin qu'ils comprennent le rôle des exercices de respiration. Pour être bénéfiques, les exercices devraient durer de 5 à 10 minutes et être répétés plusieurs fois par jour.

## Conseil! Exercices de respiration et de relaxation musculaire

Les locuteurs du hindi et de l'ourdou peuvent cliquer sur le lien ci-dessous pour regarder des vidéos présentant des exercices de respiration et de relaxation musculaire :  
[https://www.youtube.com/channel/UC3h-7eagyNe\\_KkqtW95rrbw](https://www.youtube.com/channel/UC3h-7eagyNe_KkqtW95rrbw)

La respiration profonde est plus efficace quand les inspirations et expirations sont de la même longueur. Dites aux clients d'essayer d'inspirer en comptant lentement jusqu'à trois et d'expirer de même. Ils peuvent également utiliser les mots de leur choix, un peu comme une incantation. Peu importe qu'ils respirent par la bouche ou par le nez. Cependant, la mise en place d'habitudes régulières est favorable à la concentration. Quand on a des clients religieux, on peut leur proposer, une fois la pratique bien établie, de se concentrer sur des mots sacrés au lieu de compter (p. ex. : « Satnaam » à l'inspiration et « Waheguru » à l'expiration pour les sikhs; « Om » à l'inspiration et à l'expiration pour les hindous; et « Allah » à l'inspiration et « Hu » [« hou », le « h » se prononçant] à l'expiration pour les musulmans). (Voir le [Document à distribuer n° 3](#)).

### Relaxation musculaire

L'anxiété entraîne une tension musculaire accrue. Il serait donc bénéfique que les clients explorent des activités de relaxation visant au relâchement progressif des muscles. Il existe des enregistrements audio de ces exercices.

### Visualisation

Pour lutter contre l'anxiété, on peut aussi recourir aux méthodes de relaxation faisant appel à la visualisation. Cette technique est particulièrement adaptée aux clients d'Asie du Sud. On demande aux clients de visualiser des paysages paisibles, propices à la relaxation. Il peut s'agir de lieux réels, connus des clients, ou de lieux imaginaires. Le choix du décor importe moins que ce qu'il évoque chez la personne. Pour une relaxation optimale, il faut essayer d'imaginer la scène avec tous ses sens : les personnes capables d'imaginer les odeurs, les sons et les sensations tactiles en plus des aspects visuels du décor trouveront l'exercice particulièrement relaxant.

### Musique douce

La musique douce peut elle aussi aider les clients. Certains clients d'Asie du Sud aiment écouter de la flûte en bois ou du sitar. Chaque personne a un style de musique qui l'aide à se relaxer. Interrogez donc vos clients sur leurs préférences. De nombreux Sud-Asiatiques aiment écouter de la musique savante (râgas), des chants religieux et des chants dévotionnels (p. ex. *kirtans*, psalmodies, chants soufis). Comme nous l'avons déjà indiqué, les musulmans d'obédience stricte refuseront sans doute d'écouter de la musique, en raison de la prohibition islamique des instruments à cordes et à vent. Toutefois, ils seront peut-être prêts à écouter des percussions, des chants *a cappella*, des sons provenant de la nature ou des *nasheeds* (chants à la gloire du prophète Muhammad<sup>psl</sup>) ou à écouter des récitations du *Coran*. Il importe de demander aux clients quels types de musique ou de sons ils consentiraient à écouter.

## Diversions

La façon dont on pense joue un rôle essentiel dans la genèse de l'anxiété, car les pensées sont susceptibles d'engendrer des réactions physiques (p. ex. une pensée effrayante peut provoquer des palpitations). La diversion est efficace pour détourner les clients des pensées ou des sensations physiques qui contribuent à leur anxiété. La diversion revêt de nombreuses formes : on peut bavarder avec des amis, accomplir des rites religieux, faire de la lecture, regarder la télévision, écouter la radio, se concentrer sur des objets autour de soi ou faire des activités physiques. D'autres techniques de diversion sont décrites dans la partie consacrée aux distorsions cognitives.

## Pratiques alimentaires et anxiété

Chez les Sud-Asiatiques, la quête de bien-être se fonde sur une approche multidimensionnelle. Par exemple, tout en prenant des médicaments contre la dépression, de nombreux clients consultent des guérisseurs religieux et ils s'efforcent de choisir des aliments qui, selon eux, ont le pouvoir de les guérir. En outre, les clients sud-asiatiques demandent souvent à leur médecin quels sont les aliments à éviter lorsqu'ils sont malades. (Voir le Tableau 4.)

**Tableau 4.** L'alimentation et l'humeur

Substances anxiogènes	Comportements alimentaires à adopter pour soulager l'anxiété	Comportements alimentaires générateurs d'anxiété
Caféine, nicotine, alcool et drogues	Manger plus de légumes et de fruits	Manger trop rapidement (la pratique de la pleine conscience peut aider à changer cette habitude)
Stimulants	Manger plus de légumes crus	
Alimentation riche en sel	Éviter les aliments raffinés et transformés	Ne pas mâcher suffisamment (l'idéal est de mâcher de 15 à 20 fois par bouchée)
Alimentation riche en graisses	Éviter les aliments qui provoquent des allergies, des maux d'estomac ou d'autres désagréments	Trop manger
Chocolat		Trop boire pendant les repas
Viande rouge et viande provenant d'animaux nourris aux hormones	Boire beaucoup d'eau	Se priver de manger (hypoglycémie anxiété)

## Massage et champissage

Les massages et le champissage (massage indien du crâne) sont des pratiques très courantes en Asie du Sud. Nous conseillons à nos clients qui éprouvent de l'anxiété de se faire faire un champissage incluant la nuque, le cou et les épaules. Les massages donnent souvent d'excellents résultats en soulageant le stress et l'anxiété.

## **Religion et spiritualité**

Il est extrêmement utile d'encourager les clients à renouer avec leurs pratiques religieuses ou spirituelles antérieures. Il convient donc de s'enquérir des pratiques religieuses qui faisaient partie de la vie de la personne.

## **Changements d'habitudes**

Certains traits de caractère et habitudes risquent de provoquer de l'anxiété et il suffit parfois d'en prendre conscience pour se sentir mieux. Une mauvaise gestion du stress, le perfectionnisme, la dépendance envers autrui, le besoin excessif de plaire, le besoin de contrôle et l'esprit de compétition trop poussé en sont des exemples.

### **3.2.2 Gestion symptomatique de la dépression**

Nous présentons ci-dessous quelques-uns des problèmes les plus courants associés à la dépression, ainsi que des suggestions de solutions. Les clients apprécient souvent les conseils de leur thérapeute sur la façon de gérer leurs symptômes. Les clients originaires de l'Asie du Sud ayant souvent recours à une approche holistique, les thérapeutes doivent être prêts à les conseiller sur les questions qui suivent. (Voir le [Document à distribuer n° 2](#))

#### **Problèmes associés à l'alimentation**

La perte de poids est un problème couramment associé à la dépression, en raison de la perte d'appétit. Il peut aussi arriver que la dépression pousse les gens à manger plus qu'à l'accoutumée et qu'elle occasionne un gain de poids, un problème qui pourrait être aggravé par une activité réduite ou la consommation d'aliments malsains. Par ailleurs, les médicaments prescrits pour traiter la dépression provoquent un assèchement de la bouche, ce qui peut conduire les gens à faire une consommation accrue de boissons sucrées (jus de fruits compris) et donner lieu à une prise de poids. On peut aider les clients en leur donnant des conseils tout simples sur l'alimentation et l'activité physique. Conseillez aux clients de surveiller leur alimentation et leur consommation de boissons sucrées. Un régime alimentaire riche en protéines, en fruits et en légumes pourrait être salutaire. On peut aider les clients qui ont perdu l'appétit en leur suggérant de prendre des repas plus petits à intervalles réguliers. Pour contrôler la consommation de nourriture et veiller à ce que les clients s'alimentent de façon saine et optimale et boivent suffisamment d'eau, on peut simplement leur demander de tenir un journal. Il est également conseillé de faire appel à des diététiciens ayant de l'expérience auprès de cette population. Enfin, un bilan de santé complet serait utile pour écarter les facteurs physiques susceptibles d'affecter l'appétit.

#### **Troubles du sommeil**

Les troubles du sommeil sont sans doute le symptôme le plus courant de la dépression (et aussi le plus éprouvant). Lorsqu'une personne évoque ses troubles du sommeil, il est impératif de se renseigner sur ce qu'elle entend par là. Beaucoup de gens qui se plaignent de troubles du sommeil ont souvent des idées erronées sur le nombre d'heures de sommeil nécessaires. Or, celui-ci varie d'une personne à l'autre et change au cours de la vie. Toutefois, la majorité des gens ont besoin de six ou sept heures. Chez les Sud-Asiatiques, la sieste de l'après-midi est très répandue et il convient de s'enquérir des habitudes des clients à ce sujet quand ils font état de troubles du sommeil.

## Conseils! Que faire pour mieux dormir

### *Activités précédant le coucher*

Le cerveau a besoin de temps pour passer de l'état de veille à celui de sommeil. Les gens qui ont une activité physique trop intense ou qui mangent trop avant de se coucher risquent d'avoir du mal à s'endormir. Il existe cependant d'importantes variations individuelles à cet égard. Certains aiment lire ou regarder la télévision au lit, car ça les aide à s'endormir, tandis que d'autres trouvent que ça a l'effet inverse. Il revient à chaque personne d'essayer sa technique pour se détendre et de s'accorder un peu de temps pour qu'elle fonctionne. Pour de nombreux clients, la prière et d'autres pratiques culturelles, comme la récitation des Écritures, constituent un rituel idéal avant le coucher.

### *Problèmes physiques*

Les problèmes physiques tels que la gêne ou la douleur peuvent provoquer des troubles du sommeil.

### *Habitudes entourant le coucher*

Il est très important d'avoir de bonnes habitudes de sommeil et il est recommandé de se coucher et de se lever à des heures régulières.

### *Problèmes psychiques*

Les troubles du sommeil disparaissent souvent d'eux-mêmes une fois la dépression traitée. Des techniques très simples de gestion de l'anxiété, notamment les exercices de respiration dont nous avons déjà parlé, peuvent se révéler très efficaces.

### *Thé, café, nicotine et drogues*

Le thé et le café étant des excitants, il vaut mieux s'abstenir d'en boire après 18 heures. De même, en réduisant sa consommation de cigarettes avant d'aller se coucher, on a de meilleures chances de trouver le sommeil. De nombreuses drogues, dont le cannabis et l'alcool, qui procurent un soulagement temporaire, sont néfastes à long terme. Comme certains clients pourraient hésiter à parler de leur consommation d'alcool ou de drogues en raison de la stigmatisation, il convient de les rassurer.

### *Sieste*

La sieste est une pratique courante dans les climats chauds, surtout après le repas du midi, mais cette pratique peut causer des troubles du sommeil. Il semblerait aussi que le fait de faire la grasse matinée aggrave la dépression.

### *Conditions matérielles propices au sommeil*

Ces conditions sont les suivantes : un lit confortable et un endroit calme, sans lumière excessive, avec une température ambiante adéquate (ni trop chaude ni trop froide).

### *Boissons favorisant l'endormissement*

Les tisanes de camomille ou de lavande, le lait chaud et autres boissons aident à s'endormir et il vaut la peine d'en faire l'essai.



## Excès de fatigue

La dépression s'accompagne souvent de fatigue, ce qui entrave l'accomplissement des activités quotidiennes. On peut essayer de rassurer les clients en leur disant qu'ils connaîtront un regain d'énergie dès que la dépression commencera à s'atténuer. On peut aussi leur conseiller de s'adonner à des activités agréables qui ne soient pas trop fatigantes ou leur suggérer de commencer par des activités qui ne demandent pas trop d'énergie et d'augmenter progressivement l'effort fourni. La tenue d'un journal des activités peut s'avérer très utile, car certains clients sont très actifs sans vraiment s'en rendre compte. Les exercices physiques de faible intensité sont également cruciaux. Les thérapeutes risquent d'avoir du mal à persuader les femmes d'Asie du Sud à faire du sport, car cela ne correspond pas toujours à leur culture, mais ils peuvent les encourager à pratiquer le yoga (pour les clientes hindoues et sikhs) ou à faire un peu de marche et des étirements durant la journée.

## Problèmes relationnels

Comme nous l'avons déjà indiqué, les relations interpersonnelles sont de toute première importance pour les clients d'Asie du Sud. Ainsi, des études menées auprès d'immigrants bangladais de Toronto ont révélé que le choc culturel et la rupture de la relation parent(s)-enfant(s) après l'arrivée au Canada étaient des sources importantes de stress et de dépression [67, 68]. Et alors que les tensions relationnelles peuvent conduire à la dépression, la dépression peut elle-même engendrer des conflits relationnels, surtout lorsque la personne dépressive affirme que les membres de sa famille ne comprennent pas ce qu'elle vit (et ne lui sont donc d'aucun secours). Une rencontre avec les membres de la famille peut être utile à cet égard, pour les aider à comprendre les problèmes de leur proche. Cependant, les difficultés relationnelles pourraient résider ailleurs : problèmes de communication, manque d'aptitudes sociales, difficulté à s'affirmer, mauvaise gestion des conflits ou violence domestique, par exemple. (Voir les [Documents à distribuer n<sup>os</sup> 13 et 14](#))

## Baisse de libido

L'une des caractéristiques de la dépression est l'incapacité à prendre du plaisir à des activités que l'on trouvait auparavant agréables. De plus, certains médicaments psychotropes peuvent entraîner une baisse de libido, affectant la vie amoureuse des clients. La baisse de la libido est une question que beaucoup de gens préfèrent passer sous silence, mais il suffit bien souvent d'expliquer le problème aux clients et de les rassurer pour les amener à se confier. Une autre difficulté est que la plupart des gens ont toutes sortes d'idées fausses au sujet de la sexualité, ce qui accroît leur déprime et leurs sentiments de honte et de culpabilité. La question de la santé sexuelle est particulièrement tabou chez les femmes sud-asiatiques et elle sera sans doute difficile à aborder avec elles. En outre, de nombreux Sud-Asiatiques croient que la masturbation et la perte de sperme engendrent des maladies mentales. Quand on évoque la question de la sexualité, il faut faire preuve de tact, informer les clients et leur prodiguer des conseils.

## 6<sup>e</sup> exemple de cas

**Janani**, 23 ans, est d'origine sri-lankaise. Lors de sa première séance de thérapie, Janani a fait état de nombreux épisodes dépressifs (depuis le début de l'adolescence), de scarifications auto-infligées, de problèmes de dépendance aux drogues, et de promiscuité sexuelle. Janani a dit exceller dans ses études, expliquant que c'est ce à quoi ses parents s'attendent. Janani a expliqué : « Je n'ai pas vraiment le choix ». Sa famille étant très traditionnelle et autoritaire, iel ne pouvait pas sortir sans se faire accompagner et la fréquentation d'amis en dehors de l'école demandait des négociations à n'en plus finir avec ses parents, de sorte qu'iel y renonçait souvent ou recourait au mensonge. Janani avait toutes sortes de responsabilités domestiques et devait faire la cuisine, le ménage et s'occuper de ses frères et sœurs cadets ainsi que de ses grands-parents, entre autres choses. Plus le temps passait, plus Janani avait du mal à mener de front « deux vies » parallèles et à gérer le stress associé. Les milieux dans lesquels Janani évoluait en dehors du foyer étaient très différents et beaucoup plus permissifs, et Janani était en contact avec des cultures et des modes de pensée à l'opposé de ceux de sa famille et de sa communauté d'origine. Janani a aussi expliqué que sa mère souffrait probablement de dépression mais qu'elle n'avait jamais cherché à se faire traiter. Durant ses épisodes dépressifs, Janani perdait toute confiance en iel, se sentait coupable d'avoir renié les valeurs familiales, avait constamment « les bleus » et se montrait irritable au foyer (alors que sa famille s'attendait à ce qu'iel ait une attitude passive). Récemment, Janani a commencé à se rendre compte de ce que la passivité impliquait dans d'autres contextes, dans ses relations avec autrui. Il lui était de plus en plus difficile de faire connaître ses besoins et de défendre son point de vue, et cela renforçait son manque d'estime de soi. Janani et sa thérapeute ont travaillé sur la restructuration cognitive et l'adaptabilité; Janani a progressivement appris à faire preuve d'assertivité; enfin et surtout, Janani a appris à louvoyer entre des identités multiples et complexes. La famille n'a pas pris part au traitement, car Janani souhaitait se sentir libre d'explorer ses pensées et ses émotions à l'égard de sa famille, et la participation de cette dernière lui semblait menaçante. Au bout d'un certain temps, Janani a signalé une amélioration de son humeur et de sa motivation, et le travail sur l'identité s'est poursuivi à mesure qu'iel traversait différentes étapes de sa vie.

## Constipation

La constipation est un problème couramment associé à la dépression, et le problème est aggravé quand les gens n'ont pas d'appétit et ne boivent pas suffisamment. En outre, certains antidépresseurs ont également des effets constipants. La constipation est une expérience très désagréable, mais fort heureusement il est assez facile d'y remédier. Notre expérience et nos discussions avec des collègues médecins nous ont appris que, confrontés à la constipation, les Sud-Asiatiques cessent de s'alimenter ou recourent à des remèdes maison aggravant le problème. Il faut donc demander aux clients ce qu'ils font pour traiter leur constipation. Il faut aussi en expliquer les causes probables. En général, on peut soulager la constipation en buvant beaucoup d'eau, en mangeant beaucoup de légumes et de fruits, et en augmentant l'activité physique. Un traitement symptomatique peut apporter un soulagement, comme la prise de psyllium (ispaghul), une substance mucilagineuse, ou le fait de boire un verre de lait chaud avant le coucher.

## Alcool et drogues

Pour faire face à la dépression, certains se tournent vers l'alcool ou les drogues, mais cela peut exacerber leurs symptômes. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la consommation d'alcool et de drogues est très répandue chez les gens de culture sud-asiatique. Cependant, en raison de la stigmatisation attachée à la consommation d'alcool, de nombreux clients éprouvent de la culpabilité ou de la honte, ce qui aggrave leur dépression. Il est essentiel de conseiller à de tels clients de recourir à de meilleures stratégies pour gérer leur dépression.

De même, les fumeurs ont tendance à fumer encore davantage lorsqu'ils sont déprimés, ce qui est contre-productif, car le tabagisme augmente le risque de dépression, tout comme la consommation d'alcool et de drogues. Il faut cependant savoir qu'il est particulièrement difficile pour les Sud-Asiatiques de s'abstenir de fumer en raison de l'importance de la culture de la cigarette dans certaines situations sociales. Par ailleurs, la consommation de substances psychoactives et les troubles du sommeil ont un impact négatif sur la capacité à se livrer à des pratiques spirituelles, ce qui exacerbe les symptômes, diminue l'estime de soi et nuit au rétablissement.

## Colère

Chez les clients sud-asiatiques, la dépression et l'anxiété sont souvent associées à la colère. Dans leur culture, la politesse est toujours requise et l'expression de la colère ou l'irritabilité excessive donnent souvent lieu à des sentiments de honte et de culpabilité. Il pourrait être bon d'expliquer aux clients le lien entre la colère, l'irritabilité, la dépression et l'anxiété, et de leur conseiller des stratégies telles que la diversion, la tenue d'un journal des pensées et les exercices de respiration.

## Sentiment de culpabilité

Le sentiment de culpabilité est un symptôme courant de la dépression. Il semblerait que les Occidentaux d'Europe et d'Amérique du Nord, de culture judéo-chrétienne, éprouvent davantage de sentiments de culpabilité que les personnes d'autres cultures. Les clients souffrant de dépression se sentent souvent coupables en raison de manquements ou de défauts réels ou imaginaires. Pour les clients d'Asie du Sud, le sentiment de culpabilité est surtout lié au fait de ne pas s'occuper de leur famille, en particulier des aînés, ou de ne pas accomplir les rites religieux. En rappelant aux clients musulmans la miséricorde et la clémence divine et en citant des *hadiths* (paroles du prophète Muhammad<sup>psl</sup>) tels que celui-ci : « Par Celui qui tient mon âme dans Sa Main, si vous ne péchiez pas, Allah vous emporterait pour faire venir des gens qui pécheraient et demanderaient ensuite à Allah le Très Haut de les absoudre, et Allah les absoudrait. », on peut leur apporter un certain réconfort. Il est essentiel de rassurer les clients, de leur expliquer l'origine de ce malaise et de leur dire qu'une fois que leur dépression se dissipera, leur sentiment de culpabilité s'évanouira.

Même les Sud-Asiatiques chez qui le sentiment de culpabilité n'est pas particulièrement prononcé ont tendance à se blâmer car, comme nous l'avons déjà dit, ils attachent davantage d'importance à leurs responsabilités qu'à leurs droits. On peut recourir ici à la technique de la « réattribution causale », également utile lorsque les clients se sentent responsables de tout ce qui se passe dans leur vie et qu'ils s'attribuent la responsabilité des erreurs d'autrui. Les thérapeutes commenceront par examiner

la situation en analysant les informations dont ils disposent afin de déterminer la part de responsabilité appropriée. Pour les clients de confession musulmane, il pourrait être bon de citer des versets du Coran comme celui-ci : « Nul ne sera chargé de la charge d'un autre. Voici, rien n'est à l'humain, sinon son effort, et voici, son effort sera bientôt apparent. Il sera alors salarié par une pleine récompense. » (Coran, sourate 53, versets 38-41). Des citations comme celle-ci rappelleront aux clients que Dieu ne les tient pas responsables des actes d'autrui.

Il ne s'agit pas de délivrer aux clients un « certificat de non-responsabilité », mais plutôt de les aider à déterminer quelle est leur part de responsabilité et de rejeter le reste. Le principe de base est d'aider les clients à comprendre qu'ils ne sont pas responsables de tout ce qui se passe, qu'il existe aussi des facteurs externes et que la plupart des situations résultent de multiples facteurs. À cet égard, le diagramme circulaire de la responsabilité est un outil efficace pour aider les clients à déterminer leur part de responsabilité. (Voir le [Document à distribuer n° 16](#))

## Sentiment de honte

La honte est un sentiment qui occupe une place importante dans les cultures asiatiques et qui est lié au non-respect des normes sociétales. Par exemple, le fait de hausser le ton en parlant à une personne âgée ou même de lui indiquer poliment son désaccord est perçu comme un comportement honteux. Le sentiment de honte peut aussi provenir de la difficulté à se conformer aux attentes d'autrui. Ainsi, un membre de la famille d'une personne en thérapie pourrait essayer de lui faire honte pour l'amener à faire certaines choses malgré sa dépression. Les thérapeutes devraient explorer cette notion avec les clients pour voir s'ils éprouvent de la honte et, le cas échéant, parler de la façon d'y faire face et explorer le lien entre le sentiment de honte et le sentiment de culpabilité.

Gilbert et autres [69] ont observé que le couple *izzat/bezzat* (honneur/déshonneur projeté par la famille ou honneur/déshonneur que le comportement d'un de ses membres peut faire rejaillir sur elle) jouait un rôle déterminant dans les familles d'Asie du Sud. Étant donné l'importance de la préservation de l'honneur de la famille, le défaut d'une personne d'incarner l'*izzat* engendre chez elle un sentiment de honte. Les gens invoquent également l'*izzat* pour expliquer pourquoi ils sont piégés dans des relations compliquées. En outre, la peur de s'attirer de la honte et de perdre l'*izzat* serait une des raisons principales pour lesquelles les femmes sud-asiatiques s'abstiennent de recourir à des services de santé mentale, en partie en raison de leur crainte du non-respect de la confidentialité.

Le système patriarcal est très présent dans les communautés d'Asie du Sud, et les femmes ainsi que les personnes issues de groupes minoritaires sont donc plus exposées aux effets délétères de la culture de l'*izzat*. Il est bien connu que les femmes d'Asie du Sud sont considérées comme les dépositaires de l'*izzat* de la famille et qu'en adoptant des comportements jugés scandaleux, elles jettent l'opprobre sur leur famille.

Dans les cultures d'Asie du Sud, on exprime davantage la honte que la culpabilité, alors que cette dernière prédomine dans les religions abrahamiques telles que l'islam, le christianisme et le judaïsme. Et même lorsque les gens expriment un sentiment de culpabilité, celui-ci est souvent lié à la transgression d'une norme sociétale ou familiale. Les thérapeutes formés en Occident pourraient être enclins à ne voir là que des distorsions cognitives, mais ils doivent tenir compte du contexte culturel dans lequel s'inscrivent ces émotions, ainsi que des valeurs des gens du sous-continent asiatique.

## 3.3 L'activation comportementale

Notre expérience nous a permis de constater que les techniques comportementales étaient pratiquement exemptes de biais culturels. C'est pourquoi nous recommandons aux thérapeutes de recourir aux techniques comportementales avant d'essayer les techniques cognitives. Par ailleurs, vous pourriez trouver intéressant d'explorer ce qui manque aux clients (p. ex. manque d'argent, absence de statut juridique, absence de liens sociaux résultant en un isolement au foyer, en particulier pour les personnes âgées). Les clients pourraient aussi avoir du mal à se déplacer, soit qu'ils ne sachent pas (ou ne puissent pas) conduire, soit qu'ils n'aient pas accès à un moyen de transport, ce qui les oblige à rester confinés chez eux (surtout pour les personnes âgées et les femmes). Les réponses des clients vous permettront de vous appuyer sur leur expérience pour examiner leurs problèmes et les moyens d'y remédier.

### 3.3.1 Auto-contrôle des activités

L'auto-contrôle consiste à noter les activités et l'humeur associée à chacune pendant au moins une semaine. Souvent, les clients affirment qu'ils ne font rien et ce n'est qu'après avoir lu leurs notes qu'ils se rendent compte que c'est loin d'être le cas. Les notes donnent aussi une indication précise du degré d'activité des clients et elles peuvent servir de référence en vue de comparaisons futures. On peut demander aux clients d'indiquer le degré de satisfaction et de sentiment d'accomplissement associé à chaque activité. On peut aussi se servir de ces notes pour remettre en question l'opinion des clients quant à leur incapacité de faire quoi que ce soit. Les notes peuvent également mettre en évidence les



stratégies d'adaptation néfastes. Enfin, on peut s'appuyer sur ces notes pour rappeler aux clients le lien entre leurs activités et les émotions qu'ils ont ressenties. On pourra alors demander aux clients de faire davantage d'activités qui leur ont procuré du plaisir et un sentiment d'accomplissement, et d'éviter les activités génératrices d'anxiété. (Voir les [Documents à distribuer n°s 9 et 10](#))

### 3.3.2 Programmation des activités

Les clients touchés par la dépression se plaignent souvent de la réduction de leurs activités. Cela peut être attribuable à diverses raisons, dont la fatigue, l'humeur maussade et le peu de plaisir ou de sentiment d'accomplissement dérivé de ces activités. Mais quelle qu'en soit la raison, moins on en fait, moins on a envie d'en faire. Il est donc essentiel de briser ce cercle vicieux. (Voir le [Document à distribuer n° 9](#))

Les thérapeutes qui travaillent auprès de clients d'Asie du Sud disent que ces clients trouvent très utile la programmation des activités, et c'est souvent la première mesure qu'ils prennent dans la thérapie. Les activités influent sur la façon dont les gens se sentent. Partant du constat que les personnes déprimées ont tendance à cesser de pratiquer des activités agréables, les thérapeutes insistent souvent pour que les clients augmentent le nombre hebdomadaire d'activités agréables auxquelles ils s'adonnent. Dans un premier temps, pour traiter la dépression, il est souvent utile d'augmenter les activités — surtout celles qui procurent du plaisir ou celles qui donnent un sentiment d'accomplissement car, généralement, ces activités aident à se sentir mieux. Au regard des valeurs culturelles d'Asie du Sud, nous incitons les gens à envisager des activités sociales et spirituelles. En notant leurs activités, les clients pourront découvrir l'effet qu'elles ont sur leur humeur. Vous remarquerez en outre que la planification d'activités atténue leur dépression. (Voir le [Document à distribuer n° 10](#))

En programmant des activités agréables (et en faisant ces activités), les clients modifient leur comportement, ce qui contribue à soulager leur dépression. De plus, à l'évidence, faire des activités agréables devrait être plus utile que faire des activités qui ne le sont pas. Les activités agréables peuvent être variées : bavarder avec des amis ou des membres de la famille, écouter de la musique, pratiquer des activités religieuses ou spirituelles, jouer à des jeux vidéo, faire des promenades, dîner au restaurant, regarder des émissions qu'on aime ou des événements sportifs à la télévision, jouer avec ses enfants... Nul besoin de dépenser de l'argent pour prendre du plaisir. Les activités peuvent être (a) celles qui procurent un sentiment de satisfaction ou d'accomplissement, (b) celles qui procuraient du plaisir auparavant ou (c) de nouvelles activités qui, de l'avis de la personne et de son thérapeute, pourraient être bénéfiques.

Quand on demande à des clients de tenir un journal des activités, il faut les avertir qu'ils ne doivent pas s'attendre à trouver les activités aussi agréables ou satisfaisantes qu'elles l'étaient pour eux avant que la dépression ne s'installe. Comme nous l'avons vu, les journaux d'activités hebdomadaires permettent de déterminer ce que faisaient les clients lorsqu'ils se sentaient déprimés, anxieux ou en colère. En plus de permettre de repérer les comportements et les changements d'humeur, le journal des activités hebdomadaires peut aussi servir à indiquer les changements de comportements qui pourraient aider les clients à se sentir mieux. En aidant les clients dans ce domaine, on favorise leur sentiment d'accomplissement et on les aide à se reprendre en main. Lorsqu'une personne éprouve de la difficulté à accomplir une activité, il faut en discuter en détail avec elle pour essayer d'en déterminer la raison.

## 7<sup>e</sup> exemple de cas

**Kuljeet**, 69 ans, né au Pendjab et de confession sikhe, a immigré au Canada à l'âge de 45 ans, avec sa femme et leur jeune fils. Il a commencé par travailler dans une usine, mais il n'était pas satisfait de cet emploi et il est devenu chauffeur de taxi. Il n'avait pas d'autre famille au Canada, mais il fréquentait un certain nombre de gens de son village natal, qu'il considérait un peu comme sa famille. En outre, au cours des années, il s'était aussi fait des amis parmi les chauffeurs de taxi. Kuljeet a dit que son pays n'avait pas cessé de lui manquer, ainsi que sa famille et ses amis, et que pour échapper à son sentiment de solitude, il cherchait à s'occuper le plus possible en faisant des heures supplémentaires. Lorsqu'il était chez lui, il se réfugiait dans l'alcool pour faire face à son abattement, son absence de motivation et son irritabilité. Il subissait une forte pression extérieure pour subvenir aux besoins de sa famille du Canada tout en envoyant de l'argent au Pendjab pour aider ses parents et ses frères et sœurs. Après avoir pris sa retraite, il s'est mis à boire davantage et son sentiment de solitude ainsi que son manque d'estime de soi se sont aggravés. Plus Kuljeet buvait, moins il passait de temps avec sa famille et moins il consacrait de temps au *seva*\* et à d'autres pratiques spirituelles, tous facteurs de protection contre la dépression. Sa femme, son fils et ses petits-enfants l'ont encouragé à suivre une psychothérapie et, alors qu'il était en thérapie, ils l'ont aussi encouragé à faire de l'exercice, à manger sainement et à dire ses prières. Les séances de thérapie ont porté sur la psychoéducation pour l'aider à mieux comprendre sa dépression et à réaliser que sa consommation d'alcool, qui lui avait servi à faire face, était devenue une stratégie contre-productive. Une composante essentielle de la thérapie a été l'activation comportementale, car il fallait aider Kuljeet à reprendre une vie active. Il avait beaucoup travaillé durant la majeure partie de sa vie et, depuis qu'il était à la retraite, il ne savait plus que faire de son temps. En renouant avec ses pratiques spirituelles, Kuljeet a retrouvé le *chardi kala*\*\* — un état d'esprit qui est synonyme de résilience et de positivité et qui l'avait aidé tout au long de sa vie. Kuljeet a déclaré : « plus je me sens proche de Dieu, mieux je me sens ».

\* Seva : Mot de sanskrit signifiant « service désintéressé »

\*\* Chardi kala : Notion centrale du sikhisme. Acceptation de la volonté divine, qui donne le courage d'affronter les difficultés de la vie



### 3.3.3 Tâches de complexité graduelle

Quand on prévoit des activités complexes, il peut être utile de les fractionner en petites étapes simples. On nomme cette stratégie « thérapie du succès » en partant du principe qu'on a de meilleures chances de réussite quand on a déjà connu le succès. D'après notre expérience, les clients aiment cet exercice et le trouvent très facile, même quand on le leur donne en début de thérapie. Cependant, il vous faudra préciser que ce n'est pas la seule chose que les clients devront faire, et vous continuerez à les préparer à la thérapie cognitive pendant cette période pour éviter qu'ils n'abandonnent prématurément. Lorsque des clients ne peuvent pas réaliser les activités convenues au cours d'une séance, ils risquent de se sentir encore plus démoralisés. Un gros avantage de cette technique est qu'elle permet de réduire le risque d'échec.

## 3.4 La résolution de problèmes

Nous sommes tous confrontés à des problèmes, de temps à autre, et ces problèmes peuvent souvent être facilement réglés avec l'aide d'amis ou de proches. Il arrive qu'on se sente accablé·e par un problème et qu'on ait du mal à y faire face, mais la relation entre les difficultés éprouvées et la dépression n'est pas toujours évidente. Parfois, les gens se sentent déprimés parce qu'ils ont trop de problèmes à gérer, mais les clients déprimés peuvent se sentir dépassés même face à des situations de la vie courante. La technique de résolution de problèmes ne requiert pas de modifications culturelles et elle peut être appliquée telle quelle aux personnes d'Asie du Sud.

La technique peut aider les personnes qui se débrouillaient bien avant et qui, en raison de leurs problèmes émotionnels, ont à présent du mal à faire face aux difficultés de la vie, ainsi que celles qui n'ont jamais été compétentes en matière de résolution de problèmes. Toutefois, cette technique a ses limites et on ne peut y recourir qu'à trois conditions :

1. Le problème peut être défini de façon précise et concrète.
2. Les objectifs de la personne sont réalistes (même si la personne ne voit pas les choses ainsi sur le moment).
3. La personne n'a pas de maladie mentale ou physique grave.

Il faut apprendre aux clients à s'attaquer à leurs problèmes de façon systématique. Cela signifie qu'on ne peut pas régler tous ses problèmes en même temps et qu'il convient de les prioriser et de les régler un à un (Voir le Tableau 5). Bien qu'il soit parfois impossible de prévoir l'apparition des problèmes, on peut, avec un peu de pratique, en prévoir certains et gérer les problèmes qui surviennent avant qu'ils ne prennent de l'ampleur. Notons qu'il y a des personnes qui ont la fâcheuse tendance d'ignorer leurs problèmes en espérant qu'ils disparaîtront, ce qui ne peut que les conduire à se sentir dépassées et engendrer ainsi un stress considérable. Le seul moyen d'affronter les problèmes sans stresser est de les régler dès qu'ils se présentent. Au début, certains clients se sentiront démunis et ils auront besoin de l'intervention active de leur thérapeute pour résoudre leurs problèmes. (Voir le **Document à distribuer** n° 11)

**Tableau 5.** Principaux domaines dans lesquels on peut rencontrer des problèmes

<b>Domaines englobant la plupart des problèmes rencontrés par les clients</b>
► Famille (relations tendues avec les membres de la famille, problèmes de logement, difficultés avec les enfants, etc.)
► Vie sociale
► Finances
► Travail (problèmes au travail, relations difficiles avec les collègues, stress ou même perte d'emploi)
► Justice
► Alcool et drogues (consommation problématique)
► Santé

## Étapes de la résolution de problèmes

### 1. Définir les problèmes

La première étape consiste à dresser une liste des problèmes. Cela permet d'établir les priorités. La cliente ou le client pourra ensuite déterminer quel est le problème le plus important et celui auquel il convient de s'attaquer en premier.

### 2. Décider du problème par lequel commencer

On peut choisir le problème qui est le plus important pour la cliente ou le client, mais il est préférable de commencer par un problème qui semble relativement facile à résoudre, car cela aura pour effet immédiat de rendre confiance à la personne, ce qui est particulièrement utile si elle est déprimée ou si elle a une piètre estime de soi. Bien que la décision finale revienne à l'intéressé-e, on peut lui prodiguer davantage de conseils au cours des premières étapes de la démarche de résolution des problèmes.

### 3. Envisager des solutions possibles

Il convient d'inciter les clients à envisager le plus grand nombre de solutions possibles à leur problème, un peu comme dans une séance de *remue-méninges*. Incitez la personne à inclure des solutions farfelues, car c'est en donnant libre cours à son imagination qu'elle pourra faire germer des idées susceptibles de l'aider. Il pourrait être bénéfique pour la personne qu'elle se dissocie pour un temps de son problème. Si, au départ, elle éprouve de la difficulté à trouver des solutions, vous pourrez l'aider en lui en proposant.

#### **4. Examiner les avantages et les inconvénients de chaque solution**

Une fois la liste de solutions établie, il faudra les examiner une à une pour en jauger les avantages et les inconvénients respectifs. Pour ce faire, demandez à la personne de diviser une feuille de papier en deux colonnes et d'inscrire à gauche les avantages et à droite les inconvénients de chaque solution. Elle pourra ainsi choisir la meilleure solution. On appelle cette technique la *technique des deux colonnes*.

#### **5. Choisir la solution la plus appropriée**

Les stratégies présentées ci-dessus devraient aider la personne à trouver une solution à son problème. Notons cependant qu'il est impératif que la solution soit : (a) réaliste, (b) propice à un changement positif, (c) bien précisée.

#### **6. Fractionner la solution choisie en autant d'étapes que possible**

Il faut maintenant se pencher sur la manière d'appliquer la solution et en examiner chaque élément avec attention. Il pourrait être utile de définir une série d'étapes faciles à exécuter. Demandez à la cliente ou au client de noter autant d'étapes que possible, même si cela lui paraît ridicule. Ainsi, la personne se rendra peut-être compte qu'elle a besoin de plus d'informations ou qu'elle devrait faire marche arrière et envisager une autre solution. La *répétition cognitive* — c'est-à-dire le fait de se représenter l'ensemble du processus en imagination — est généralement profitable à ce stade. Elle peut également aider les clients à réfléchir aux obstacles possibles.

#### **7. Mettre le plan à exécution**

Le moment est venu de mettre le plan à exécution en appliquant les mesures établies.

#### **8. Faire le bilan des résultats**

Une fois le plan exécuté, il sera bon d'examiner les difficultés rencontrées et les erreurs commises, le cas échéant. Cela permettra aux clients de tirer des leçons de leur expérience et de perfectionner leurs compétences en matière de prise de décision.

## 8<sup>e</sup> exemple de cas

### Résolution de problèmes avec Vithushan

**Vithushan**, 22 ans et étudiant en baccalauréat ès arts, est confronté à divers problèmes. Il a convenu avec sa thérapeute qu'il se sentirait beaucoup mieux s'ils examinaient ses problèmes pour voir si quelque chose pourrait être fait pour les résoudre. Les étapes de la démarche qu'ils ont adoptée sont indiquées ci-dessous.

#### Liste des problèmes

- Sans emploi
- Piètre estime soi
- Peur de parler en public
- Problème avec les études
- Pas de quoi régler les frais de scolarité du prochain semestre
- Timidité

*Une fois la liste des problèmes établie, la thérapeute et Vithushan les ont passés en revue un à un pour voir celui qui était le plus important pour Vithushan et celui qui pouvait être résolu rapidement. Comme Vithushan devait régler ses frais de scolarité dans les deux semaines, faute de quoi il ne pourrait pas terminer son année scolaire, il s'agissait d'un problème de nature pratique.*

#### Liste de solutions

- Parler à mon père
- Parler à des entrepreneurs locaux
- Parler à des amis
- Communiquer avec un organisme communautaire doté de programmes de soutien aux étudiants.
- Emprunter de l'argent à quelqu'un
- Voler de l'argent
- M'adresser aux services administratifs de l'université

#### Choix d'une solution — M'adresser aux services administratifs de l'université

##### Avantages

- *Le gouvernement a récemment annoncé de nouvelles subventions et l'université pourrait peut-être m'aider à faire une demande.*
- *Je pourrai me concentrer sur mes études si je n'ai pas à me soucier des frais de scolarité.*

##### Inconvénients

- *Il faudra que je m'adresse aux administrateurs, qui sont connus pour être inflexibles.*
- *Les gens se moqueront de moi s'ils découvrent ma situation financière.*

#### Application pas à pas de la solution

- *Bien me préparer.*
- *Bien me renseigner sur les services administratifs.*
- *Mettre par écrit ce que je devrai dire lors de la réunion.*
- *Répétition, sous forme de jeu de rôle*
- *Demander un rendez-vous.*
- *Décider des vêtements que je porterai pour le rendez-vous.*
- *Me présenter à l'heure.*
- *Demander à un-e ami-e de m'accompagner.*

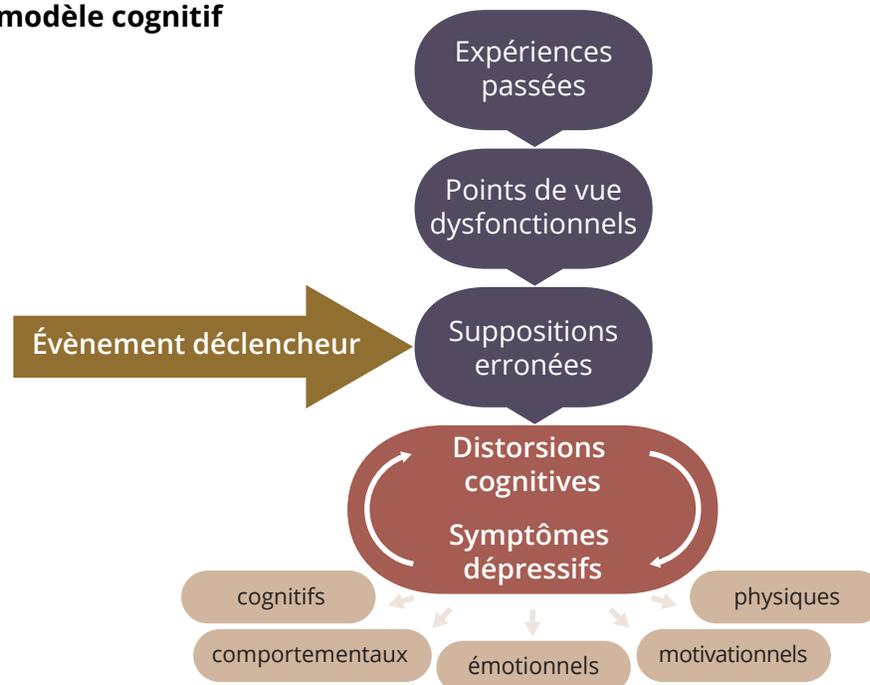
*Les services administratifs n'ont pas pu aider Vithushan, car la date limite de dépôt des demandes de subvention était échu, mais Vithushan a été agréablement surpris par l'attitude de la conseillère, qui s'est montrée compréhensive et lui a donné des conseils utiles. Suite à l'entretien, Vithushan a décidé de faire appel à un organisme communautaire. Un conseiller de cet organisme lui a suggéré de s'adresser à un homme d'affaires local qui avait déjà aidé des étudiants. Cette personne a fourni à Vithushan l'aide financière dont il avait besoin et il a ainsi pu régler ses frais de scolarité à temps.*

## 3.5 Le modèle cognitif

Selon le modèle cognitif, *l'important est la façon dont nous percevons un événement et non l'événement lui-même*. Notre perception d'un événement peut engendrer des pensées déprimantes et provoquer de la détresse. Les pensées automatiques négatives et les distorsions cognitives (modes de pensée dysfonctionnels) sous-tendent les réactions négatives d'une personne face à certaines situations. C'est le cas de la personne qui a été convoquée à un entretien avec son patron et qui, en se dirigeant vers son bureau, se dit : « Mon patron va me renvoyer », alors qu'elle n'a aucune raison objective de le penser. Les pensées de ce genre sont attribuables aux convictions profondes. On peut comparer les convictions profondes aux racines d'un arbre, tandis que les pensées en seraient les branches. Nous aborderons à présent brièvement le modèle cognitif de la dépression. (Voir la Figure 4)

Ce modèle repose sur le principe que notre vie est régie par nos convictions profondes (notre système de pensée) qui résulte de l'ensemble de nos expériences passées, depuis notre plus tendre enfance. Nos convictions influent sur nos pensées et, partant, sur nos comportements. Or, certaines de ces convictions sont négatives et, une fois activées, elles vont provoquer des pensées automatiques négatives, qui vont elles-mêmes entraîner des symptômes de dépression de nature comportementale, émotionnelle, cognitive ou physique. Nous avons tous des pensées automatiques négatives de temps à autre, mais elles sont plus fréquentes chez les personnes ayant des problèmes émotionnels. Une fois ces pensées activées, un cercle vicieux est créé : ainsi, une humeur dépressive conduira à une diminution d'activité, ce qui laissera plus de temps à la personne pour réfléchir, provoquant une détérioration accrue de son humeur.

**Figure 4. Le modèle cognitif**



## 3.5.1 Composantes du modèle cognitif

### Les émotions

Pour parler de leurs émotions ou de leurs sentiments, les Sud-Asiatiques emploient couramment le mot « humeur » (rappelons à ce sujet la domination coloniale et l'influence culturelle du Raj britannique). Ici, nous emploierons indifféremment les termes « humeur » et « émotion » pour refléter le langage des Sud-Asiatiques. Nous avons d'ailleurs remarqué que ces clients avaient souvent du mal à reconnaître leurs émotions. Ce phénomène reflète les systèmes traditionnels de pleine conscience, l'ayurveda et le soufisme, qui ne reconnaissent pas la dualité du corps et de l'esprit. C'est pourquoi il est indispensable, dans le cadre de la thérapie, de parler aux clients des émotions et de leur signification. La tenue d'un journal des humeurs, semblable au journal des pensées, les aidera à reconnaître leurs émotions.

#### Conseils! Exercice pour aider les clients à reconnaître leurs émotions

Il s'agit pour les clients d'indiquer ce qu'ils ressentiraient dans des situations données. L'exercice peut aider les clients à reconnaître leurs émotions en les nommant et en les distinguant les unes des autres.

Vous venez d'avoir un accident.

Quelqu'un vous a crié dessus sans raison.

Vous venez de perdre votre emploi.

Vous êtes dans votre lit et vous entendez du bruit sur le toit.

Vous vous êtes fait prendre en train de voler dans un magasin.

un-e ami-e vous a querellé-e sans raison.

On vient de vous offrir un emploi.



L'humeur est la façon dont on se sent à un moment donné. Il existe différentes sortes d'humeurs, dont certaines sont facilement reconnaissables et d'autres moins. Il est parfois difficile de distinguer un type d'humeur d'un autre. Les clients souffrant de dépression ont généralement du mal à apprécier les situations agréables, alors qu'ils réagissent de manière exagérée aux situations désagréables. Certains clients refusent également de reconnaître qu'ils se sentent déprimés. D'autres ont l'habitude de juger les humeurs comme étant bonnes (p. ex. joie, reconnaissance) ou mauvaises/répréhensibles

(p. ex. colère, dépression, ressentiment, rancœur). Cependant, la plupart des clients sont capables de prendre conscience de leur humeur dépressive après avoir été informés au sujet de la dépression et de ses symptômes. Les clients déprimés évoquent parfois un émoussement de l'affect. Il convient également de préciser la différence entre les sentiments et les pensées. Enfin, il faut faire preuve de compréhension, car de nombreux clients ont appris à supprimer leurs émotions. Pour parler des émotions, on peut commencer par faire un remue-méninges et décrire des émotions courantes. (Voir le **Document à distribuer n° 12**)

Vous pourriez poser aux clients des questions relatives à des situations dans lesquelles ils devraient ressentir certaines émotions. S'ils ont du mal à reconnaître ces émotions, demandez-leur de centrer leur attention sur leur tête, leur poitrine, leur cœur, leur abdomen ou d'autres parties de leur corps. Vous pouvez également demander aux clients de mesurer leurs émotions à l'aide d'une échelle visuelle analogique.

### **Les processus cognitifs (pensées)**

Les clients dépressifs ont tendance à tout voir sous un jour négatif. Or il semblerait qu'il existe un lien étroit entre les pensées négatives et les humeurs chagrines. Une part essentielle du traitement consiste donc à apprendre aux clients à reconnaître leurs émotions et leurs processus cognitifs et à les relier à leurs symptômes physiques, à leur comportement et aux événements de leur vie. Les distorsions cognitives (modes de pensée dysfonctionnels) jouent un rôle essentiel dans la genèse de la dépression. Avec un entraînement adéquat, les clients devraient être en mesure de cerner leurs processus cognitifs.

L'apprentissage se fera progressivement. Dans un premier temps, on expliquera ce que sont les distorsions cognitives en les associant à un événement récent au cours duquel la personne s'est sentie déprimée, anxieuse ou en colère (on peut s'appuyer sur des exemples tirés de son bilan initial). On peut aussi prendre des exemples concernant d'autres personnes. On demandera ensuite à la personne de noter ses processus cognitifs dysfonctionnels chez elle, à l'aide d'un journal.

Enfin, on aidera la cliente ou le client à percevoir le lien entre ses pensées, ses émotions et son comportement à l'aide d'exemples tirés de son journal et on s'efforcera de modifier ses processus cognitifs. Le changement sera amorcé lorsque la personne commencera à prendre conscience de sa façon de penser. On pourrait, à cet effet, lui remettre des documents informatifs sur les pensées et les émotions soit sous forme écrite (feuillet, dépliant, etc.) soit sous forme audio.

### **Les distorsions cognitives**

Nous conseillons aux thérapeutes de commencer par examiner leurs pensées et observer les personnes de leur entourage avant d'intervenir auprès de leurs clients. Cela leur permettra de se familiariser avec leur propre style de pensée et de recueillir des exemples qu'ils pourront utiliser en thérapie. Il est déconseillé d'employer telle quelle la terminologie de la TCC. Ainsi, la majorité des clients n'aiment pas l'expression « pensées négatives »; il vaut mieux dire « pensées défaitistes ». L'encadré présente des exemples concrets qui peuvent donner aux clients et aux thérapeutes un vocabulaire ancré dans le langage courant.

Il convient de signaler que ces pensées ne sont pas spécifiques à la dépression et qu'elles peuvent accompagner d'autres troubles ou même se manifester en l'absence de troubles particuliers. Toutefois, chez les personnes non dépressives, les pensées automatiques négatives ne sont pas aussi intenses ni aussi fréquentes.

## Remplacement des pensées défaitistes (restructuration cognitive)

Voici trois étapes simples pour remplacer les pensées défaitistes :

1. Reconnaître ces pensées ainsi que les émotions, symptômes physiques et comportements qui les accompagnent
2. Remettre ces pensées en question
3. Créer des pensées plus équilibrées

### Conseils! Modes de pensée dysfonctionnels

#### *Conclusions hâtives*

Fait de faire une supposition avec très peu de preuves (ou aucune) pour l'étayer. Par exemple, une femme qui voit son mari parler au téléphone et qui se dit qu'il a une liaison.

#### *Mode de pensée sélectif*

Fait de se concentrer sur un aspect d'une situation pris hors contexte et d'interpréter la situation en fonction de celui-ci. Par exemple, la patronne d'un client lui a dit qu'il avait besoin d'améliorer ses compétences en informatique et il en a déduit qu'il était nul, alors que sa patronne lui a fait savoir que, dans l'ensemble, elle était très satisfaite de son travail. Le client va se mettre à ruminer la critique qui lui a été faite en ignorant les compliments qui lui ont été adressés.

#### *Généralisation excessive*

Fait de déduire une conclusion générale à partir de faits isolés. On entend souvent les réflexions suivantes: « J'ai échoué à l'examen. Je suis complètement nulle » ou « Je suis toujours en retard » ou encore « Je ne pourrai plus jamais faire confiance à personne ».

#### *Minimisation ou exagération*

Fait de surestimer l'importance de choses négatives ou de sous-estimer l'importance de choses positives. Exemple : une personne qui a oublié le nom de quelqu'un et qui va s'en vouloir toute la journée.

#### *Fait de tout ramener à soi*

Fait d'assumer la responsabilité de tout ce qui ne va pas, même en l'absence de preuves (p. ex. une employée qui apprend la démission d'un collègue et qui en déduit « C'est ma faute: j'aurais dû le soutenir »).

#### *Principe du tout ou rien (pensée manichéenne)*

Fait de voir les choses en noir ou blanc, sans la moindre nuance. Un exemple de ce mode de pensée : « Si je ne réussis pas à tous mes examens avec une note d'au moins 80 %, c'est que je suis nulle », ou « Si je n'achète pas de vêtements de marque à mes enfants, c'est que je suis un père lamentable ».

## Symptômes physiques

De nombreux clients d'Asie du Sud ont des symptômes somatiques, ce qui reflète la tendance générale puisque près de 60 % des personnes faisant appel à des services ambulatoires de psychiatrie se plaignent de tels symptômes [70]. Pour illustrer le lien entre le stress et les symptômes physiques, nous citons souvent l'exemple de l'accélération du rythme cardiaque ou des « nœuds à l'estomac » en réaction à des situations stressantes. En commençant par se concentrer sur ce problème, on favorise l'alliance thérapeutique, même en l'absence de soulagement des symptômes. Les céphalées constituent la plainte la plus fréquente, et les exercices de relaxation aident la plupart des clients; dans de rares cas, le recours à une petite dose d'anxiolytique pourrait s'avérer nécessaire.

## Comportements

La plupart du temps, les gens ne sont pas conscients du lien qui existe entre leurs pensées et leur comportement, ce qui n'est pas surprenant puisque nous faisons un grand nombre de choses de façon automatique. Par exemple, une fois qu'on a appris à faire de la bicyclette ou à conduire, on le fait instinctivement et on n'a plus qu'à faire attention à la circulation et à la direction à prendre. De même, nous ne réalisons pas à quel point nos pensées guident nos comportements. En fait, nos pensées précèdent toujours nos actes. Ainsi, la pensée « J'ai soif » précède l'action d'aller se chercher un verre d'eau; et la personne qui a levé la main sur une autre a d'abord pensé « Il vient de m'insulter », par exemple.

Notre humeur dépend de notre façon de penser. Lorsqu'on se trouve dans une certaine situation, on l'interprète en fonction de ce qu'on pense à ce moment-là et on se sentira alors plus ou moins bien. Et la façon dont on se sent a elle-même un effet sur la façon dont on se comporte.

### 3.5.2 Reconnaître les pensées défaitistes

Les liens entre les composantes du modèle cognitif peuvent être expliqués à l'aide d'exemples que vous aurez recueillis auprès de la cliente ou du client lors de son évaluation, mais à défaut, vous pourrez vous appuyer sur des exemples plus généraux. Ci-dessous figure un exemple que nous donnons à nos clients pour leur expliquer le lien entre les différentes composantes du modèle cognitif. Nous commençons par soumettre l'exemple à la personne, puis nous lui demandons de recenser les pensées et les émotions qu'elle pourrait ressentir (si elle n'y parvient pas, on lui fournira des exemples pour l'aider à bien comprendre le lien entre pensées et humeur) : « Supposons que vous appeliez un ami pour bavarder, mais qu'il vous dise qu'il est occupé et qu'il vous rappellera plus tard. Vous pourriez alors avoir les pensées suivantes, auxquelles correspondront certains états d'esprit. » (Voir le Tableau 6)

**Tableau 6.** Relation entre les pensées et l'humeur

Pensées	Humeurs
Il ne veut pas me parler.	accablement, peine, irritation
Il n'est jamais libre quand j'ai besoin de lui parler.	peine, colère
Il se peut qu'il soit occupé, comme il l'a dit et il appellera quand il aura un moment.	absence de détresse

Certains clients trouvent utile d'assimiler les pensées à des mots, des images, des souvenirs ou des discours intérieurs qui leur viennent à l'esprit en réponse à des situations particulières. Les pensées ne sont pas la même chose que les émotions et il est essentiel d'expliquer la différence aux clients, en prenant des exemples pour bien leur faire comprendre. Des énoncés tels que « J'ai eu peur », « Ça m'a énervé-e », « Ça m'a étonné-e » ou « Je ne suis pas content-e » expriment des émotions et non des pensées. Vous pourrez ensuite développer la situation ci-dessus pour établir le lien entre les différentes composantes du modèle, par exemple en demandant à la personne : « Quelles sensations physiques éprouveriez-vous en réponse à chaque pensée? » et « Comment réagiriez-vous en fonction de chaque pensée? ».



### LE MODÈLE COGNITIF : un exemple

### 3.5.3 Techniques utiles pour reconnaître les pensées défaitistes

Autres techniques montrant le lien entre les pensées, les émotions et le comportement :

#### Recours à l'imagerie mentale

Demandez à la cliente ou au client d'imaginer une scène désagréable. La scène doit appartenir au passé récent et ne doit pas être trop pénible. Une fois que la personne aura imaginé la scène, vous pourrez lui demander quelles pensées elle évoque. Demandez-lui ensuite d'imaginer un décor agréable et de décrire les pensées qui l'accompagnent.

## Évocations d'expériences émotionnelles récentes

Après avoir expliqué à la cliente ou au client ce que sont les processus cognitifs, vous lui demanderez de parler de ses pensées, de ses images mentales, de son discours intérieur et de ses souvenirs en rapport avec des événements récents de sa vie. Par exemple, la personne pourrait décrire ce qu'elle pensait le matin avant son rendez-vous avec vous et ce qu'elle pense du traitement à présent. Là encore, soulignons qu'il importe de prendre pour exemples des événements récents.

## Tenue d'un journal des pensées

La meilleure façon de consigner les pensées est de tenir un journal, comme expliqué dans les **Documents à distribuer n<sup>os</sup> 5, 6, 7 et 8**, en annexe. Donc, une fois que la cliente ou le client aura compris le lien entre les distorsions cognitives et l'humeur, vous lui demanderez de tenir un journal de ses pensées et de ses émotions. Il vous faudra sans doute passer plusieurs fois en revue les exemples avant que la personne ne s'habitue à repérer ses pensées. Pour un maximum de précision, il est préférable que la personne capte ses pensées au moment où elle ressent de l'anxiété ou de la dépression. Vous lui demanderez donc de noter « à chaud » autant de pensées que possible. À défaut, puisque ce n'est pas toujours faisable, vous lui demanderez de noter chaque soir les événements de sa journée, avec les pensées correspondantes. Surtout, ne donnez pas de consignes trop vagues. Il convient d'inscrire au préalable les questions suivantes dans le journal : « Qu'est-ce qui se passait exactement dans votre esprit? » « Quelles étaient vos pensées, vos images mentales, vos souvenirs, ou que vous disait votre voix intérieure? ». Si la personne n'a pas pu trouver de pensées défaitistes, ou si elle n'en a trouvé que très peu, vous passerez en revue, durant la séance, les événements qui, au cours des derniers jours, ont suscité chez elle de la dépression ou de l'anxiété.

Enfin, pour les clients qui ne sont pas en mesure d'écrire ou qui n'aiment pas tenir un journal, on peut recourir aux compteurs de prières. Nous avons utilisé avec succès les compteurs de prières avec certains clients, mais notre expérience à cet égard est très limitée. Il a été suggéré que des enregistrements audio pourraient également aider ces clients. Les clients pourraient aussi demander l'aide d'un proche sachant lire et écrire ou utiliser des applications pour téléphones portables basées sur des journaux de pensées ou encore enregistrer leurs pensées sur leur téléphone portable.

### 3.5.4 Techniques utiles pour faire face aux pensées défaitistes

Une fois que les clients auront appris à reconnaître leurs pensées défaitistes et les émotions qui leur sont associées et qu'ils auront réussi à les observer (et à les documenter), il faudra remplacer les pensées défaitistes par des pensées plus utiles. Il faut expliquer aux clients qu'il est difficile de contrôler ses pensées, mais qu'avec un peu de pratique, il est possible de générer des pensées alternatives. Les journaux des pensées et les techniques de remise en question des pensées sont utilisés pour remplacer les pensées défaitistes par des pensées alternatives. Cependant, en début de thérapie, on peut faire appel aux techniques de diversion, utiles contre les ruminations et n'exigeant pas autant d'efforts, du point de vue des clients comme de celui des thérapeutes.

## 9<sup>e</sup> exemple de cas

**Kavita**, une Sud-Asiatique de première génération, mariée à un médecin de famille très actif, se sentait déprimée depuis six mois. Le bilan a révélé qu'elle n'avait aucun problème social, conjugal ou économique. Son mari avait d'ailleurs déjà dit à la thérapeute : « Je ne comprends pas pourquoi elle est malheureuse, alors qu'elle a tout ce qu'une femme peut désirer ». Les parents de Kavita étaient très exigeants envers leurs enfants et ils l'ont beaucoup critiquée. Elle était l'aînée, et comme dans beaucoup d'autres familles sud-asiatiques, on lui demandait d'être une enfant parfaite. Ses parents n'arrêtaient pas de lui répéter : « sans bonnes manières, on est moins que rien ». Kavita se décrit comme ayant toujours été très émotive, avec une piètre estime d'elle-même. Sa dépression a commencé lorsque son fils a échoué à l'examen d'entrée de la faculté de médecine, il y a six mois. Elle craignait que cela ne fasse honte à la famille et n'arrêtait pas de demander à sa thérapeute : « Comment est-ce possible, avec un père aussi instruit? », alors que la note de son fils était très proche du seuil d'admission. Elle n'arrêtait pas de se reprocher l'échec de son fils et elle culpabilisait énormément. Lors d'une de ses séances de thérapie, Kavita a critiqué sa fille pour ne pas avoir été la première de sa classe. Kavita est une femme instruite et elle s'est pleinement investie dans la thérapie. Elle était toujours ponctuelle et faisait religieusement ses exercices. Avec un peu de pratique, elle est devenue experte dans la détection et la modification de ses pensées. En trois mois, elle a fait des progrès remarquables.



## Les techniques de diversion de l'attention

### Fixation de l'attention sur un objet

On demande à la cliente ou au client de décrire un objet par le menu — un vase qui se trouve dans la salle de consultation, par exemple. Une fois que la personne a appris cette technique, on peut lui demander de répéter l'exercice chez elle.

### Fixation de l'attention sur le milieu environnant

On demande à la cliente ou au client de décrire le milieu environnant en faisant appel à ses sens. À titre d'exemple, on peut demander à la personne de décrire différents objets qui se trouvent dans la pièce en faisant appel aux sens de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du toucher.

### Opérations mentales et imagerie positive

Il peut s'agir de compter les moutons qui sautent par-dessus une haie, de compter à rebours à partir de 1 000 ou même de se représenter un événement agréable du passé ou un lieu enchanteur, réel ou imaginaire (peut-être avec de l'aide au début). À ce propos, certains clients d'Asie du Sud ont déclaré avoir bénéficié de la visualisation de lieux saints.

### Exercice mental et exercice physique

Les activités physiques légères, surtout si elles demandent un certain degré d'absorption mentale, peuvent être très utiles, et il en va de même des activités qui occupent l'esprit, comme les jeux de cartes et le jeu d'échecs.

### Pratique d'activités culturelles ou spirituelles

Après avoir discuté avec la cliente ou le client des pratiques culturelles et spirituelles qui lui tiennent à cœur, on pourrait lui recommander des exercices supplémentaires, comme la prière, la lecture des Écritures, la danse (p. ex. *bharatanatyam*) et la pratique de chants traditionnels (p. ex. *râgas* ou *ghazals*).

### Les techniques comportementales

Parmi les techniques comportementales, on peut citer la programmation d'activités, le suivi des activités et l'augmentation progressive des activités qui auparavant procuraient un sentiment de bien-être.

## Les techniques cognitives

### Technique de réattribution causale

Nous avons déjà parlé de cette technique. (Voir p. 56)

### Prise de conscience des pensées défaitistes

Le simple fait de prendre conscience de leurs distorsions cognitives peut être très utile aux clients. Les thérapeutes devraient donc consacrer autant de temps que nécessaire à la détection des pensées négatives et à leur consignation. Cela permet de sortir de la spirale des pensées défaitistes dans laquelle les clients se trouvent piégés.

Les gens considèrent généralement leurs pensées comme des faits auxquels ils ne peuvent rien changer, et cette façon de voir est encore plus fréquente chez les clients déprimés ou présentant d'autres troubles émotionnels. Le rôle des thérapeutes consiste à mettre à l'épreuve les idées des clients, avec leur participation, et à explorer de nouvelles idées, juste comme le feraient des chercheurs en s'appuyant sur les données existantes ou en concevant des expériences pour les tester.

### Remise en question des pensées défaitistes

Le but est d'apprendre aux clients à évaluer la pertinence de leurs pensées. Tout d'abord, on examine chaque pensée et on demande à la personne de confirmer sa validité à l'aide du journal des pensées qu'elle a précédemment rempli. Là encore, au début, les clients auront du mal à voir quels sont les faits justifiant leur pensée et ceux qui semblent l'invalider. Mais à ce stade, là où le thérapeute devrait avoir obtenu suffisamment d'informations sur la personne pour mettre en évidence les faits qui ne correspondent pas à la pensée examinée.

Il faut cependant aller de l'avant et aider la personne à trouver par elle-même les preuves qui confirment sa pensée et celles qui l'infirmement, car il s'agit d'une compétence qu'il lui faut absolument acquérir. On doit inciter les clients à consigner dans leur journal des pensées, à titre d'exercice, les faits qui appuient une pensée spécifique et ceux indiquant le contraire. Il faudrait également encourager les clients à

réfuter verbalement leurs pensées défaitistes. On peut aussi suggérer aux clients qui sont très religieux d'examiner leurs pensées à la lumière des Écritures (p. ex. « Y a-t-il dans les Védas des passages qui appuient cette façon de voir? »). Les thérapeutes devraient se familiariser avec cette démarche, c'est-à-dire faire tout l'exercice plusieurs fois eux-mêmes, avant d'inviter leurs clients à le faire. L'objectif de la remise en question des pensées défaitistes est d'amener les clients à prendre l'habitude de remettre en question leurs schémas de pensée dès qu'il se sentent anxieux, déprimés ou contrariés.

### Conseil! Questions pour aider les clients à remettre en question leurs pensées négatives

Quelle est ma pensée?

Est-ce qu'il s'agit d'une distorsion cognitive?

Y a-t-il des preuves à l'appui de cette pensée?

Quels sont les faits qui ne cadrent pas avec cette pensée?

Que dirait un tiers à propos de cette pensée?



En général, les clients ont adopté un style cognitif qui leur permet d'ignorer les faits qui vont à l'encontre de ce qu'ils croient tout en amplifiant les faits à l'appui de leurs pensées défaitistes. Il arrive même qu'ils dénaturent des faits infirmant leurs pensées défaitistes afin de s'en servir pour les confirmer. Il n'est pas facile d'aider les clients à remettre en question leurs pensées défaitistes, car ils vous donneront tout un tas d'exemples (ou de preuves) à l'appui de leurs pensées défaitistes dès qu'ils auront appris cette technique. Cependant, vous vous rendrez vite compte que la plupart de ces éléments de « preuve » sont des sentiments et non des pensées. Nous recommandons de conseiller aux clients d'imaginer qu'ils sont des détectives et qu'ils doivent rechercher les preuves à l'appui et à l'encontre de leurs pensées. Il faudra bien préciser que les preuves devront inclure des exemples concrets et pas seulement des sentiments. Cela les aidera à être plus objectifs dans leur façon de voir.

### Expériences comportementales

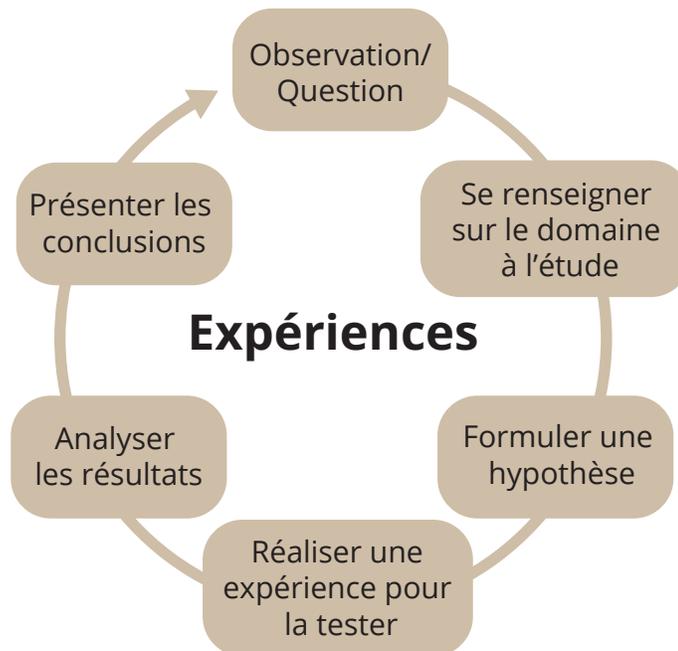
L'expérimentation est une bonne méthode pour vérifier la validité des pensées et des convictions. Client-e et thérapeute doivent se considérer comme deux scientifiques qui se proposent de tester une hypothèse. Ils commencent par faire une supposition vérifiable, puis ils se mettent d'accord sur une expérience et sur la manière de la mener, définissent les conditions de l'expérience et envisagent les résultats possibles et la façon de les interpréter. Étant donné que la plupart du temps, les expériences impliqueront des tiers, les thérapeutes doivent faire preuve de prudence dans la conception de l'expérience et sa réalisation. Une fois l'expérience faite, il faut demander à la personne d'en décrire le résultat et non son interprétation. Après que client-e et thérapeute auront passé en revue les interprétations possibles, ils pourront les comparer avec l'interprétation faite par l'intéressé-e. N'essayez pas de tester une pensée. Une expérience ne peut que servir à tester un comportement ou une action. (Voir la Figure 5)

### Conseil! Conduite d'une bonne expérience comportementale

- ✓ Choisir une idée précise (hypothèse) qui puisse être testée.
- ✓ Examiner les preuves à l'appui de l'hypothèse et celles qui la démentent.
- ✓ Pour l'expérience, procéder par étapes, si nécessaire.
- ✓ Demander à la personne de concevoir une expérience et mettre cette expérience par écrit, durant la séance, avec les résultats possibles et leurs implications.
- ✓ La probabilité que la confirmation de l'hypothèse soit due au hasard devrait être très faible.
- ✓ Les résultats de l'expérience devraient être clairs, précis et sans ambiguïté.
- ✓ Tirer la conclusion qui s'impose.



Figure 5. La méthode scientifique



## Trouver des pensées alternatives/équilibrées

Il reste maintenant à envisager des pensées alternatives, de nouvelles possibilités. Une fois que la personne aura découvert qu'il n'y avait pas beaucoup de preuves à l'appui de sa pensée, on pourra l'amener à envisager des pensées alternatives. Dites à vos clients qu'il y a généralement plus d'une façon d'envisager une situation, c'est à dire qu'on peut la considérer sous plusieurs angles. Il faut donc essayer de trouver plusieurs explications possibles.

Le but d'un tel exercice est de parvenir à un point de vue équilibré. Une fois que la personne sera capable d'examiner les preuves confirmant son point de vue et celles qui vont en sens contraire, elle pourra avoir une perspective plus large (ou alternative). Il convient toutefois de souligner que bien qu'une pensée alternative ou équilibrée soit souvent plus positive que la pensée automatique initiale, il ne s'agit pas simplement de substituer une pensée positive à une pensée négative.

### Conseil! Questions pour aider les clients à trouver des pensées alternatives

Pour aider les clients à trouver des pensées alternatives, on peut leur poser une série de questions, dont voici des exemples :

- ✓ Que penserait mon frère/ma sœur/mon ami-e/mon ou ma guide spirituel-le en pareille situation?
- ✓ Si cette situation s'était produite par le passé, quand je ne me sentais pas aussi déprimé-e ou anxieuse/anxieux, qu'est-ce que j'en aurais pensé?
- ✓ Si cette situation se produisait dans quelques mois, quand je me sentirai un peu mieux, qu'est-ce que j'en penserais?
- ✓ Si j'avais un-e ami-e qui pensait comme ça, qu'est-ce que je lui dirais?
- ✓ Est-ce que je me suis déjà trouvé-e dans une situation semblable et comment est-ce que j'ai réagi?



# 4<sup>E</sup> PARTIE

## **Bilan et planification de la mise en pratique des compétences acquises**

# La dernière séance

La dernière séance est l'occasion de formuler des commentaires (tant du point de vue de la cliente ou du client que de celui de sa ou son thérapeute), de passer en revue les séances précédentes (si nécessaire) et de préparer la personne à poursuivre ses efforts de manière autonome. Il faut bien lui faire comprendre que la fin de la thérapie ne signifie pas la fin de la pratique et de l'apprentissage. La psychothérapie, contrairement à la pharmacothérapie, exige un effort de la part des clients, qui ont besoin d'une pratique régulière pour maîtriser les techniques qui leur ont été enseignées. Vous pouvez dire à la personne que vous lui avez enseigné tous les principes de base et qu'elle doit à présent les mettre en pratique dans sa vie quotidienne. (Voir le [Document à distribuer n° 15](#)). Pour conclure la thérapie, nous recommandons de procéder de la manière suivante :

## **1. Examinez les progrès faits par la cliente ou le client et faites-lui part de vos commentaires.**

- Résumez brièvement le travail qui a été fait durant la thérapie et demandez-lui quelle a été son expérience au cours des séances précédentes.

## **2. Demandez à la cliente ou au client de vous faire part de ses commentaires.**

- Évitez de juger la personne et donnez-lui la possibilité de formuler ses commentaires sur vous-même (en tant que thérapeute) et sur son expérience de la thérapie.

## **3. Préparez la cliente ou le client à faire face aux problèmes qui pourraient se présenter.**

- Vous avez désormais une bonne connaissance des atouts et des points faibles de la personne, ainsi que des facteurs susceptibles de provoquer une rechute, et il serait bon de lui parler des obstacles possibles à son bien-être. Ce sera en outre une excellente occasion de faire participer les membres de la famille, qui pourront rappeler à leur proche les stratégies utiles et être attentifs aux signes de rechute.

## **4. Parlez à la cliente ou au client de la fin de la thérapie et du matériel didactique à sa disposition.**

- La conclusion de la thérapie devrait comporter une analyse fidèle des progrès réalisés par la personne, des domaines qui nécessitent un effort supplémentaire et des informations sur le matériel didactique à sa disposition. Dans l'optique de la TCC, on considère que les clients ont réalisé des progrès lorsqu'ils sont devenus plus authentiques et qu'ils ont pris conscience de l'effet de leur expérience sur leur capacité fonctionnelle et leur bien-être ainsi que sur le bien-être de leur entourage et de leur communauté.

- ▶ Les relations interpersonnelles sont primordiales pour les clients d'Asie du Sud-Est. Certains pourraient percevoir la fin du counseling comme quelque chose d'inquiétant et penser qu'ils ne sont pas encore capables d'améliorer leur capacité fonctionnelle. Pour parler de la conclusion de la thérapie, vous pourrez employer la métaphore de l'enseignant·e qui prépare ses élèves à affronter le monde.

#### **5. Faites le bilan des progrès accomplis par la cliente ou le client.**

- ▶ Le bilan des progrès devrait être fait, dans la mesure du possible, à l'aide de diverses sources d'information.

#### **6. Essayez de prévoir la meilleure façon dont la cliente ou le client pourra se servir des compétences acquises.**

- ▶ Pensez aux situations problématiques qui pourraient se présenter et réfléchissez aux compétences dont la personne pourrait avoir besoin en pareils cas. Déterminez en outre les compétences qui seront les plus utiles à la personne dans sa quête d'un mode de vie salubre.

#### **7. Remerciez la cliente ou le client pour l'occasion d'apprentissage que vous a fourni votre collaboration.**

- ▶ Dites à la personne que vous lui êtes reconnaissant·e de ce que vous avez appris grâce à elle. Certains clients offrent des cadeaux à leur thérapeute en signe de remerciement. Si cela ne constitue pas une entorse au code de déontologie de votre établissement et s'il s'agit de cadeaux peu coûteux, nous vous recommandons de les accepter et, si c'est faisable, d'en faire aussi profiter vos collègues.

# Références bibliographiques

1. Statistique Canada. *Enquête nationale auprès des ménages de 2011* (Provinces et territoires) [En ligne], mai 2013. [<https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>] (Consulté le 30 août 2022).
2. Amkellawan-Arteaga, Reshma. « Just because we look alike doesn't mean we are the same: Using an examination of Indo-Caribbean identity to inform a third space lens », *Rev Educ Pedagogy Cult Stud*, vol. 42, n° 2, mars 2020, p. 104-119.
3. Statistique Canada. *Les Sud-Asiatiques déclarent des niveaux de santé mentale plus faibles que d'autres minorités visibles pendant la pandémie* [En ligne], octobre 2020. [<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200902/dq200902b-fra.htm>] (Consulté le 29 septembre 2022).
4. Islam, Farah, Nazilla Khanlou et Hala Tamim. « South Asian populations in Canada: migration and mental health », *BMC Psychiatry*, vol. 14, n° 1, mai 2014, p. 154.
5. Lai, Daniel W. L., et Shireen Surood. « Predictors of depression in aging South Asian Canadians », *J Cross Cult Gerontol*, vol. 23, n° 1, mars 2008, p. 57-75.
6. Moyser, Melissa. « La santé mentale des groupes de population désignés comme minorités visibles au Canada dans le contexte de la pandémie de COVID-19 » [En ligne], *Statistique Canada*, septembre 2020, [[https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2020/statcan/45-28/CS45-28-1-2020-73-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/statcan/45-28/CS45-28-1-2020-73-fra.pdf)]
7. The Hindu. *South Asia most diverse with 650 languages*. [En ligne], 8 janvier 2018, [<https://www.thehindu.com/news/national/karnataka/south-asia-most-diverse-with-650-languages/article22399276.ece>] (Consulté le 30 août 2022).
8. Urdu | South Asia Studies — Université de Pennsylvanie [En ligne], 2022, [<https://www.southasia.upenn.edu/urdu>] (Consulté le 4 octobre 2022).
9. Statistique Canada. *Profil du recensement, Recensement de 2016* [En ligne], 2017, [<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=PR&Code1=01&Geo2=PR&Code2=01&SearchText=Canada&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=Ethnic%20origin&TABID=1&type=0>] (Consulté le 29 septembre 2022).
10. Statistique Canada. *La communauté sud-asiatique au Canada*, [En ligne], juillet 2007. [<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-621-x/89-621-x2007006-fra.htm>] (Consulté le 3 octobre 2022).
11. Volkow, Nora D., Joshua A. Gordon et George F. Koob. « Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders », *Neuropsychopharmacology*, vol. 46, n° 13, décembre 2021, p. 2230-2232.
12. Henderson, Claire, Sara Evans-Lacko et Graham Thornicroft. « Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs », *Am J Public Health*, vol. 103, n° 5, mai 2013, p. 777-780.

13. Naeem, Farooq, Mary Gobbi, Muhammad Ayub et David Kingdon. « Psychologists experience of cognitive behaviour therapy in a developing country: a qualitative study from Pakistan », *Int J Ment Health Syst*, vol. 4, n° 1, janvier 2010, p. 2.
14. Fung, Kenneth. « Acceptance and Commitment Therapy: Western Adoption of Buddhist Tenets? », *Transcult Psychiatry*, vol. 52, n° 4, août 2015, p. 561-576.
15. Kishore, Jugal, Avni Gupta, Ram Chander Jiloha et Patrick Bantman. « Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking behavior in Delhi, India », *Indian J Psychiatry*, vol. 53, n° 4, octobre 2011, p. 324-329.
16. National Institute for Health and Care Excellence. *Depression in adults: treatment and management*, juin 2022, p. 113.
17. Bhugra, Dinesh, et Kamaldeep Bhui. « Psychotherapy for Ethnic Minorities: Issues, Context and Practice », *Br J Psychother*, vol. 14, n° 3, mars 1998, p. 310-326.
18. Bhui, Kamaldeep. « Culture and complex interventions: lessons for evidence, policy and practice », *Br J Psychiatry*, vol. 197, n° 3, septembre 2010, p. 172-173.
19. Sue, Stanley, Nolan Zane, Gordon C. Nagayama Hall et Lauren K. Berger. « The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions », *Annu Rev Psychol*, vol. 60, 2009, p. 525-548.
20. Laungani, Pittu. *Asian Perspectives in Counselling and Psychotherapy*, 1<sup>re</sup> éd., Londres, Routledge, 2004, 272 p. [En ligne]. [<https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203697085/asian-perspectives-counselling-psychotherapy-pittu-laungani>] (Consulté le 29 août)
21. Scorzelli, James F., et Mary Reinke-Scorzelli. « Cultural Sensitivity and Cognitive Therapy in India », *Couns Psychol*, vol. 22, n° 4, octobre 1994, p. 603-610.
22. Li, Weihui, Li Zhang, Xuerong Luo, Bangshan Liu, Zhipeng Liu, Fang Lin et autres. « A qualitative study to explore views of patients', carers' and mental health professionals' (sic) to inform cultural adaptation of CBT for psychosis (CBTp) in China », *BMC Psychiatry*, vol. 17, n° 1, avril 2017, p. 131.
23. Fierros, Melinda, et Christian Smith. « The Relevance of Hispanic Culture to the Treatment of a Patient with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) », *Psychiatry (Edgmont)*, vol. 3, n° 10, octobre 2006, p. 49-56.
24. Hays, Pamela A., et Gayle Y. Iwasama. *Culturally Responsive Cognitive—Behavioral Therapy: Assessment, Practice, and Supervision*, American Psychological Association, Washington, 307 p., [En ligne], 2006. [<https://www.apa.org/pubs/books/4317099>] (Consulté le 29 août 2022)
25. Şahin, Nesrin H., et Nail Şahin. « How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture? », *Br J Med Psychol*, vol. 65, pt 1, mars 1992, p. 17-26.
26. Naeem, Farooq, Mary Gobbi, Muhammad Ayub et David Kingdon. « University students' views about compatibility of cognitive behaviour therapy (CBT) with their personal, social and religious values (a study from Pakistan) », *Ment Health Relig Cult*, vol. 12, n° 8, décembre 2009, p. 847-855.
27. Rathod, Shanaya, David Kingdon, Peter Phiri et Mary Gobbi. « Developing culturally sensitive cognitive behaviour therapy for psychosis for ethnic minority patients by exploration and incorporation of service users' and health professionals' views and opinions », *Behav Cogn Psychother*, vol. 38, n° 5, octobre 2010, p. 511-533.

28. Naeem, Farooq, Muhammad Ayub, Mary Gobbi et David Kingdon. « Development of Southampton Adaptation Framework for CBT (SAF-CBT) : a framework for adaptation of CBT in non-western culture », *J Pak Psychiatr Soc*, vol. 6, n° 2, décembre 2009, p. 79-84.
29. Algahtani, Haifa Mohammad Saleh, Abdullah Almulhim, Fatema Ali Alnajjar, Mazen Khalil Ali, Muhammad Irfan, Muhammad Ayub et Farooq Naeem. « Cultural adaptation of cognitive behavioural therapy (CBT) for patients with depression and anxiety in Saudi Arabia and Bahrain: a qualitative study exploring views of patients, carers, and mental health professionals », *Cogn Behav Ther*, vol 12, e44, septembre 2019, p. 1-17.
30. Naeem, Farooq. *Adaptation of Cognitive Behaviour Therapy for depression in Pakistan: A methodology for adapting Cognitive Behavior Therapy in Non Western Cultures*, LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012, 212 p.
31. Bernal, Guillermo, Janet Bonilla et Carmen Bellido. « Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics », *J Abnorm Child Psychol*, vol. 23, n° 1, février 1995, p. 67-82.
32. Hwang, Wei-Chin. « The psychotherapy adaptation and modification framework: application to Asian Americans », *Am Psychol*, vol. 61, n° 7, octobre 2006, p. 702-715.
33. Hwang, Wei-Chin, Hector F. Myers, Eddie Chiu, Elsie Mak, Jonathan E. Butner, Ken Fujimoto et autres. « Culturally Adapted Cognitive-Behavioral Therapy for Chinese Americans With Depression: A Randomized Controlled Trial », *Psychiatr Serv Wash DC*, vol. 66, n° 10, octobre 2015, p. 1035-1042.
34. Naeem, Farooq, Peter Phiri, Amina Nasar, Tariq Munshi, Muhammad Ayub et Shanaya Rathod. « An evidence-based framework for cultural adaptation of Cognitive Behaviour Therapy: Process, methodology and foci of adaptation », *World Cult Psychiatry Res Rev*, vol. 11, janvier 2016, p. 61-70.
35. Naeem, Farooq, Peter Phiri, Tariq Munshi, Shanaya Rathod, Muhammad Ayub, Mary Gobbi et autres. « Using cognitive behaviour therapy with South Asian Muslims: Findings from the culturally sensitive CBT project », *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*, vol. 27, n° 3, juillet 2015, p. 233-246.
36. Kohn, Laura P., Tatia Oden, Ricardo F. Muñoz, Ayinka Robinson et Daria Leavitt. « Adapted cognitive behavioral group therapy for depressed low-income African American women », *Community Ment Health J*, vol. 38, n° 6, décembre 2002, p. 497-504.
37. Hall, Gordon C. Nagayama. « Psychotherapy research with ethnic minorities: empirical, ethical, and conceptual issues », *J Consult Clin Psychol*, vol. 69, n° 3, juin 2001, p. 502-510.
38. Lo, Hung-Tat, et Kenneth P. Fung. « Culturally competent psychotherapy », *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*, vol. 48, n° 3, avril 2003, p. 161-170.
39. Rathod, Shanaya, et David Kingdon. « Case for cultural adaptation of psychological interventions for mental healthcare in low and middle income countries », *BMJ*, vol. 349, décembre 2014, g7636.
40. Naeem, Farooq, Muhammad Ayub, David Kingdon et Mary Gobbi. « Views of depressed patients in Pakistan concerning their illness, its causes, and treatments », *Qual Health Res*, vol. 22, n° 8, août 2012, p. 1083-1093.
41. Naeem, Farooq, Peter Phiri, Shanaya Rathod et Muhammad Ayub. « Cultural adaptation of cognitive-behavioural therapy », *BJPsych Adv*, vol. 25, n° 6, novembre 2019, p. 387-395.

42. El Rhermoul, Fatema-Zahra, Farooq Naeem, David Kingdon, Lars Hansen et Jallal Toufiq. « A qualitative study to explore views of patients, carers and mental health professionals' views on depression in Moroccan women », *Int J Cult Ment Health*, vol. 11, n° 2, avril 2018, p. 178-193.
43. Rathod, Shanaya, Peter Phiri et Farooq Naeem. « An evidence-based framework to culturally adapt cognitive behaviour therapy », *Cogn Behav Ther*, vol. 12, 2019, E10.
44. Naeem, Farooq, Andrew Tuck, Baldev Mutta, Puneet Dhillon, Gary Thandi, Azaad Kassam et autres. « Protocol for a multi-phase, mixed methods study to develop and evaluate culturally adapted CBT to improve community mental health services for Canadians of south Asian origin », *Trials*, vol. 22, n° 1, septembre 2021, p. 600.
45. Cinnirella, Marco, et Kate Miriam Loewenthal. « Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: a qualitative interview study », *Br J Med Psychol*, vol. 72, pt 4, décembre 1999, p. 505-524.
46. Razali, S. M., U. A. Khan et C. I. Hasanah. « Belief in supernatural causes of mental illness among Malay patients: impact on treatment », *Acta Psychiatr Scand*, vol. 94, n° 4, octobre 1996, p. 229-233.
47. Bhugra, Dinesh, Kamaldeep Bhui, Rosemarie Mallett, Manisha Desai, Jayshree Singh et Julian Leff. « Cultural identity and its measurement: A questionnaire for Asians », *Int Rev Psychiatry*, vol. 11, n° 2-3, janvier 1999, p. 244-249.
48. Lloyd, Keith R., K. S. Jacob, V. Patel, L. St Louis, Dinesh Bhugra et Anthony H. Mann. « The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders », *Psychol Med*, vol. 28, n° 5, septembre 1998, p. 1231-1237.
49. Avasthi, Ajit, Natasha Kate et Sandeep Grover. « Indianization of psychiatry utilizing Indian mental concepts », *Indian J Psychiatry*, vol. 55, suppl. 2, janvier 2013, p. S136-S144.
50. Kalra, Gurvinder, Kamaldeep Bhui et Dinesh Bhugra. « Does Guru Granth Sahib describe depression? », *Indian J Psychiatry*, vol. 55, suppl. 2, janvier 2013, p. S195-200.
51. Monod, Stéphanie, Mark Brennan, Étienne Rochat, Estelle Martin, Stéphane Rochat et Christophe J. Büla. « Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review », *J Gen Intern Med*, vol. 26, n° 11, juillet 2011, p. 1345-1357.
52. Virdee, Gursharan, Tyler Frederick, Lesley A. Tarasoff, Kwame McKenzie, Larry Davidson et Sean A. Kidd. « Community participation within the context of recovery: multiple perspectives on South Asians with schizophrenia », *Int J Cult Ment Health*, vol. 10, n° 2, avril 2017, p. 150-163.
53. Shaikh, Babar T., et Juanita Hatcher. « Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers », *J Public Health Oxf Engl*, vol. 27, n° 1, mars 2005, p. 49-54.
54. Chen, Sylvia Wen-Hsin, et Donna S. Davenport. « Cognitive-Behavioral Therapy With Chinese American Clients: Cautions and Modifications », *Psychother Theory Res Pract Train*, vol. 42, n° 1, 2005, p. 101-110.
55. Naeem, Farooq, Muhammad Ayub, Nick McGuire et David Kingdon. *Culturally adapted CBT (CaCBT) for Depression: Therapy manual for use with South Asian Muslims* [Kindle], 2013.
56. Racine, Nicole M., Rebecca R. Pillai Riddell, Maria Khan, Masa Calic, Anna Taddio et Paula Tablon. « Systematic Review: Predisposing, Precipitating, Perpetuating, and Present Factors Predicting Anticipatory Distress to Painful Medical Procedures in Children », *J Pediatr Psychol*, vol. 41, n° 2, mars 2016, p. 159-181.

57. Padesky, Christine A., avec la collaboration de Dennis Greenberger. *The Clinician's Guide to CBT Using Mind Over Mood*, 1<sup>re</sup> éd., New York, The Guilford Press, 1995. 276 p.
58. Beck, Aaron T., John Rush, Brian E. Shaw et Gary Emery. *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Publications, 1979, 456 p.
59. Weissman, Arlene N., et Aaron T. Beck. *Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A Preliminary Investigation*. Présenté au congrès annuel de 1978 de l'American Educational Research Association à Toronto, [En ligne]. [<https://eric.ed.gov/?id=ED167619>], (Consulté le 26 septembre 2022).
60. Center For Substance Abuse Treatment. *Improving Cultural Competence*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Rockville, Maryland, États-Unis), [En ligne], 2014. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248428>] (Consulté le 26 septembre 2022).
61. Frey, Lisa L., et Gargi Roysircar. « Effects of Acculturation and Worldview for White American, South American, South Asian, and Southeast Asian Students », *Int J Adv Couns*, vol. 26, n° 3, septembre 2004, p. 229-248.
62. Wallace, Phyllis M., Elizabeth A. Pomery, Amy E. Latimer, Josefa L. Martinez et Peter Salovey. « A Review of Acculturation Measures and Their Utility in Studies Promoting Latino Health », *Hisp J Behav Sci*, vol. 32, n° 1, février 2010, p. 37-54.
63. Edge Dawn, Amy Degnan, Sarah Cotterill, Katherine Berry, John Baker, Richard Drake et Kathryn Abel. « Culturally adapted Family Intervention (CaFI) for African-Caribbean people diagnosed with schizophrenia and their families: a mixed-methods feasibility study of development, implementation and acceptability », *Health Serv Deliv Res*, vol. 6, n° 32, septembre 2018, 316 p.
64. Naeem, Farooq, Ishaque Sarhandi, M. Gul, M. Khalid, Muhammad Aslam, Aqila Anbrin et autres. « A multicentre randomised controlled trial of a carer supervised culturally adapted CBT (CaCBT) based self-help for depression in Pakistan », *J Affect Disord*, vol. 156, mars 2014, p. 224-227.
65. Neki Jaswant Singh. « Guru-chela relationship: the possibility of a therapeutic paradigm », *Am J Orthopsychiatry*, vol. 43, n° 5, octobre 1973, p. 755-766.
66. Wu, Zhiguo, et Yiru Fang. « Comorbidity of depressive and anxiety disorders: challenges in diagnosis and assessment », *Shanghai Arch Psychiatry*, vol. 26, n° 4, août 2014, p. 227-231.
67. Islam, Farah, Nazilla Khanlou et Hala Tamim. « "Maybe once I find a good job, I will be better": Seeking Mental Healthcare in Little Bangladesh, Toronto, Canada », *J Concurr Disord* vol. 2, n° 1, avril 2020, [En ligne]. [[https://www.researchgate.net/publication/354294365\\_Maybe\\_once\\_I\\_find\\_a\\_good\\_job\\_I\\_will\\_be\\_better\\_Seeking\\_Mental\\_Healthcare\\_in\\_Little\\_Bangladesh\\_Toronto\\_Canada](https://www.researchgate.net/publication/354294365_Maybe_once_I_find_a_good_job_I_will_be_better_Seeking_Mental_Healthcare_in_Little_Bangladesh_Toronto_Canada)] (Consulté le 23 septembre 2022).
68. Islam, Farah, Anjum Sultana, Syeda Qasim, Mari Kozak, Hala Tamim et Nazilla Khanlou. « "Children are going on a Different Path": Youth Identity from the Bangladeshi Immigrant Parents' Perspective », *Int J Ment Health Addict*, vol. 19, n° 1, février 2021, p. 143-154.
69. Gilbert, Paul, Jean Gilbert et Jasvinder Sanghera. « A focus group exploration of the impact of izzat, shame, subordination and entrapment on mental health and service use in South Asian women living in Derby », *Ment Health Relig Cult*, vol. 7, n° 2, juin 2004, p. 109-130.
70. Kapfhammer, Hans-Peter. « Somatic symptoms in depression », *Dialogues Clin Neurosci*, vol. 8, n° 2, juin 2006, p. 227-239.



**ANNEXE**  
**Documents à**  
**distribuer sur la**  
**TCCca et fiche conseils**

# Document à distribuer n° 1

## Qu'est-ce que la thérapie cognitivo-comportementale culturellement adaptée (TCCca)?

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est un type de psychothérapie efficace pour le traitement de la dépression et de l'anxiété. Grâce à la TCC, près de six personnes sur dix parviennent à surmonter la dépression et l'anxiété. À ce titre, la TCC est aussi efficace que les antidépresseurs. Il a même été démontré qu'elle était supérieure aux antidépresseurs pour la prévention des rechutes de la dépression. La TCC peut se suffire à elle-même (pour les formes légères et modérées de la dépression), mais on peut aussi l'associer à la pharmacothérapie.

La TCC étant fondée sur les valeurs de l'Europe occidentale et de l'Amérique du Nord, elle doit être modifiée pour les clients issus d'autres cultures. On parle alors de TCC adaptée à la culture (TCCca). La TCCca est une thérapie dispensée au cours de 6 à 9 séances de 60 minutes, étalées sur 9 à 12 semaines. Une séance type comprend trois parties : 10 minutes consacrées au bilan des exercices pratiques effectués la semaine précédente, 40 minutes de thérapie proprement dite et 10 minutes réservées aux commentaires et au choix des exercices à faire avant la séance suivante. La thérapie porte généralement sur les modes de pensée défaitistes, la baisse d'activité et les problèmes relationnels, et elle offre des techniques de gestion de l'anxiété et de résolution de problèmes.

Pour expliquer aux clients le principe de base de la TCC, on a souvent recours à une fable célèbre d'Asie du Sud qui relate l'histoire de six aveugles allant à la rencontre d'un éléphant pour se faire une idée de l'animal. Le premier, tâtant le flanc, conclut : « C'est comme un mur ». Le deuxième, saisissant une défense, déclare : « C'est comme une lance ». Le troisième, examinant la trompe, affirme : « C'est comme un gros serpent ». Le quatrième, palpant une patte, s'exclame : « C'est comme un arbre ». Le cinquième, touchant une oreille, commente : « C'est comme un grand éventail ». Enfin, se saisissant du bout de la queue de l'éléphant, le sixième s'écrie : « C'est comme une corde! ». Il est dit que les six hommes argumentèrent longtemps sans parvenir à s'entendre. Ils s'étaient tous fait une certaine idée de l'éléphant à partir d'un angle particulier. N'est-ce pas ce qu'on fait souvent dans la vie quand on ne considère qu'un aspect d'une chose et qu'on ignore le reste, sans se rendre compte qu'il y a plusieurs points de vue possibles?

La TCC aide les gens à voir les choses sous des angles différents.



# Document à distribuer n° 2

## Qu'est-ce que la dépression?

La dépression est une maladie mentale très répandue qui affecte la façon dont on se sent, les pensées et le comportement. Il est normal de se sentir déprimé·e en réaction à une perte (p. ex. la mort d'un être cher). On parle de dépression clinique lorsque l'humeur dépressive se prolonge au-delà de deux semaines sans raison apparente et qu'elle affecte les activités de la vie quotidienne. Une personne sur 20 est touchée par la dépression au cours de sa vie.

## Symptômes de la dépression

La dépression peut provoquer des symptômes physiques divers : maux de tête, troubles gastriques et autres douleurs digestives, douleurs thoraciques, tensions musculaires, etc. Les personnes déprimées ont également tendance à perdre facilement leur sang-froid. Parmi les autres symptômes, citons la sensation de fatigue, les troubles de mémoire, les difficultés de concentration, l'incapacité à apprécier les choses et, dans les cas graves, les pensées suicidaires. Les personnes déprimées peuvent également avoir des troubles du sommeil et de l'appétit.

## Causes de la dépression

Les causes les plus fréquentes de la dépression sont les suivantes :

- ▶ **Dérèglement chimique du cerveau**
- ▶ **Certains traits de personnalité et schémas de pensée**
  - Tendance à s'inquiéter facilement, faible capacité d'adaptation, perfectionnisme ou personnalité obsessionnelle
- ▶ **Problèmes remontant à l'enfance**
  - Situations pénibles ou événements traumatisants vécus dans l'enfance
- ▶ **Circonstances de vie difficiles**
- ▶ **Présence de troubles ou de pathologies physiques**
- ▶ **Consommation problématique d'alcool ou de drogues**

## Traitement de la dépression

Les recherches montrent que pour obtenir un résultat optimal, on devrait traiter la dépression en associant un traitement antidépresseur à une psychothérapie. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une forme de psychothérapie couramment employée pour le traitement de la dépression.



# Document à distribuer n° 3

## Qu'est-ce que l'anxiété?

L'anxiété est le sentiment que l'on éprouve face à une menace réelle ou imaginaire. L'anxiété est une simple réaction du cerveau à une situation stressante. Elle se manifeste par l'émergence de pensées défaitistes ou par des symptômes physiques particuliers.

Il faut savoir que l'anxiété est une réaction normale à une menace extérieure (p. ex. le fait de se retrouver face à un lion en liberté) et que les signes physiques de l'anxiété indiquent que le corps se prépare à affronter un danger mortel. Cependant, chez certaines personnes, l'anxiété peut échapper à tout contrôle et se déclencher dans des situations où elle est nuisible à la personne.

### Symptômes de l'anxiété

Les gens anxieux sont inquiets, en proie à des cogitations excessives, agités et irritables. Ils ont du mal à se concentrer et ont des « trous de mémoire ». L'anxiété peut aussi engendrer courbatures, maux de ventre, palpitations, essoufflement, vision trouble et picotements.

### Causes de l'anxiété

- Pensées défaitistes
- Évènements stressants
- Agitation

L'anxiété est liée au **réflexe de lutte ou de fuite**. Lorsque nous percevons une menace, un message est envoyé par une certaine partie de notre cerveau pour nous préparer à nous défendre ou à fuir. La réaction physique au danger se manifeste de la façon suivante :

- **Respiration rapide et superficielle** — pour que le corps soit bien oxygéné
- **Accélération du rythme cardiaque** — pour faire affluer le sang vers les extrémités afin de faciliter la course
- **Tension musculaire** — pour préparer à l'action les principaux groupes musculaires
- **Tremblements** — l'augmentation de la tension musculaire peut provoquer des tremblements
- **Sueurs froides** — pour refroidir le corps « en surchauffe »
- **Boule dans la gorge, bouche sèche, maux de ventre** — le sang est détourné du système digestif, ce qui provoque ces symptômes
- **Sensibilité accrue à la lumière et au bruit** — pour permettre de repérer les dangers autour de soi et se préparer à y faire face ou à fuir



### Comment désamorcer le réflexe de lutte ou de fuite

Le meilleur moyen est de pratiquer la respiration contrôlée. Les exercices de relaxation musculaire aident également à réduire la tension musculaire et donc à soulager les douleurs associées. Les locuteurs du hindi et de l'ourdou peuvent visionner des exercices de respiration et de relaxation musculaire ici : [https://www.youtube.com/channel/UC3h-7eagyNe\\_KkqtW95rrbw](https://www.youtube.com/channel/UC3h-7eagyNe_KkqtW95rrbw)

# Document à distribuer n° 4

## À l'usage des proches

### À l'usage des proches

Quand quelqu'un est blessé, on compatit, car la blessure est bien visible; mais quand quelqu'un souffre de dépression, on ne voit pas ce qui se passe dans sa tête. Or, la dépression est une maladie au même titre que les maladies physiques. Ce n'est pas un signe de faiblesse et ce n'est pas non plus une punition pour de quelconques péchés. Si vous avez un-e parent-e ou un-e ami-e touché-e par la dépression, les remarques suivantes pourraient vous être utiles :

- ▶ Les personnes qui connaissent une dépression ne sont pas capables de contrôler leur humeur.
- ▶ Faites preuve de compassion — écoutez attentivement la personne et efforcez-vous de comprendre ce qu'elle vit.
- ▶ Les personnes en proie à la dépression ont du mal à résoudre les problèmes, même les plus simples. En les aidant à trouver des solutions, on peut soulager leur détresse.
- ▶ Prenez le temps de parler à la personne : ça l'aidera à se sentir mieux.
- ▶ Incitez-la à s'adonner à des activités qu'elle aimait auparavant, mais ne l'y forcez pas, car vous pourriez faire plus de mal que de bien.
- ▶ Incitez la personne à prendre ses médicaments, à se rendre à toutes ses séances de thérapie et à suivre les conseils de sa ou son thérapeute.
- ▶ Une alimentation saine favorise la santé mentale et le bien-être. Conseillez à la personne de bien se nourrir.
- ▶ Il arrive que les personnes en dépression se mettent à consommer de l'alcool ou des drogues pour faire face à leur maladie. Or, cela peut aggraver la dépression.
- ▶ Si la personne exprime des pensées suicidaires, contactez dès que possible sa ou son prestataire de soins de santé mentale.
- ▶ Vous pouvez apporter un soutien à votre proche en l'incitant à lire les documents qui lui ont été remis lors de ses séances de thérapie et à faire les exercices qui lui ont été assignés.



# Document à distribuer n° 5

## Prise de conscience des pensées

### Prise de conscience des pensées

Nos pensées occupent une large place dans notre vie. Cependant, il est rare que nous réfléchissions aux pensées que nous avons. Pour éliminer les pensées indésirables, vous pouvez apprendre à prendre conscience de vos pensées et de vos émotions, et vous découvrirez ainsi leur lien avec votre comportement.



### Pensées

Par pensées, il faut entendre les idées, images mentales, propos ou souvenirs qui nous viennent à l'esprit dans certaines circonstances. Les pensées peuvent également apparaître sous la forme d'un dialogue intérieur. Nos pensées sont automatiques, ce qui signifie que nous ne les contrôlons pas. Toutefois, les schémas de pensée des personnes souffrant de dépression et d'anxiété sont différents de ceux des personnes qui n'en souffrent pas. On appelle ces schémas de pensée des « modes de pensée défaitistes ». Lorsqu'une personne vulnérable à la dépression est stressée, ces modes de pensée sont activés et entraînent une humeur dépressive.

### Pensées et symptômes physiques

Nos pensées peuvent également engendrer des symptômes physiques. Par exemple, le simple fait de penser « je vais avoir un accident » peut provoquer des palpitations ou même des sueurs froides. Pour reprendre le contrôle, il vous faudra d'abord commencer par examiner vos pensées, la façon dont elles affectent vos émotions et les symptômes physiques qu'elles engendrent.



Au cours de la semaine qui vient, vous allez agir en détective en enquêtant sur vos propres pensées. Lorsque quelque chose de pénible se produira, vous observerez attentivement ce qui se passe pour découvrir le lien entre vos pensées et vos émotions. Il serait bon que vous notiez vos observations « à chaud » dans le journal des pensées, c'est-à-dire lorsque vous ressentirez des émotions désagréables. Essayez donc de toujours avoir votre journal à portée de main. Notez autant de pensées que possible. Essayez d'examiner le lien entre vos pensées, vos émotions et vos sensations physiques et demandez-vous, chaque fois que vous ressentez de la détresse : « Est-ce que la façon dont je me sens est le résultat d'une distorsion (erreur) cognitive? ».

**Journal des pensées n° 1**

<b>Ce qui s'est passé</b>	<b>Pensées</b> (pensées/Images mentales/ dialogue intérieur)	<b>Émotions</b>	<b>Symptômes physiques</b>

# Document à distribuer n° 6

## Pensées défaitistes

### Schémas de pensée défaitistes

Un évènement particulier de la vie (changement de circonstances, situation stressante, etc.) peut parfois déclencher des pensées défaitistes, qui peuvent elles-mêmes provoquer des sensations physiques ou des émotions pénibles. Ce type de pensées peut également avoir un effet néfaste sur les comportements.

### Il existe plusieurs schémas de pensée défaitistes

#### ► Conclusions hâtives

Suppositions qu'on fait sans avoir suffisamment de preuves pour les étayer (ou sans preuve aucune). Exemple : une femme qui voit son mari parler au téléphone et qui se dit qu'il a une liaison.

#### ► Mode de pensée sélectif

Fait de se concentrer sur un seul aspect d'une situation en ignorant d'autres aspects importants et d'interpréter la situation en fonction de celui-ci. Exemple : un homme qui se dit qu'il est nul dans son travail, alors que sa patronne lui a fait savoir que, dans l'ensemble, elle était très satisfaite de lui, mais qu'il devait améliorer ses compétences en informatique.

#### ► Généralisation excessive

Fait de tirer une conclusion générale à partir de faits isolés. Exemples : une personne qui se dit « J'ai échoué à l'examen. Je suis complètement nulle. » ou une personne qui arrive en retard au travail et qui se dit « Je suis toujours en retard. ».

#### ► Exagération ou minimisation

Fait de surestimer l'importance de choses négatives ou de sous-estimer l'importance de choses positives. Exemple : une personne qui a oublié le nom de quelqu'un et qui va s'en vouloir toute la journée.

#### ► Fait de ramener toute la responsabilité à soi

Fait d'assumer la responsabilité de tout ce qui ne va pas, même en l'absence de preuves. Exemple : une employée qui apprend la démission d'un collègue et qui en déduit « C'est ma faute : j'aurais dû le soutenir. »

#### ► Principe du tout ou rien (pensée manichéenne)

Fait de voir les choses en noir ou blanc, sans la moindre nuance. Exemples : « Si je ne réussis pas à tous mes examens avec une note d'au moins 80 %, c'est que je suis nulle », ou « Si je n'achète pas de vêtements de marque à mes enfants, c'est que je suis un père lamentable ».

**Posez-vous la question suivante : « Quelles sont mes pensées défaitistes? »**

# Document à distribuer n° 7

## Remise en cause des pensées défaitistes

### Remise en cause des pensées défaitistes

Maintenant que vous avez appris à reconnaître vos pensées et vos émotions, vous allez pouvoir modifier votre façon de penser. Vous procéderez en deux temps. Dans un premier temps, vous apprendrez à remettre en question ces pensées. Sachez qu'il est difficile de changer sa façon de penser, mais qu'il est possible de *remplacer* une pensée par une autre. Pour ce faire, il faut d'abord s'efforcer d'affaiblir la pensée défaitiste. Vous y parviendrez en remettant systématiquement en question vos pensées défaitistes.

### Recherchez les preuves

La meilleure façon de remettre en question vos pensées est de chercher des preuves à l'appui et à l'encontre de chaque pensée. Passez en revue une à une les pensées que vous avez notées dans votre journal et imaginez que vous êtes un·e juge chargé·e d'examiner les preuves à l'appui de la pensée et celles qui vont dans le sens contraire afin de déterminer si cette pensée reflète fidèlement la réalité. Vous trouverez au bas de ce document un deuxième journal des pensées qui comporte deux colonnes supplémentaires, pour que vous puissiez noter les preuves à l'appui et à l'encontre de chaque pensée. Au début, certains trouvent difficile, sinon impossible de fournir des preuves à l'encontre de leurs pensées. Vous aurez donc peut-être intérêt à demander à un·e ami·e ou à un membre de votre famille de vous aider.

Avec un peu de pratique, vous serez capable de trouver facilement des preuves à l'appui et à l'encontre de vos pensées défaitistes. Mais attention : il y a des gens qui invoquent leurs impressions à l'appui de leur pensée, par exemple : « Je sens que c'est vrai. Autrement, je ne me sentirais pas si mal. ». Sachez que vous devrez rechercher des preuves tangibles et non pas des impressions.

### Questions que vous pourriez vous poser pour remettre vos pensées en question

- ▶ Quelle est ma pensée?
- ▶ Est-ce qu'il s'agit d'une pensée défaitiste?
- ▶ Y a-t-il des preuves à l'appui de cette pensée?
- ▶ Quelles sont les preuves qui vont à l'encontre de cette pensée?
- ▶ Que diraient des tiers au sujet de cette pensée?

## Journal des pensées n° 2

<b>Ce qui s'est passé</b>	<b>Pensées</b> (pensées/images mentales/ dialogue intérieur)	<b>Émotions</b>	<b>Symptômes physiques</b>	<b>Preuves à l'appui de chaque pensée</b>	<b>Preuves à l'encontre de chaque pensée</b>

# Document à distribuer n° 8

## Création d'une pensée équilibrée

### Création d'une pensée équilibrée

Une fois qu'on commence à examiner les preuves à l'appui et à l'encontre d'une pensée, elle commence à perdre de sa force. Si vous trouvez plus de preuves à l'encontre de la pensée que de preuves en sa faveur, vous vous rendez compte qu'il ne s'agit pas d'une pensée conforme à la réalité. Comme nous l'avons vu, il est difficile de contrôler ou de modifier une pensée défaitiste. Cependant, une fois qu'on a appris à remettre une pensée en question à l'aide de preuves, on peut créer une nouvelle pensée, plus équilibrée.

### Rechercher des pensées alternatives/plus équilibrées

L'objet de l'exercice qui suit est de créer une pensée alternative ou « pensée équilibrée ». Après avoir remis en cause une pensée défaitiste, il faut, dans un premier temps, créer une pensée équilibrée, mais pour que cela soit profitable, il faut s'en souvenir. Vous pouvez noter la pensée équilibrée sur un morceau de papier que vous pourrez consulter chaque fois que vous aurez une pensée défaitiste; vous pouvez aussi répéter cette pensée plusieurs fois par jour, comme un mantra. Une fois que vous aurez créé une pensée équilibrée, il ne vous restera plus qu'à agir en conséquence et à observer les résultats.

Les questions suivantes vous aideront à créer une pensée alternative :

- ▶ Que penserait mon frère/ma sœur/mon ami-e s'ils se trouvaient dans la même situation?
- ▶ Qu'est-ce que j'aurais pensé si ça m'était arrivé quand je n'étais pas aussi déprimé-e ou anxieuse/anxieux?
- ▶ Qu'est-ce que je penserais si ça m'arrivait dans quelque temps, quand je me sentirai un peu mieux?
- ▶ Si mon ami-e pensait comme ça, qu'est-ce que je lui dirais?
- ▶ Réfléchissez à des situations semblables que vous avez vécues. Qu'avez-vous pensé à ces moments-là?



### Journal des pensées n° 3

<b>Ce qui s'est passé</b>	<b>Pensées</b> (pensées/images mentales/dialogue intérieur)	<b>Émotions</b>	<b>Symptômes physiques</b>	<b>Preuves à l'appui de chaque pensée</b>	<b>Preuves à l'encontre de chaque pensée</b>	<b>Pensées alternatives, équilibrées</b>

# Document à distribuer n° 9

## Activités et bien-être



### Effet de nos activités sur notre santé mentale

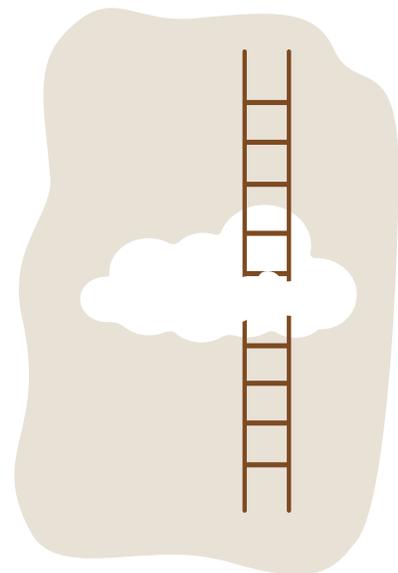
Il existe un lien étroit entre notre comportement et nos émotions. Il arrive que les personnes dépressives réduisent leurs activités quotidiennes en raison de la fatigue, d'une perte d'intérêt, du peu de plaisir qu'elles y trouvent ou de l'absence de sentiment d'accomplissement. Or, la réduction des activités quotidiennes peut entraîner une aggravation de la dépression. Il importe donc de briser ce cercle vicieux.

### Équilibrez vos activités

La première étape vers le bien-être consiste à apporter un équilibre dans ses activités. Vous trouverez peut-être utile, dans un premier temps, d'augmenter le nombre des activités que vous aimez : regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo, etc. En faisant le suivi de vos activités et de votre humeur, vous découvrirez leurs interactions. Vous pouvez également vous servir de ce journal comme d'un guide pour voir quels changements de comportement pourraient vous aider à vous sentir mieux. Consignez tous les jours vos activités dans votre journal et ajoutez progressivement de nouvelles activités. Découvrez les quatre types d'activités que nous recommandons à la page suivante.

### Allez-y doucement

Augmentez progressivement vos activités. Lorsque vous prévoyez une activité complexe, vous pourriez avoir intérêt à la fractionner en petites étapes pour qu'elle soit gérable — un peu comme le fait de gravir un à un les barreaux d'une échelle.



# Document à distribuer n° 10

## Liste d'activités courantes



Activités créatrices	Activités récréatives	Activités sociales et pratiques dévotionnelles	Tâches domestiques et activités liées au travail
<p>Écrire un poème</p> <p>Faire un dessin</p> <p>Décorer sa chambre</p> <p>Jouer d'un instrument</p> <p>Faire de la couture ou de la broderie</p> <p>Tenir un journal intime</p> <p>Chanter</p> <p>Faire un arrangement floral</p> <p>Danser</p> <p>Faire de la décoration (p. ex. réarranger les meubles)</p> <p>Se maquiller</p>	<p>Passer du temps avec son animal de compagnie</p> <p>Aller au zoo, au cirque, à une foire ou un festival</p> <p>Faire une promenade</p> <p>Écouter de la musique</p> <p>Lire un roman ou un magazine</p> <p>Aller au cinéma</p> <p>Faire du jardinage</p> <p>Faire de la natation</p> <p>Pratiquer un sport ou regarder un match à la télévision</p> <p>Regarder la télévision</p> <p>Aller dans un endroit favori</p> <p>Aller au parc ou au bord d'un lac</p> <p>Faire des projets de vacances</p> <p>Aller à la pêche</p>	<p>Rencontrer des amis ou des membres de la famille</p> <p>Appeler un-e ami-e ou lui envoyer un texto</p> <p>Aller au parc avec la famille</p> <p>Magasiner ou aller au restaurant</p> <p>Aller à la mosquée, au temple ou à l'église</p> <p>Aller à une cérémonie religieuse ou à une manifestation culturelle</p> <p>Passer du temps avec ses enfants</p> <p>Faire du bénévolat</p> <p>Lire un livre saint ou prier avec un chapelet</p> <p>Faire des compliments aux personnes de son entourage</p>	<p>Faire la vaisselle</p> <p>Faire du repassage</p> <p>Faire le ménage</p> <p>S'occuper de ses enfants</p> <p>Travailler dans le jardin</p> <p>Travailler pour gagner de l'argent</p> <p>S'occuper de son animal de compagnie</p> <p>Prendre un cours de formation</p> <p>Assister à une conférence</p> <p>Se fixer des objectifs à long terme (études, travail ou objectifs personnels) et planifier leur réalisation</p> <p>Laver son auto ou sa bicyclette</p>

## Journal des activités hebdomadaires

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7 h - 8 h							
8 h - 9 h							
9 h - 10 h							
10 h - 11 h							
11 h - 12 h							
12 h - 13 h							
13 h - 14 h							
14 h - 15 h							

**Journal des activités hebdomadaires**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
15 h - 16 h							
16 h - 17 h							
17 h - 18 h							
18 h - 19 h							
19 h - 20 h							
20 h - 21 h							
21 h - 22 h							
22 h - 23 h							
23 h - 0 h							

# Document à distribuer n° 11

## Résolution de problèmes

### Résolution de problèmes

Voici une technique utile, en quelques étapes brèves, pour la résolution des problèmes. Il serait peut-être bon, lorsque vous commencerez à utiliser cette technique, que vous en fassiez l'essai avec un·e ami·e ou un membre de votre famille.

- 1. Notez vos problèmes** — La première étape consiste à dresser une liste des problèmes. Une fois cette liste établie, décidez du problème à aborder en premier, en choisissant, de préférence, un problème qui soit important pour vous tout en semblant facile à résoudre.
- 2. Réfléchissez aux solutions possibles** — Maintenant que vous avez choisi le premier problème auquel vous allez vous attaquer, essayez d'envisager le plus grand nombre de solutions possibles, même celles qui vous semblent farfelues. Cette technique s'appelle un « remue-méninges ». Vous pourriez aussi imaginer que ce n'est pas votre problème et que vous essayez de trouver autant de solutions que possibles pour quelqu'un d'autre.
- 3. Examinez les avantages et les inconvénients de chaque solution** — À présent, examinez chaque solution une à une, pour en déterminer les avantages et les inconvénients. Pour ce faire, divisez une feuille de papier en deux colonnes et inscrivez à gauche les avantages et à droite les inconvénients de chaque solution. Cela vous permettra de trouver celle qui est la meilleure. Veillez à ce que la solution soit (a) réaliste et (b) propice à un changement positif.
- 4. Fractionnez la solution choisie en autant d'étapes que possible** — Notez autant d'étapes que possible, même si elles vous semblent ridicules. Cela vous permettra peut-être de vous rendre compte que vous avez besoin de plus d'information ou que la solution n'est pas adaptée et que vous devriez en envisager une autre. Vous pourriez aussi employer la technique de la « répétition cognitive » en imaginant tout ce que vous aurez à faire, dans les moindres détails, pour régler le problème.
- 5. Mettez le plan à exécution** — Le moment est venu de mettre le plan à exécution en suivant les étapes que vous avez définies.
- 6. Bilan** — Une fois que vous aurez exécuté le plan, il serait bon que vous réfléchissiez aux erreurs que vous avez commises et aux obstacles que vous avez rencontrés pour découvrir les leçons que vous pourriez en tirer.



## Feuille de travail sur la résolution des problèmes

<b>Liste des problèmes</b> (Une fois que vous aurez énuméré tous les problèmes que vous souhaitez résoudre, entourez d'un cercle celui auquel vous aimeriez vous attaquer en premier) :	
<b>Liste de solutions possibles :</b>	
<b>1<sup>re</sup> solution choisie :</b>	
<b>Avantages :</b>	<b>Inconvénients :</b>
(Répétez la procédure pour chaque solution potentielle jusqu'à ce que vous ayez trouvé la meilleure.)	
<b>Solution choisie :</b>	
<b>Étapes d'application de la solution :</b>	
<b>Bilan des résultats et leçons à tirer :</b>	

# Document à distribuer n° 12

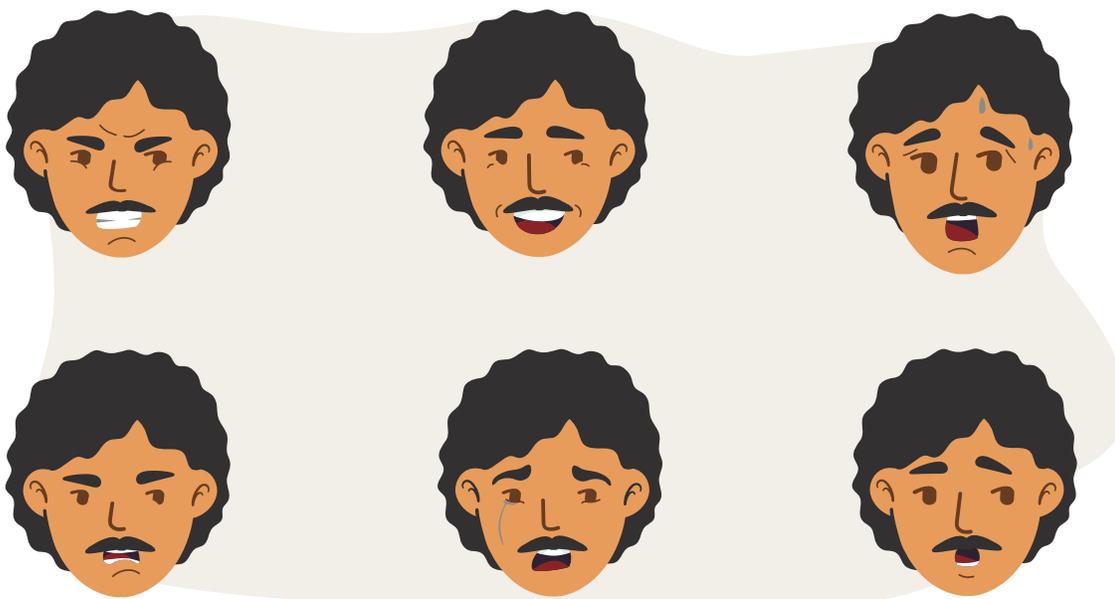
## Qu'est-ce que l'humeur?

### Qu'est-ce que l'humeur?

L'humeur est un état affectif qui varie selon les moments. Il existe toutes sortes d'humeurs, dont certaines sont facilement reconnaissables et d'autres pas. De plus il est parfois difficile de distinguer un type d'humeur d'un autre.

Pour vous familiariser avec vos émotions, essayez de penser à ce que vous éprouveriez dans chacune des situations ci-dessous :

Situation	Émotion
Vous venez d'avoir un accident.	
Quelqu'un vous a crié dessus sans raison.	
Vous venez de perdre votre emploi.	
Vous êtes dans votre lit et vous entendez du bruit sur le toit.	
Vous vous êtes fait prendre en train de voler dans un magasin.	
Un·e ami·e vous a querellé·e sans raison.	
On vient de vous offrir un emploi.	



# Document à distribuer n° 13

## Comment améliorer les relations interpersonnelles — 1



### Styles de communication

Les problèmes relationnels jouent un rôle important dans l'apparition du stress. Ces problèmes sont dus (a) à des problèmes de communication et (b) à de mauvaises compétences en matière de gestion des conflits. Il existe quatre styles de communication qu'il faut connaître :

#### Style passif

Les personnes passives ont pour habitude de dissimuler leurs sentiments. Elles ne disent pas ce qu'elles veulent et sont incapables d'exprimer de la colère.

#### Style agressif

Ces personnes sont exigeantes, agressives et bruyantes. Elles se soucient peu des droits et des besoins des autres personnes, qu'elles critiquent et insultent. Par ailleurs, elles sont malheureuses, ce qui affecte l'humeur des gens de leur entourage.

Certaines personnes combinent passivité et agressivité (c'est-à-dire qu'elles peuvent être passives ou agressives selon la situation).

#### Style manipulateur

Ces personnes savent exploiter les faiblesses des autres et obtenir ce qu'elles veulent en les culpabilisant. Elles se posent en victimes pour faire pression sur les autres.

#### Affirmation de soi (« assertivité »)

Les personnes assertives expriment clairement leurs attentes et leurs refus. Elles sont moins nombreuses à souffrir de dépression, à se mettre en colère, à éprouver un sentiment d'impuissance et à avoir des problèmes au travail et dans leurs relations avec autrui. Elles jouissent également d'une meilleure santé et ont un moindre risque d'avoir des douleurs, des ulcères et de l'hypertension artérielle.

### Comment faire preuve d'assertivité

Essayez de rester calme et détendu-e. Maintenez le contact visuel, mais ne fixez pas la personne. Et évitez de croiser les bras.



## Conseils pratiques

Ne tournez pas autour du pot. Soyez direct·e et allez droit au but, par exemple en demandant : « Pouvez-vous m'aider à trouver un emploi? ». Soyez précis·e; ainsi, au lieu de dire « Tu les as mises où? », dites « Où as-tu mis les clés? ». Exprimez-vous à la première personne (« je »). Demandez le point de vue des autres personnes et écoutez-les sans les interrompre et sans terminer leurs phrases à leur place (p. ex. « Alors, si je comprends bien, tu veux t'arrêter de travailler? »). Parlez d'un seul sujet à la fois. Et quand vous ne comprenez pas quelque chose, demandez des explications.



Dressez une liste des situations dans lesquelles vous devez faire preuve d'assertivité et commencez à vous entraîner dans des situations à faible risque, en pensant aux conséquences. Choisissez le moment et le lieu propices. Notez ce que vous allez dire et répétez avec l'aide d'un·e ami·e ou devant le miroir.

L'assertivité n'est pas un manque de courtoisie. Sollicitez le point de vue des autres personnes et écoutez-les sans les interrompre. Ne lisez pas dans leurs pensées et ne regardez pas autour de vous lorsque quelqu'un vous parle. Une fois que la personne aura fini de parler, résumez ce qu'elle a dit pour vérifier que vous avez bien compris. Et posez-lui des questions pour mieux saisir son point de vue.

**Si vous avez quelque chose de négatif à dire :** Employez les pronoms « je » et « tu/vous ». Au lieu de dire : « Les gens se plaignent que le travail n'est pas fait correctement », dites : « J'ai l'impression que vous ne vous intéressez pas à votre travail » et précisez ensuite ce qui ne va pas. Essayez aussi de dire ce que vous ressentez (p. ex. « Je suis contrarié·e par ce que tu as dit »).

**Savoir dire « non » :** Dans certaines cultures, on a l'habitude d'acquiescer par politesse, ce qui engendre du stress. Or, en général, il suffit de dire « non » poliment, mais fermement. Toutefois, si la personne insiste, faites ceci : (a) résumez sa demande afin qu'elle sache que vous l'avez écoutée et (b) expliquez-lui la raison de votre refus. Vous pouvez aussi temporiser en disant « Je vérifie mon emploi du temps et je te rappelle ». Vous pouvez également proposer une alternative (p. ex. « Je ne peux pas te voir ce soir, je suis occupé·e. Est-ce qu'on peut remettre à la semaine prochaine? »).

## Techniques utiles dans différentes situations



**Se répéter comme un disque :** Ne vous lancez pas dans une discussion. Par exemple, si vous voulez rendre un article dans un magasin, dites : « J'ai décidé que je n'en voulais pas et je voudrais être remboursé·e ». Après, quoi que dise la personne, vous continuerez calmement à demander à être remboursé·e, sans argumenter.

**Refuser de se laisser influencer :** Vous êtes d'accord avec certains faits, mais vous souhaitez vous en tenir à votre décision. Par exemple, votre meilleure amie insiste pour que vous vous fassiez couper les cheveux, mais vous ne voulez pas le faire. Vous êtes d'accord avec ce qu'elle dit, mais vous n'avez pas l'intention de changer de coupe de cheveux.

**Calmer le jeu :** Si quelqu'un se fâche durant une discussion, dites : « Je vois que tu es en colère et je comprends ta réaction. Si on en parlait à un autre moment quand on sera plus détendu·e·s? ».



# Document à distribuer n° 14

## Comment améliorer les relations interpersonnelles — 2

### Comment améliorer les relations interpersonnelles 2 : Gestion des conflits

En abordant les conflits de front, on a de meilleures chances d'avoir une vie satisfaisante; de surcroît, la bonne gestion des conflits renforce les relations interpersonnelles. Voici quelques styles de communication qui provoquent des conflits :

**Énoncés péremptaires** : « C'est comme ça qu'il faut faire (sous-entendu : comme je veux). », « Il se comporte toujours mal avec moi. », « Elle n'est jamais d'accord avec moi. » ou « Vous êtes tous les mêmes. ».

**Omniscience supposée** : Essayer de prédire ce qui va arriver ou croire dur comme fer qu'on sait ce qui se passe dans la tête de quelqu'un d'autre (p. ex. « J'aurai beau faire, il ne m'écouterà jamais. » ou « De toute manière, elle ne sera pas d'accord avec moi : elle m'a prise en grippe »).

**Imperméabilité aux arguments rationnels** : « Je sais que c'est ce qu'elle va faire. » « Tu n'as pas tort, mais de toute façon, ma décision est prise. »

**Mélange de positif et de négatif** : Comme l'homme qui dit à sa femme « Tu es vraiment belle. Dommage que tu ne saches pas t'habiller. »).

**Règles/principes inébranlables** : « Tout le monde devrait être d'accord avec moi. » ou « Ils devraient me traiter avec respect et accepter mes règles. »

Pour bien gérer les conflits, essayez plutôt d'appliquer les techniques ci-dessous :

**Accepter qu'il n'y a pas de terrain d'entente** : Si vous pensez que la personne en face de vous s'entête, vous pouvez toujours dire « Bon. On n'est pas obligé-e-s d'être d'accord, non? ».

**Faire des concessions** : Les conflits peuvent souvent être facilement réglés par des concessions mutuelles permettant d'arriver à un compromis acceptable par les deux parties.

Une fable : Deux chèvres se retrouvant face à face au milieu d'un pont étroit commencèrent à se battre, chacune voulant traverser la première, et... elles culbutèrent ensemble dans la rivière. Quelque temps plus tard, deux chèvres plus avisées se rencontrant au même endroit réalisèrent qu'une seule pouvait traverser à la fois. Alors, l'une d'elles se recroquevilla, l'autre lui sauta par-dessus et elles purent toutes deux traverser sans encombre.



# Document à distribuer n° 15

Cultivez votre bien-être

## Voici plusieurs choses que vous pouvez faire pour cultiver votre bien-être :

### Faites une seule chose à la fois

S'il vous semble que vous avez des tas de choses à faire, faites une liste et établissez des priorités.

### Soyez conscient·e de vos limites

Apprenez à dire « Je ne sais pas » et « Je n'en suis pas capable. ».

### Soyez conscient·e de vos forces et de vos faiblesses

Essayez de prendre conscience de ce qui vous stresse.

### Faites part de vos problèmes aux membres de votre famille et à vos amis

N'essayez pas de faire face tout·e seul·e à tous vos problèmes.

### Veillez à avoir de bonnes habitudes de sommeil

Le manque de sommeil se répercute sur l'humeur et l'état de santé général. Il est indispensable de bien dormir pour effacer la fatigue.

### Nourrissez-vous bien

Une alimentation équilibrée favorise la santé physique et mentale. Essayez de réduire votre consommation d'aliments gras et épicés.

### Faites régulièrement de l'exercice

L'exercice régulier améliore la confiance en soi et soulage le stress, l'anxiété et la dépression.

### Ménagez du temps pour les activités que vous aimez

Consacrez un peu de temps chaque semaine à des activités qui vous procurent du plaisir : lire un livre ou un magazine, faire une promenade, passer du temps avec des amis, etc.

### Gardez le contact avec les gens qui comptent dans votre vie

Passez du temps avec des personnes optimistes, loyales et aimantes — cela atténuera votre stress, améliorera votre humeur et vous aidera à vous sentir mieux. Les amitiés solides sont un des piliers d'une vie bien vécue.

### Positivez

Nos pensées nous définissent, et les personnes qui ont des pensées positives (ou équilibrées) ont une vie heureuse.



Qu'allez-vous faire pour cultiver votre bien-être?

# Document à distribuer n° 16

## Diagramme de la responsabilité

Adaptation de <https://get.gg/>

Il arrive qu'on assume par avance la responsabilité d'un événement désastreux qui pourrait se produire et on assume souvent une part de responsabilité plus grande que celle qui nous revient.

Ce diagramme de la responsabilité sert à remettre en question ce genre de pensées défaitistes.

Notez la part de responsabilité qui vous reviendrait si la situation redoutée se produisait, en utilisant une échelle en pourcentages où 0 % correspond à une absence totale de responsabilité et 100 % à une responsabilité totale.

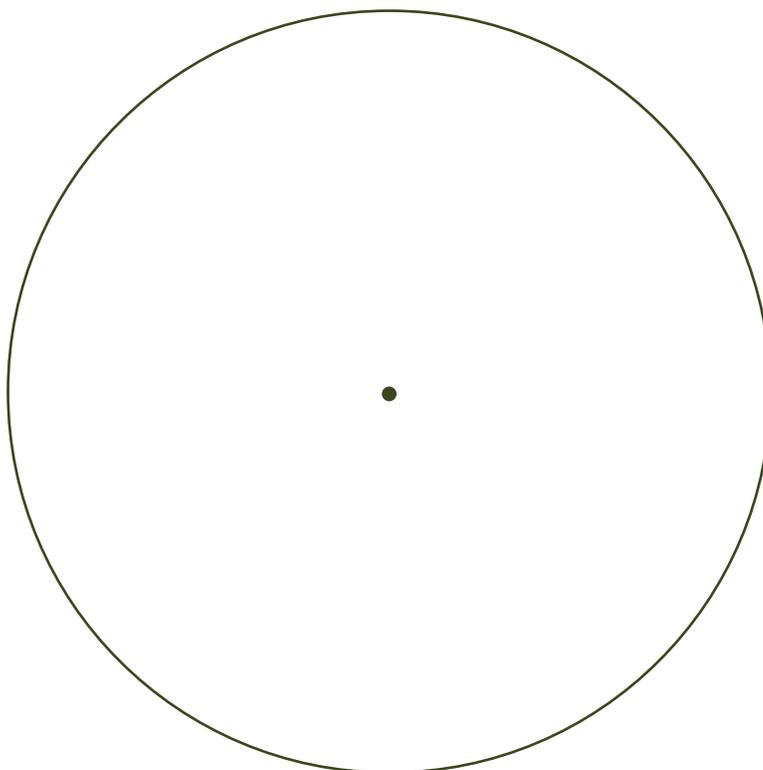
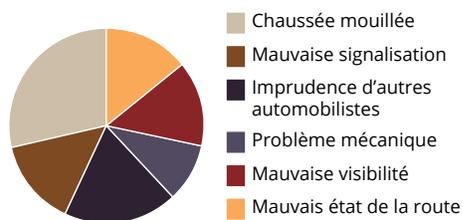


A présent, réfléchissez, notez tous les autres facteurs qui ont pu contribuer à cette situation malheureuse et faites la part des choses.

Servez-vous du cercle ci-dessous pour représenter chaque facteur ayant contribué à la situation redoutée, en fonction de son degré d'importance.

La part restante (s'il y en a une) indiquera votre VÉRITABLE part de responsabilité. On peut employer le diagramme de la responsabilité chaque fois qu'on se sent entièrement responsable d'un événement malheureux QUI S'EST RÉELLEMENT PRODUIT.

**Exemple :** J'ai défoncé la carrosserie de mon auto



# Petits conseils pour la mise en application de la TCCa

Avant d'œuvrer auprès d'une personne d'une autre culture, on doit s'informer sur cette culture (p. 17).

Pour ce faire, on peut :

- ▶ S'adresser à quelqu'un qui s'identifie comme étant de culture sud-asiatique
- ▶ Faire des recherches pour trouver des informations propres à la culture de la personne.

*\* Sachez que les populations sud-asiatiques sont très diverses et que chaque client-e sera différent-e. En vous montrant disposé-e à vous informer sur la culture de la cliente ou du client, vous éviterez de faire des suppositions générales qui ne s'appliquent pas à cette personne.*

En outre, il n'appartient pas aux thérapeutes de déterminer si une un-e client-e est sud-asiatique ou pas. C'est à la personne elle-même d'indiquer si elle s'identifie comme sud-asiatique. Si tel est le cas, le recours à la TCCa sera justifié.

## Tenir un journal de'auto-examen (p. 18)

Les thérapeutes devraient tenir un journal où ils noteront :

- ▶ leurs biais culturels
- ▶ leurs préjugés
- ▶ leurs privilèges
- ▶ la dynamique de pouvoir avec les clients

## Établir une alliance thérapeutique (p. 34)

Moyens d'établir une bonne relation avec les clients en début de thérapie :

- ▶ Touche personnelle : « Tiens, vous venez de Brampton? J'ai un oncle qui habite là-bas. ».
- ▶ Expérience personnelle : « J'ai vu beaucoup de gens qui avaient ce problème et qui ont retrouvé une qualité de vie satisfaisante. »
- ▶ Focalisation sur les symptômes qui préoccupent les clients.

## Explorer la spiritualité de la cliente ou du client et l'effet qu'elle pourrait avoir sur son problème. (p. 19)

Voici des exemples de questions que vous pourriez poser :

1. Êtes-vous une personne spirituelle ou religieuse?
2. Pouvez-vous me parler de vos croyances?
3. Quel est l'effet de votre religion ou de vos valeurs spirituelles sur vos problèmes?
4. Comment la religion/spiritualité intervient-elle dans votre vie?

## Recommander des stratégies d'adaptation compatibles avec les croyances spirituelles de la cliente ou du client et ses pratiques culturelles. (p. 20)

- ▶ Incitez la cliente ou le client à utiliser les outils spirituels et religieux qui l'ont aidé-e par le passé : prières, lecture de textes religieux, etc., mais gardez-vous de le faire si la personne ne vous a pas parlé de l'importance de la religion ou de la spiritualité dans sa vie ou pour sa santé mentale.

## **Laisser aux clients le soin de traduire (p. 26)**

Il peut arriver que vous ne trouviez pas de traduction appropriée pour un terme lié à la santé mentale. Dans ce cas, vous pourriez demander à la cliente ou au client, après lui avoir bien expliqué le terme, de lui trouver une traduction. Si la personne n'en trouve pas, essayez de poser la question à un membre de sa famille ou de sa communauté.

## **Techniques à recommander aux clients qui souhaitent faire part de leurs préoccupations à quelqu'un**

1. Technique des excuses (p. 27) : On peut conseiller aux clients d'employer cette technique pour remplacer les façons plus assertives et directes de s'exprimer.

Les clients pourraient commencer leurs phrases en déclarant :

- a. « Je te/vous demande pardon, mais je ne suis pas du même avis... »
  - b. « Si tu veux/vous voulez bien me permettre de donner un avis différent... »
  - c. « J'espère que tu ne prendras/vous ne prendrez pas ça comme un manque de respect si je dis que je ne suis pas du même avis... »
2. Mode détourné de communication (communication triangulaire) avec les aînés : Parler à un membre de la famille en s'adressant à un autre (p. ex. en s'adressant à leur père par l'intermédiaire de leur mère).

## **Chapelets (p. 47)**

- ▶ Les Sud-Asiatiques emploient couramment des chapelets et compteurs de prières pour la répétition de mantras ou de versets religieux, et ils peuvent donc aisément s'en servir pour tenir le compte de leurs pensées dysfonctionnelles.

## **Questions que les thérapeutes devraient se poser sur la façon dont les clients perçoivent leur malaise (p. 31)**

- ▶ Qu'est-ce que la personne pense que je peux faire pour elle?
- ▶ Quelles sont ses faiblesses?
- ▶ Quels sont ses points forts?
- ▶ Pense-t-elle qu'un-e psychiatre ou un-e psychologue peut la guérir de son humeur dépressive?
- ▶ Selon la cliente ou le client, qu'est-ce qui serait préjudiciable ou bénéfique OU problématique ou non dans la situation à l'examen?

## **Questions à poser pour évaluer l'acculturation (p. 40)**

1. Quelle langue parlez-vous avec votre famille et vos amis?
2. En quelle langue pensez-vous ou rêvez-vous?
3. Êtes-vous encore capable de lire et d'écrire dans votre langue maternelle?
4. Quels sont vos trois films préférés?
5. Regardez-vous des films, écoutez-vous de la musique ou suivez-vous les nouvelles de votre pays d'origine?
6. Vos amis sont-ils sud-asiatiques, blancs ou...?
7. Qu'est-ce qu'on fait comme cuisine chez vous?
8. (Si la cliente ou le client a indiqué que la religion était importante dans sa vie) Est-ce que vous allez dans des lieux de prière?

## Comment susciter la motivation des clients à l'égard de la thérapie (p. 42)

1. Appuyez-vous sur des exemples tirés de la thérapie pour étayer vos propos : Les clients veulent savoir de quelle manière leur thérapeute a réussi à aider d'autres clients. Il est donc recommandé de citer des cas similaires et d'expliquer comment les clients ont bénéficié de la thérapie.
2. Il pourrait également être utile de présenter les derniers résultats de la recherche.
3. Relevez les points communs entre la cliente ou le client et vous-même pour établir un lien entre vous (p. ex. « Ah! Moi aussi, j'ai trois enfants »).
4. Les clients considèrent qu'il est normal d'offrir de la nourriture ou des cadeaux à leur thérapeute, et un refus risque d'être considéré comme discourtois et de nuire à l'alliance thérapeutique.
5. Présentez des stratégies d'adaptation compatibles avec les valeurs culturelles ou religieuses/spirituelles des clients et encouragez les pratiques favorisant la relaxation, telles que le yoga, la méditation, la prière et le massage de la tête, du cou et des épaules (champissage).

## Comment faire passer l'information (p. 45)

- ▶ Vous pouvez recourir à des récits, des métaphores et des images (p. ex. la fable des aveugles et de l'éléphant)

## Formule en deux temps : focalisation et mise en relation (p. 46)

- ▶ 1<sup>er</sup> temps : Focalisez-vous sur les préoccupations de la cliente ou du client.
- ▶ 2<sup>e</sup> temps : Rapportez ces préoccupations à votre jugement clinique (p. ex. anxiété, dépression, pensées suicidaires) et présentez le plan de traitement à la personne.

## Comment adapter le modèle cognitif (p. 65)

- ▶ Pour présenter le modèle cognitif, il est bon d'apporter quelques changements à la terminologie.
  - Il est également préférable d'expliquer les notions plutôt que de les nommer (p. ex. au lieu de « distorsion cognitive », on dira « pensée en noir et blanc, sans nuances » et au lieu de « pensées », on pourrait parler d'images mentales. On peut aussi expliquer une notion aux clients et leur demander comment ils la nommeraient.
  - Il est bon d'inciter les clients à documenter leurs symptômes physiques dans le journal des pensées pour qu'ils puissent voir le lien entre leurs pensées et ces symptômes.

*Remarque : La TCC est suffisamment souple pour qu'on puisse y intégrer des techniques provenant d'ailleurs. La TCC ne se définit pas par ses techniques. Il s'agit avant tout d'une psychothérapie basée sur le modèle cognitif. L'important est d'aider les clients à changer leur **façon de penser** et leur **comportement** afin qu'ils puissent connaître une amélioration durable de leur **humeur** et de leur **capacité fonctionnelle**. Pour y parvenir, on peut recourir à des techniques glanées çà et là, en fonction des besoins.*

# Fiche conseils pour les thérapeutes au sujet de l'implication des membres de la famille dans la TCCa

## Ce qu'il faut faire...

### **Avant de demander la participation de membres de la famille :**

- Cherchez à savoir qui prend les décisions dans la famille.
- Ayez conscience que les membres de la famille pourraient avoir divers degrés d'acculturation.
- Sachez que les problèmes familiaux sont liés à des mécanismes de pouvoir historiques, intergénérationnels, culturels et sociaux. Découvrez les valeurs qui sont les plus profitables à la famille. Y a-t-il des valeurs qui ont été moins bénéfiques et que les membres de la famille seraient prêts à remettre en question?
- Lorsque vous avez une cliente qui se fait accompagner à ses rendez-vous, proposez-lui de faire participer le membre de la famille qui l'accompagne, avec l'accord de la cliente.
- Assurez-vous que la sécurité de la cliente ou du client n'est pas menacée avant de susciter la participation des membres de sa famille.
- Demandez à la personne ce dont elle ne veut pas que vous parliez à sa famille.
- En cas de participation d'un membre de la famille à la thérapie, rappelez à la cliente ou au client les principes de la confidentialité auxquelles vous êtes astreint-e.
  - Dans le cas de situations à haut risque de conflit ou de danger, telles les situations liées à l'identité LGBTQ+, convenez au préalable avec les clients de ce qui les aiderait à se sentir en sécurité, de ce qui peut ou pas être abordé dans le cercle familial et de tout autre facteur culturel/générationnel pertinent qui pourrait avoir une incidence sur les sujets abordés en présence de membres de la famille.

### **Lorsque des membres de la famille apportent leur collaboration à la thérapie :**

- Examinez comment la cliente ou le client conçoit sa place/son rôle dans la famille.
- Essayez de découvrir comment les membres de la famille perçoivent ce qui arrive à la cliente ou au client.
- Déterminez si l'apport de chefs religieux/guérisseurs pourrait être utile.
- Offrez aux membres de la famille une psychoéducation sur les causes de la maladie mentale et le ou les buts visés par la thérapie.

- ▶ Indiquez aux membres de la famille de quelle façon ils pourraient s'adresser à leur proche pour lui apporter un meilleur soutien entre les séances de psychothérapie :
  - « Je sais que ce n'est pas facile pour toi. Je suis là pour t'aider. »
  - « Voyons ce que ta/ton thérapeute nous a enseigné. »
  - « Et si on notait ça pour que tu en discutes avec ta/ton thérapeute la prochaine fois? »
  - « Qu'est-ce que ta/ton thérapeute te recommanderait de faire? »
  - « Comment ça va aujourd'hui? Est-ce que tu te sens un peu moins anxieuse/anxieux? »
- ▶ Faites participer la famille aux exercices assignés à la cliente ou au client.
- ▶ Après une séance avec un ou plusieurs membres de la famille, faites le bilan avec la cliente ou le client.

## ... et ce qu'il ne faut pas faire

- ▶ Entrer en conflit direct avec certains membres de la famille.
- ▶ faire des suppositions sur la façon dont certains membres de la famille perçoivent la cliente ou le client et la santé mentale en se fondant sur leur âge, leur sexe, leur degré d'acculturation, etc.
- ▶ Impliquer des membres de la famille sans parler avec la cliente ou le client de sa sécurité.
- ▶ Donner aux membres de la famille impliqués des renseignements sur le contenu des séances de thérapie sans avoir discuté au préalable, avec la cliente ou le client, de ce qui doit rester confidentiel.
- ▶ Employer des termes techniques alors qu'ils ne sont pas culturellement appropriés ou avant d'avoir dispensé une psychoéducation pertinente à la cliente ou au client.

Notes

## Notes

Pour communiquer avec nous



Courriel : [cbt-sa@camh.ca](mailto:cbt-sa@camh.ca)

