



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Research Paper

# Trauma et culture : influence des facteurs culturels dans la rencontre traumatique et perspectives psychothérapeutiques



## *Trauma and culture: Influence of cultural factors and psychotherapeutic perspectives*

William A. Houllé\*, Jérémie Silès, Pascale Tarquinio, Cyril Tarquinio

Équipe de psychologie de la santé de Metz (EPSaM), unité de recherche EA 4360 APEMAC (approches psychologiques et épidémiologiques des maladies chroniques), UFR sciences humaines et sociales, université de Lorraine, centre Pierre-Janet, Ile du Saulcy, 57000 Metz, France

### INFO ARTICLE

#### Historique de l'article :

Reçu le 23 février 2017  
 Reçu sous la forme révisée le 9 mars 2017  
 Accepté le 13 mars 2017

#### Mots clés :

Trauma  
 Trouble de stress post-traumatique  
 Culture  
 Facteurs culturels  
 Psychothérapie

#### Keywords:

Trauma  
 Post-traumatic stress disorder  
 Culture  
 Cultural factor  
 Psychotherapy

### RÉSUMÉ

Il existe une variabilité interindividuelle très forte dans les conséquences psychologiques et psychiatriques faisant suite à une rencontre avec l'indicible, l'innommable. Dans le présent article, nous proposons d'explorer la dimension culturelle, son influence dans le processus de traumatisation et l'émergence potentielle du trouble de stress post-traumatique, et l'importance de sa prise en considération lors de la prise en charge psychothérapeutique des victimes. L'écologie individuelle s'articule à l'écologie collective de la communauté, à ses rites et traditions, à son mode de vie, son système de représentations, de valeurs, et à sa spiritualité. Un événement s'avère alors être traumatique pour un individu en fonction du sens donné à cette expérience de vie, appréciée au travers du prisme de codes culturels qu'il a intégrés et qui font partie de sa vie subjective. Aussi, nous reviendrons sur les modèles occidentaux psychiatriques hégémoniques étiologiques, d'évaluation et diagnostique des troubles de stress post-traumatique et leur rapport à la culture, et nous terminerons par une réflexion sur les compétences psychothérapeutiques que les professionnels se doivent de développer pour satisfaire une prise en charge intégrant la dimension culturelle des victimes.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### ABSTRACT

It exists a very strong interpersonal variability of psychological and psychiatric consequences after a trauma. In the present article, we suggest exploring the cultural dimension, its influence in the traumatic process and the potential emergence of Post-Traumatic Stress Disorder, and the importance of its taking into consideration during the victims' psychotherapeutic care. Individual ecology is linked with collective ecology of the community, in its rites and traditions, its lifestyle, its system of representations and values, and its spirituality. An event then turns out to be traumatic for an individual according to the meaning given to this life experience, estimated through the prism of cultural codes it has integrated and which are part of its subjective life. However, it would seem that the hegemonic western models of evaluation and diagnose post-traumatic disorders do not integrate enough the cultural characteristics, as well as recent psychotherapies forms.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

L'histoire est jalonnée de crises géopolitiques, de conflits armés, d'actes de violence à l'égard de groupes ethniques, autant d'événements potentiellement traumatiques pour les civils qui

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [william-houllé@live.fr](mailto:william-houllé@live.fr) (W.A. Houllé).

en sont les premières victimes. À cela s'est ajoutée depuis quelques années maintenant une vague de terrorisme mondialisé, qui a notamment frappé il y a quelques mois la France, un terrorisme politique, religieux, qui a adopté les codes d'une société hyper-médiatisée, en quête constante de sensationnalisme. La France a été touchée en son cœur, avec une violence indescriptible, innommable, indicible. C'est toute une population qui s'est senti meurtrie, associée au sort de victimes aux visages différents, qui ont été en l'espace de quelques secondes confrontées au réel de la mort, une rencontre sidérante, profondément destructrice. Tout conflit armé entraîne des déplacements importants de populations civiles profondément marquées par les exactions commises, par la violence des combats. L'exil ne fait que renforcer cette expérience traumatique (Baubet & Moro, 2000), mortifère, individuelle et collective. Les crises géopolitiques récentes, de plus en plus globales, projettent les psychiatres, les psychologues et plus généralement l'ensemble des professionnels de la santé à des interrogations parfois nouvelles lorsqu'il s'agit de prendre en charge des civils de cultures différentes, victimes pour certains des affres de la guerre, d'emprisonnements arbitraires, de viols ou voire d'actes de torture, des réfugiés présentant alors des taux élevés de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de dépression (Nickerson et al., 2015). Le TSPT, entité nosographique dite athéorique établie par le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (American Psychiatric Association, 2013) qui a remplacé l'état de stress post-traumatique des versions précédentes du DSM, a surgi aux États-Unis suite au conflit du Vietnam, s'est démocratisée suite à la Guerre du Golfe, et s'est imposée rapidement comme un véritable problème de santé publique. Cette réaction psychologique a amené les chercheurs et les thérapeutes depuis une trentaine d'années à reconsidérer les théories sous-jacentes du psychotraumatisme. De nombreux auteurs ont noté l'existence d'inégalités sociales et culturelles chez les individus dans la rencontre traumatique (Penk & Allen, 1991 ; Schreiber, 1995 ; Young, 1995). Prendre en compte ces dimensions dans le processus de traumatisation, tout comme certaines caractéristiques psychosociales, pourrait nous renseigner sur la nature des différences interindividuelles et ainsi expliquer, en partie, le caractère non systématique de l'aspect traumatique que peut revêtir une expérience vécue par le sujet, et *in fine* prévenir l'émergence d'un TSPT. Un constat intangible s'impose d'emblée : tous les individus ne réagissent pas de façon identique aux événements traumatiques.

L'objectif de cet article sera d'appréhender l'importance des dimensions culturelle et psychosociale dans le processus de traumatisation et d'émergence du TSPT, de s'interroger sur la consistance de l'idée d'une universalité du concept de TSPT, et d'engager une réflexion sur la prise en considération actuelle de la culture dans le dispositif psychothérapeutique.

## 2. Rôle et expression de la culture

Il est de rigueur si l'on veut appréhender les articulations existantes entre culture et traumatisme psychique, de définir au préalable la notion de culture. C'est l'anthropologue Edward B. Tylor qui, en 1871, usa le premier de ce terme pour définir « un ensemble complexe qui inclut connaissance, croyance, art, loi, mœurs, coutume, et autres capacités et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société » (cité par Eshun & Gurung, 2009, p. 196). Dans une vision plus compréhensive de ce concept universel, l'UNESCO (2002) intégrera de nouvelles dimensions à l'idée de culture développée par Tylor :

La culture doit être considérée comme un ensemble de traits distinctifs spirituels, matériels, intellectuels, émotionnels qui caractérisent une société ou un groupe social et qui englobe, en

plus des arts et des lettres, les modes de vie, les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances (p. 4)

Si l'on se réfère à la définition de l'UNESCO (2002), toute culture donne et définit des traits qui permettent de lire le monde et de donner un sens aux événements. Se représenter le monde, c'est le découper à partir de catégories données a priori et socialement partagées par la communauté, des catégories qui donnent ainsi l'image d'un monde stable et organisé, socle à partir duquel les individus se définissent. Le système des représentations apportera de la cohérence entre les différents éléments de la vie psychique du sujet et permettra de consolider le socle commun propre aux individus d'une même culture, par l'appropriation de ces derniers de « systèmes de pensée d'origine culturelle » (Moro & Baudet, 2003). Les représentations culturelles alors intégrées progressivement par le sujet viennent enrichir la vie psychique de ce dernier, et, dans une perspective phénoménologique, la perception et le rapport qu'il entretient au monde qui l'entoure (Merleau-Ponty, 1945). Introduire la culture comme facteur dans le rapport que le sujet entretient avec lui-même et son environnement nous amène in fine à reconsidérer la valeur de la subjectivité dans notre compréhension de l'émergence de troubles psychologiques. Cette « subjectivité par l'intériorité (...) qui n'est accessible qu'à soi-même » (Barbaras, 2004, p. 50), qui s'oppose à ce qui est objectivable, nous renvoie à l'idée de Merleau-Ponty (1945) pour qui « à la racine de toutes nos expériences et de toutes nos réflexions, nous trouvons donc un être qui se reconnaît lui-même immédiatement, parce qu'il est son propre savoir de soi et de toutes choses » (p. 426). Un être qui aura progressivement incorporé les représentations culturelles de son environnement, elles-mêmes prises dans le maillage des signifiants issus de son histoire de vie : une structuration du psychisme somme toute classique, par un processus de subjectivation (Bertrand, 2005). Comme le souligne cet auteur, si la notion de subjectivation n'est pas récente, son usage dans une orientation psychanalytique plus contemporaine s'inscrit à ce jour dans une nouvelle considération psychothérapeutique de la prise en charge des traumas psychiques en tant qu'« appropriation subjective » de souvenirs « qui passe par une construction ou une reconstruction » des éléments bruts présents à la conscience de l'individu ou des souvenirs disparus. Aussi, ce processus de subjectivation repose avant tout sur les représentations intégrées par le sujet et sa pensée. Par conséquent, la dimension culturelle, de plus en plus ignorée, voire actuellement idéologiquement rejetée dans le champ de la santé, demande à être préservée et sa place confortée. Une autre conception de la culture reprise par Tison (2007) nous amène à asseoir définitivement le rôle central de la culture dans la structuration individuelle et collective : la théorie d'Hofstede. Selon ce professeur d'anthropologie des organisations, la culture serait une « programmation mentale collective » (p. 281), reposant sur des valeurs collectives et un mode de pensée partagés par les individus du même groupe. La culture serait définie selon quatre variables considérées comme universelles selon Hofstede : la distance hiérarchique, le contrôle de l'incertitude (manière de faire face au risque), l'individualisme, et les caractères (masculin et féminin).

Toutefois, les modèles médicaux et psychopathologiques dominants supposent que le traumatisme est une expérience humaine universelle, en raison de la présence d'événements stressants traumatiques impliquant la mobilisation des centres émotionnels du cerveau ; des modèles qui laissent sous-entendre l'existence d'une universalité psychique. Cette idée a été proposée par Malinowski (1921) cité par Pulman (2002), au travers d'une théorie selon laquelle la culture a pour but essentiel de répondre aux besoins psychologiques de l'homme, et se construit par

conséquent selon les besoins du psychisme. L'universalité du fonctionnement psychique serait donc la résultante de cette universalité de besoins, et la culture l'élément fondateur de la structuration psychique, par ailleurs fondée sur une structure psychique singulière en partie définie par l'expérience de vie du sujet et sa structure de personnalité. Cette conception du rôle de la culture dans la conception du psychisme est un élément qui peut-être permet de comprendre les variations interindividuelles et ethnoculturelles dans les troubles psychiatriques (Marsella, 2000 ; Marsella & Yamada, 2000, 2007).

### 3. Culture, trouble de stress post-traumatique et autres troubles psychiatriques

L'existence de variations culturelles dans le TSPT a du mal à être acceptée, parce qu'un tel phénomène clinique renvoie à une possible plasticité psychique rarement prise en compte dans la genèse des troubles et des maladies mentales, en contradiction avec les modèles cliniques rigides proposés par le DSM ou la Classification internationale des maladies (CIM). Ainsi, le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), à la base de nombreux programmes d'intervention auprès de victimes, ne tient pas assez compte des dimensions culturelles (Alarcón, 2009 ; Alarcón et al., 2009 ; Lewis-Fernández et al., 2010). Il est à noter que ce manuel accorde une place de plus en plus importante à la culture, notamment par la définition d'entités nosographiques appelées « syndromes liés à la culture » (« Culture-Bound Syndromes »). Ces troubles psychiatriques peuvent être définis comme la survenue de comportements « aberrants » récurrents venant perturber l'existence de l'individu, et dont les symptômes sont développés par les habitants d'une aire géographique et culturelle singulière (Ventriglio, Ayonrinde, & Bhugra, 2015). Or, si l'on considère que la conception du psychotraumatisme, devenue incontournable dans la littérature et la clinique actuelle, reste principalement déterminée par les travaux anglo-saxons, on ne peut que s'étonner des raccourcis qui sont pris parfois pour envisager les mêmes cadres conceptuels de la psychopathologie dans des cultures parfois aux antipodes les unes des autres, et douter de la validité écologique de telles approches occidentales lorsqu'elles sont appliquées sans précaution à des contextes sociaux non occidentaux. Aussi, c'est ce qui amène Hinton & Lewis-Fernández (2011) à se demander si le TSPT ne serait finalement qu'un syndrome lié à la culture occidentale (« Western culture-bound syndrome »), une idée que les auteurs, défenseurs du DSM, n'auront de cesse de réfuter au travers de leurs nombreuses recherches. Les perspectives proposées sont intrapsychiques, basées sur l'idée que la trauma est une maladie de la mémoire, centrées sur une symptomatologie émotionnelle et ne prenant en compte que l'individu. De telles postures sont loin d'être des évidences et des réalités communes à toutes les cultures, et mettent en exergue de façon plus globale les lacunes des diagnostics psychiatriques basés sur des modèles médicaux occidentaux, faisant alors fi des variables culturelles comme les spécificités de la langue, les dimensions religieuses et spirituelles, les traditions et croyances, l'histoire du mouvement migratoire d'où est issu l'individu, le niveau d'acculturation de ce dernier, les données inhérentes à la structure familiale, ou bien encore faisant l'économie d'une réflexion sur la dimension culturelle de l'expression manifeste du symptôme (Alarcón, 2009). Qu'il s'agisse de la définition des critères du diagnostic ou de la conceptualisation de la pathologie nouvellement instituée, « un nouveau syndrome ne survient jamais par hasard, mais s'épanouit au sein d'un contexte culturel et social » (Auxéméry, 2013a, p. 179), exacerbé selon l'auteur par une « subjectivité sociétale » que les professionnels de la santé ainsi que la puissance publique n'aura de cesse de substituer à la « subjectivité

individuelle » pour des raisons idéologiques, économiques, et thérapeutiques (Auxéméry, 2013b). Dans une perspective linguistique, psychanalytique et plus globalement anthropologique, le fait d'évacuer la question du langage et de la langue des modèles qui sous-tendent la phase de diagnostic et de prise en charge des symptômes nous renvoie à la divergence entre « etic » et « emic » (De Sardan, 1998), où la démarche « emic », selon Pike cité par De Sardan, s'intéresse « au recueil des significations culturelles autochtones, liées au point de vue des acteurs » (p. 153) en opposition avec l'approche « etic » qui se veut alors transculturelle.

Le TSPT s'est progressivement substitué à la névrose traumatique (Barrois, 1998) pour se départir de l'approche théorique psychanalytique et tendre vers un athéorisme, qui reste contestable, pour satisfaire un besoin d'objectivité des troubles observés dans une vision principalement descriptive de ces derniers, sans ambiguïté pour le professionnel de santé. Chidiac & Crocq (2011) reconnaissent ainsi au TSPT défini pour le DSM le mérite de proposer des critères rigoureux de diagnostic. Nous pourrions également ajouter que ces critères, à la validité certes incertaine, s'avèrent facilement évaluables lorsqu'ils sont usités à des fins de recherche. Toutefois, les auteurs soulignent certaines lacunes de ce modèle, à savoir la non prise en considération de syndromes dits infracritères (dans le contexte présent, des troubles qui ne réunissent pas tous les critères du tableau du TPST) et des syndromes atypiques ; ces derniers renvoient à l'expression de symptômes psychosomatiques et psychiques non pris en compte par le TSPT comme l'asthénie, la dépression, les plaintes somatiques ou encore, entre autres, les troubles de la conduites, alors même que Chidiac & Crocq (2011) nous rappellent que dans certaines cultures « où l'autocensure réprime l'expression de la souffrance psychique » (p. 328), la plainte somatique reste la voie la plus directe à l'expression d'un mal-être. L'idée selon laquelle le TSPT ne serait pas en mesure de rendre compte fidèlement de l'expérience vécue de la détresse inhérente à la rencontre traumatique dans toutes les cultures, est aussi soutenue par Baubet & Moro (2000), qui mettent en exergue l'existence d'autres troubles post-traumatiques dans d'autres cultures comme le « Susto » en Amérique du Sud ou encore le « Khal'a » au Maghreb. Cette perspective théorique s'inscrit dans le champ de la psychiatrie culturelle ou transculturelle (Bhugra & Bhui, 2011 ; Moro, 2004), qui considère la culture comme une part intégrale de l'individu dès les premiers âges de la vie, et qui s'attèle à souligner l'impact de la culture sur les comportements individuels, l'expérience subjective des individus dans le contexte de la maladie et l'influence de la culture dans l'étiologie des pathologies mentales (Eshun & Gurung, 2009). La culture engloberait l'ensemble des croyances et représentations véhiculées au sein de groupes ethniques, autant de variables pouvant potentiellement moduler la perception de l'individu des expériences vécues tout comme le sens donné aux symptômes qui en découlent. Aussi, Friedman & Jaranson (1994) affirment que certains symptômes du TSPT pourraient n'engendrer aucune détresse particulière pour l'individu concerné. Les chercheurs ont ainsi observé auprès de certains peuples en Afrique que les cauchemars ne seraient pas systématiquement vécus par ces derniers comme une expérience éprouvante. En effet, dans le cas où l'individu aurait assisté au meurtre d'un être proche, le cauchemar serait perçu positivement comme un moyen d'entrer en relation avec le défunt. Une autre remarque inhérente à l'universalité du TSPT concerne l'expression de la souffrance psychique des victimes de trauma ; Terheggen, Stroebel, & Kleber (2001) ont noté que les individus de culture non occidentale présentent une proportion plus élevée de troubles somatiques que les victimes occidentales de trauma, alors que ces symptômes n'entrent pas dans le tableau clinique de ce trouble ; il existerait alors une différence interculturelle relative à la manière d'exprimer sa détresse.

La perspective athéorique revendiquée par les auteurs du DSM s'ancre dans une conception biologique de la psychiatrie, ce qui constitue une des limites du modèle d'un TSPT qui se veut transculturel et dont le tableau clinique tend à négliger la souffrance individuelle du sujet privilégiant la perspective d'un « dysfonctionnement psychosocial, le psychologique étant souvent oublié aux dépens d'un social presque comportementaliste » (Baubet & Moro, 2000, p. 407). Si la psychiatrie biologique fait actuellement l'objet de critiques de plus en plus virulentes car n'ayant pour l'instant pas tenue ses promesses dans le traitement de certaines pathologies psychiatriques (Gonon, 2011), elle se retrouve dans toute la psychiatrie contemporaine (Ehrenberg & Lovell, 2001 ; Missa, 2006), et a notamment fortement contribué aux évolutions successives du TSPT au cours des vingt dernières années. En effet, jusqu'au début des années 1990, la majorité des études centrées sur le TSPT concernaient des vétérans de guerre américains (Van der Kolk et al., 1996), une population qui présentait d'authentiques souvenirs d'origine traumatique (Deering, Glover, Ready, Eddleman, & Alarcon, 1996). Les chercheurs disposaient alors de tous les éléments nécessaires auprès de cette population pour la mise en évidence des caractéristiques biologiques du TSPT et de son évolution, afin de faire valider cette nouvelle entité clinique en écartant notamment la question des souvenirs traumatiques produits potentiellement par cryptomnésie. La notion de cryptomnésie s'enracine dans la théorie psychanalytique. Abordée par Freud lorsque ce dernier s'interrogeait sur la paternité d'une idée qu'il avait développée et dont il venait de retrouver la trace dans des écrits d'un théoricien grec (« la joie dont je ne pus me défendre fut d'autant plus grande lorsque je retrouvais récemment notre théorie dans un des grands penseurs grecs des premiers âges. Je sacrifie volontiers à cette confirmation le prestige de l'originalité, d'autant plus que, vu l'ampleur de mes lectures de jeunesse, je ne puis jamais savoir avec certitude si ma prétendue invention n'a pas été une reproduction, de la cryptomnésie », p. 103 dans l'ouvrage de Di Mascio, 1994), la cryptomnésie a été au cœur de nombreux écrits de Jung. S'appuyant sur les travaux du fondateur de la psychologie analytique, Noschis (2004) définit ce concept comme une « force créatrice spontanée qui permet à des souvenirs enfouis de réapparaître à l'improviste dans le conscient de l'individu » (p. 72). Or, ces souvenirs devenus conscients ont pu voir leur contenu modifié par des processus psychiques inconscients (transformation – déplacement, condensation...), qui ont également pu leur conférer une coloration traumatique par assimilation à d'autres expériences intenses passées. Si les marqueurs biologiques à l'origine de certaines pathologies n'ont pas été étudiés dans toutes les cultures et groupes ethniques, Chen (2007) souligne également que l'interaction entre la biologie et la culture inclut la vulnérabilité génétique et la résilience de l'individu face à des facteurs environnementaux. L'auteur précise que les individus de groupes ethniques différents présentent des profils génétiques distincts, ce qui devrait soutenir l'idée de disparités interindividuelles et interethniques dans le développement des troubles psychiatriques. Les biomarqueurs sont des indicateurs mesurables objectivement d'un état biologique et donc d'une pathologie (Hinton & Lewis-Fernández, 2011). Dans le cas du TSPT, on peut examiner l'activité des plaquettes de la monoamine oxydase B (MAO-B) ainsi que les réponses physiologiques exagérées ; toutefois, le listage des biomarqueurs du TSPT n'en est qu'à ses balbutiements et souffre encore, par conséquent, d'une faible validité.

Une autre approche, décrite par Tarquinio & Montel (2014), associe les troubles post-traumatiques à une diathèse. À la fin des années 1970, un groupe de psychiatres influents, vétérans de la guerre du Vietnam et élus de l'administration américaine voyaient dans cette approche un moyen pour les structures administratives

en charge des anciens combattants et de l'État de se dérober à leurs obligations envers les vétérans traumatisés. Au milieu des années 1990, le contexte social et politique change : sous la pression de médias et d'associations de famille d'anciens combattants, les vétérans acquièrent la reconnaissance de leur souffrance et le droit de percevoir des indemnités et un traitement psychiatrique spécifique au TSPT. La diathèse désigne la prédisposition de certains sujets à développer les symptômes s'ils sont exposés à un élément déclencheur spécifique. Aussi, pour certains auteurs, le TSPT ne pourrait être considéré comme la continuation d'une réponse de stress normal, mais une preuve indéfectible du processus de diathèse (Yehuda et McFarlane, 1995) : le centre de la problématique inhérente à ce trouble est déplacé de l'événement traumatique au patient traumatisé. Ce syndrome psychiatrique serait ainsi la résultante d'une réponse anormale du psychisme de certains individus à des expériences bouleversantes, la plupart des troubles se résorbant parfois de façon naturelle à moyen, voire à long terme. Une telle perspective amène à abandonner l'idée de victimisation pour une nouvelle conception de la responsabilité individuelle, car déterminée génétiquement : la susceptibilité d'apparition du trouble est, par conséquent, le propre des caractéristiques intrinsèques de l'individu.

Ainsi donc, l'approche des maladies psychiatriques – et ceci est particulièrement vrai pour le TSPT – reste contingente par les contextes sociaux et idéologiques dans lesquels elles se manifestent. On est donc loin d'une conception atemporelle et universelle du TSPT. Dans tous les cas de figure, ces théories biologiques et génétiques ne disent rien de l'épidémiologie du TSPT (Berberich, 1998 ; Perkonig, Kessler, & Storz, 2000). Il est alors fondamental d'expliquer pourquoi seule une minorité des individus exposés à des événements potentiellement traumatiques développent ce syndrome.

#### 4. La culture comme facteur de protection ou de vulnérabilité dans la rencontre traumatique

Comme nous l'avons laissé entendre au travers de la première partie de cet article, il existe un débat virulent au sein de la communauté scientifique à propos de la place de la dimension culturelle au sein du DSM-5. Aussi, de nombreux chercheurs se sont attelés à appréhender la dimension transculturelle de certains tableaux cliniques du DSM, notamment du TSPT (Hinton & Lewis-Fernández, 2011) et des troubles anxieux (Lewis-Fernández et al., 2010), afin d'améliorer la validité transculturelle des modèles cliniques présentés dans la dernière version de ce manuel psychiatrique. Peu d'études épidémiologiques sur le stress post-traumatique ont pris en compte les dimensions psychosociales et culturelles relatives aux victimes, si ce n'est pour tenter de déterminer les facteurs susceptibles de favoriser leur rémission (Young, 1995) ou les facteurs de risque susceptibles d'apporter des explications à la situation clinique de certains individus et le processus de victimisation (Alexander & Welles, 1991 ; McFarlane, 1986). Il s'agit d'examiner le concept de traumatisme non pas en fonction de la sévérité de l'événement, mais en tenant compte des capacités de résilience du sujet (De Tyche, 2001 ; Lee, Ahn, Jeong, Chae, & Choi, 2014), de la disponibilité des défenses susceptibles d'être mobilisées ou non lors de la confrontation à une situation traumatogène, et enfin du sens qu'il revêt pour la victime, car c'est bien de la question du sens dont il s'agit ici, dans une perspective phénoménologique du trauma développée par Crocq (2007). L'expérience devient traumatique par l'absence de sens pour le sujet, projeté face à l'indicible, l'innommable (Briole & Lebigot, 1994) dans un contexte socioculturel donné et à un moment singulier de son histoire de vie. Car le sujet est marqué par une histoire, une généalogie, hanté par un corps social imaginaire

et symbolique, parfois marqué du sceau du réel lacanien, qui lui confère une identité au travers de laquelle se rejoue en permanence la dualité du singulier et du collectif. Parler de psyché socialisée ne signifie évidemment pas que les mécanismes qui régissent la psyché et le fonctionnement social sont les mêmes, mais qu'il existe des intrications entre les dimensions du psychologique et du social. C'est pourquoi une expérience peut revêtir une coloration traumatique lors de « la perte du cadre culturel interne à partir duquel était décodée la réalité externe » (p. 47) comme le souligne T. Nathan repris par Vitry & Dessons (2005). Or, ce cadre culturel peut faire l'objet d'actes destructeurs destinés à anéantir par ce biais l'individu, voire l'ensemble d'une communauté. Le terrorisme contemporain et le cas de la torture nous montre que les souffrances traumatiques ne sont jamais indemnes d'une dimension éthique de perte du lien entre la singularité subjective et le social (Sironi, 1999). L'expérience traumatique inhérente à la violence extrême des actions terroristes récentes a, par ailleurs, été majorée par un facteur prépondérant, non négligeable car à l'origine même de la pensée de cette nouvelle forme de terrorisme global, à savoir le choix des cibles. Il s'agit de profondément marquer les esprits par le nombre de personnes atteintes, par le mode opératoire – de plus en plus abject, et par les symboles visés au regard de la culture du pays concerné. Cette troisième modalité est en effet fondamentale, les cibles n'étant pas issues d'un hasard morbide. En effet, elles s'inscrivent dans une tentative avouée de délitement de la société, par la destruction des liens communautaires qu'ils soient ethniques ou religieux, par l'attaque de ses mœurs, de ses traditions, de ses valeurs, de la pensée politique et philosophique qui sous-tend les lois du pays concerné, en briser les symboles culturels. Le massacre de la rédaction du journal satirique « Charlie Hebdo » a été l'un des premiers événements témoignant de cette funeste entreprise. Il y a dans ces actes violents la volonté d'engager un processus de déculturation, qui réduit les personnes à leur part d'universalité en les privant de ce qui constituait leur identité, leur singularité culturelle. « L'horreur survient dans la civilisation lorsque les valeurs et les lois qui la régissent sont bafouées » (p.) dira Wilgowitz (1997) en référence à la Shoah. Promouvoir l'anéantissement d'une civilisation par la destruction systématique des symboles culturels, comme le fait de toucher délibérément au sacré, aux valeurs philosophiques et politiques d'un peuple, à ses mœurs, ses symboles historiques, ou encore ses symboles artistiques (la musique, la littérature, la peinture...) qui la déterminent, et qui ont été intégrés par les individus la constituant, ou encore mettre en scène des transgressions de tabous culturels, peuvent provoquer une rupture avec les univers de référence habituels des personnes et engendrer un vécu traumatique pour les victimes directes ou les individus qui en ont été témoins. Au Tibet, par exemple, des moines bouddhistes végétariens ont été contraints par les autorités chinoises à tuer, cuisiner et consommer de la chair animale, les conduisant inévitablement à des désordres psychologiques. La perte de possessions matérielles n'a pas été perçue comme traumatique par les habitants du Tibet, alors que la désacralisation de leurs symboles religieux a constitué pour ces derniers un événement traumatique particulièrement violent (Terheggen et al., 2001). Au travers d'une personne victime qui est agressée ou violentée, c'est aussi son groupe d'appartenance qui est atteint : la part collective de l'individu est inévitablement attaquée. Il en va de même dans des situations liées à la mise en péril d'un mariage, voire à des relations amoureuses allant à l'encontre des choix des familles respectives dans le contexte de certaines cultures où l'honneur est alors considéré comme bafoué (De Jong, 2007). Les membres des familles dévastées en viennent alors parfois au passage à l'acte violent par vengeance, sur leur propre enfant. La mort de son enfant peut-elle être un événement traumatique universel ? Einarsdottir (2004) soutient, par exemple,

que malgré une mortalité élevée en Guinée Bissau, il n'existe aucune normalisation dans les réactions psychologiques des mères concernées alors qu'un autre chercheur, Schepers-Hughes (1992), démontrera que le taux élevé de mortalité infantile au Brésil serait un facteur protecteur pour les mères ayant perdu leur enfant. Le deuil peut s'exprimer de façon différente dans les populations et les cultures. Schreiber (1995) décrit le cas d'une immigrée éthiopienne qui avait perdu son enfant lors de l'exode vers Israël. Le nouvel environnement ne lui offrant pas la possibilité d'entreprendre les rituels traditionnels de purification, elle développa des signes et des symptômes de stress traumatique. Le chercheur postula que les symptômes s'étaient développés, car la patiente n'avait pu accéder aux pratiques rituelles, propres à sa culture. Outre le rapport de l'individu à la mort et la spiritualité, d'autres facteurs se révèlent être, au sein de certaines communautés, prédominants dans l'explication de l'apparition de certains troubles psychiques. À ce titre, une recherche de Pole, Best, Metzler, & Marmar (2005) s'est intéressée au développement du TSPT auprès d'individus issus de la communauté hispanique aux États-Unis. Ces derniers se sont appuyés sur de nombreuses études qui ont démontré un taux plus élevé de TSPT chez les Américains hispaniques que chez les Afro-américains et les individus caucasiens non-hispaniques. Des facteurs propres à cette communauté ont alors été identifiés pour tenter d'expliquer ces variations interculturelles : une tendance à l'autoaccusation et à l'autocritique, à l'évitement, et une perception élevée de discrimination/racisme. La question du racisme comme facteur de vulnérabilité est fréquemment avancée dans le champ de la victimologie, et notamment auprès des minorités ethniques chez les vétérans de la guerre du Vietnam (Marsella, Friedman, Huland, & Spain, 1993). Comme Kukla et al. (1991), ils rapportent que la proportion de vétérans souffrant d'un stress post-traumatique est de 15 % chez les sujets blancs, de 19 % chez les personnes d'origine africaine et de 28 % chez les soldats d'origine hispanique. Parson (1985), quant à lui, explique que le racisme ambiant au sein de l'armée américaine avait pour conséquence de limiter les manifestations liées aux croyances religieuses et ethniques : ne pas pouvoir exorciser ou ritualiser la mort étaient souvent vécus par les minorités comme anxiogènes. Cela se manifestait par un fatalisme plus marqué où l'événement traumatique était vécu comme une punition divine. Les soldats d'origine indienne, les natifs d'Alaska, les Hawaïens ou les soldats d'origine japonaise étaient souvent confrontés à des problématiques liées à leur identité biculturelle, et interpellés par la propagande ennemie comme des frères de la même ethnie, alors même qu'au sein de l'armée, ils faisaient l'objet de discriminations raciales fortes. Une telle situation rendait particulièrement inefficace l'objectivation de l'ennemi et de sa mort. Cette impossible mise à distance de la dramatique guerrière devenait alors pour ces soldats un facteur de risque supplémentaire (Marsella et al., 1993). Friedman, Schnurr, Sengupta, Holmes, & Ashcraft (2004) ont décrit d'autres facteurs culturels protecteurs du TSPT, notamment suite aux faibles taux de ce trouble psychique observés auprès des vétérans de guerre américains d'origine japonaise, à savoir la promotion de l'acceptation de son destin et de l'endurance de la souffrance propre à la culture japonaise. Les massacres, les violences propres aux conflits armés étaient vécues par ces militaires comme une affaire presque personnelle difficile à compartimenter et à éloigner de soi, exacerbant chez eux une plus grande vulnérabilité. Penk et Allen (1991) ont montré que le stress traumatique apparaissait plus fréquemment chez des vétérans noirs-américains que chez les Blancs : les mêmes événements étaient décrits comme plus stressants par le groupe noir américain. Ils concluent que ce résultat s'explique par la discrimination dont était l'objet les minorités et qui était une source de souffrance et de fragilité supplémentaire qui faisait la lie du stress post-traumatique. À cela s'ajoutait aussi que la plupart du temps ces soldats

étaient affectés à des missions où la probabilité et l'intensité du risque de stress post-traumatique étaient plus importantes (première ligne, missions plus dangereuses) : « un haut niveau de symptômes psychologiques présentés par les vétérans issus d'une minorité peut être en lien avec une expérience plus élevée de combats stressants » (MacDonald, Chamberlain, & Long, 1997, p. 117). Les représentations véhiculées au sein de l'armée concernant les personnes issues d'une minorité ont joué un grand rôle dans le conflit armé du Vietnam (Kukla et al., 1991) : les soldats d'origine indienne étaient, par exemple, systématiquement affectés à des postes d'éclaireurs en raison de leur « légendaire flair et sens du danger ». Bien des facteurs peuvent être avancés pour expliquer ces différences de vulnérabilité au combat et de réussite dans la prise en charge des groupes minoritaires : l'influence des stéréotypes, par exemple, qui peuvent placer les membres d'un groupe dans une situation sociale singulière (Zoellner, Feeny, Fitzgibbons, & Foa, 1999). Savoir que l'on appartient à un groupe qui est stéréotypé comme étant inférieur peut produire une baisse de l'estime de soi, et conduire dans les situations de soins comme dans les situations de confrontation au traumatisme à une vulnérabilité supplémentaire. Steele et Aronson (1995) nomment « vulnérabilité au stéréotype » la crainte qu'éprouvent les membres issus de minorités de se comporter d'une façon qui confirme un stéréotype culturel ; une angoisse qui peut alors interférer avec la motivation et la volonté des individus à faire face au traumatisme lorsque ce dernier surgit.

Au risque de nous répéter, dans de nombreuses situations, c'est le sens donné à l'événement dans un contexte socioculturel singulier plus encore que son intensité qui va générer le vécu traumatique. Une autre recherche, de Palinkas, Downs, Petterson, & Russell (1993) pendant l'année qui suivit le naufrage du pétrolier Exxon Valdez sur la côte de l'Alaska, a montré que la population qui avait subi le plus haut degré d'exposition à cette catastrophe écologique présentait 3,6 fois plus de troubles de l'anxiété et 2,9 fois plus de stress post-traumatique. La plus grande vulnérabilité fut observée chez les personnes réellement originaires d'Alaska. Ce constat fut attribué aux croyances liées à la pollution, venue souiller la terre des ancêtres. Un tel événement vécu par certains habitants comme une punition divine a eu également pour effet de remettre en cause tout un ensemble de traditions populaires relatives à la pêche, à la chasse et à la culture de la terre.

L'acculturation, que l'on pourrait décrire comme le processus par lequel la culture d'un individu connaît plus ou moins progressivement des changements majeurs au contact de la culture des habitants d'une autre aire géographique, peut engendrer, au travers du décalage culturel vécu et des résistances de l'individu, une grande détresse chez ce dernier (Lee et al., 2009 ; Oppedal & Idsoe, 2015 ; Spasojević, Heffer, & Snyder, 2000), et constituer un facteur supplémentaire de vulnérabilité dans l'émergence du TSPT. En effet, une étude de Perilla, Norris, & Lavizzo (2002) menée six mois après le passage de l'ouragan Andrew qui frappa les États-Unis en 1992, a montré que, parmi les victimes directes de l'ouragan, les latino-américains présentaient des taux de TSPT plus élevés que les afro-américains et les « blancs caucasiens ». Les chercheurs ont alors déterminé plusieurs variables explicatives de ces résultats, parmi lesquelles l'expression plus importante du fatalisme dans la culture latino-américaine, le familisme – décrit par les auteurs comme la place prépondérante octroyée par l'individu à l'identité et aux valeurs familiales, ainsi que le stress provoqué par l'acculturation.

De Jong (2007) tente alors d'explicitier les divergences existant entre les perceptions des victimes de traumatismes et l'expression des symptômes par un modèle, le « modèle écologique-culturel-historique pour stress extrême » (p. 346). La réalité psychique de l'individu y est présentée comme étant la résultante à la fois de la relation entre la vie psychique et le corps, et entre la personne dans

sa globalité et les représentations circulant dans la cellule familiale, le tout étant soumis à un ensemble d'éléments (règles, représentations, lois, valeurs...) qui définissent la société et la communauté dans laquelle évolue l'individu. Aussi, la culture va endosser le rôle de médiateur ou modulateur de la perception par le sujet d'événements potentiellement traumatiques au niveau de l'ensemble de ces entités (vie psychique, corps, famille, communauté, société).

## 5. Psychothérapie et dimension interculturelle

Le trauma naît de la conscientisation par l'individu de sa propre mortalité, par l'effondrement de l'illusion narcissique de son immortalité (Abraham, 1973) et de la brutalité de l'imminence de celle-ci. La pratique clinique nous amène à élargir le spectre des situations potentiellement traumatiques au-delà de la seule rencontre avec le réel de la mort, incluant alors toutes les expériences par lesquelles surgit un matériel brut non assimilable, non symbolisable par l'individu, « la fonction de représentation étant elle-même attaquée » (Küchenhoff, 2006, p. 559). Ces expériences profondément perturbantes, sidérantes, demandent à être transformées en souvenirs représentables et acceptables pour la conscience, « ce travail de construction de sens nécessite d'intégrer les représentations culturelles du patient » (Vitry & Dessons, 2005, p. 44).

Prendre en charge une victime de barbarie, de génocide, d'actes particulièrement inhumains, ou d'autres événements graves nous amène directement à nous poser un certain nombre de questions : nos modèles et techniques psychothérapeutiques sont-ils en adéquation à des nuances culturelles différentes alors même que les tableaux cliniques des troubles psychiatriques inhérents à ces rencontres traumatiques font l'impasse sur la dimension culturelle qui en découle ? De plus, concernant encore le TSPT, peut-on affirmer qu'un modèle dit athéorique est effectivement athéorique comme l'affirment les chercheurs de l'APA ? Parce que, ne l'oublions pas, c'est bien dans des courants de pensée singuliers que s'inscrivent à la fois le modèle hégémonique actuel des troubles liés aux psychotraumas ainsi que les psychothérapies destinées à les traiter. À cela s'ajoute que nous ne pouvons faire l'impasse sur les caractéristiques du thérapeute lui-même, au moment de sa rencontre avec un patient dont la culture peut s'avérer fort différente de ce dernier. C'est ce que soulignent Baubet et Moro (2000) qui, après avoir émis une réserve – ou peut-on parler d'une critique ? – du modèle actuel du TSPT dans le DSM-5, ont d'une certaine manière réhabilité la part subjective de l'individu dans l'explication de l'émergence de symptômes spécifiques au dévoilement du trauma et dans leur prise en charge psychothérapeutique. Pour ces auteurs, le concept de TSPT qui se veut descriptif et athéorique, se montrerait « désubjectivant », cantonnant le sujet à celui d'un « réceptacle » dénué d'histoire personnelle et donc de racines culturelles. La rencontre thérapeutique mettrait alors en scène un thérapeute dont les techniques et approches seraient dites athéoriques, et un patient dont la rencontre avec un événement indicible a fait trauma. Négliger la culture reviendrait dans un premier temps à fermer les yeux sur l'ensemble des études citées dans cet article qui ont justement permis de désigner la culture comme facteur prépondérant dans l'attribution par les individus du caractère traumatique de certaines expériences dont ils ont été victimes, notamment au travers d'une perte de sens, de tous ces symboles brisés qui à la fois donnent la couleur traumatique à l'expérience et plongent par la suite l'individu dans l'effroi et une quête de sens effrénée. La culture imprègne également les cadres théoriques dans lesquels s'inscrivent les techniques psychothérapeutiques (approches et moyens utilisés pour parvenir aux buts initialement définis) et les

croyances qui y sont rattachées. Qu'il s'agisse des attentes du patient concernant sa prise en charge, l'« adhésion au modèle étiopathogénique » (p. 407) qui définit l'approche du thérapeute, le fait de favoriser la verbalisation des affects que l'on retrouve dans nombre de thérapies occidentales (Baubet & Moro, 2000), le sens donné par les patients du traumatisme vécu ou des expériences de vie en général, vont différer d'une culture à l'autre et pourraient être autant de freins à l'élaboration d'une alliance thérapeutique propice à un engagement optimal du patient d'une culture différente de celle du thérapeute pour le traitement de ses troubles. En effet, l'expression même de la détresse peut varier entre les cultures (De Jong, 2007).

Des chercheurs vont alors proposer un certain nombre de compétences culturelles destinées aux psychologues et autres professionnels exerçant dans le champ de la santé mentale, et ce, dans le but de mieux saisir les besoins de patients de cultures différentes (Johnson, Bastien, & Hirschel, 2009). Pour ces derniers, les bénéfices de ces nouvelles compétences seraient multiples : une plus grande flexibilité dans le rôle de psychologue et des thérapies utilisées, une meilleure capacité d'adaptation à différentes populations, une amélioration de la qualité de l'interaction avec des personnes de cultures différentes, une augmentation de leur satisfaction et de l'adhérence aux soins proposés, et de façon plus globale une volonté de réduire les disparités dans le champ de la santé mentale. Pour y parvenir, Johnson et al. (2009) recommandent aux psychologues de prendre conscience de l'importance des valeurs culturelles et des biais existants, d'acquérir des connaissances relatives à ces mêmes valeurs et de développer des interventions et stratégies appropriées aux groupes culturels concernés. Cette prise de conscience du thérapeute quant aux systèmes de valeurs et de croyances inhérentes à des cultures différentes est essentielle : la culture aurait une incidence sur la relation thérapeutique, la communication, le processus psychothérapeutique, le rapport du patient à l'objet thérapie et sur les buts de la thérapie.

Ces considérations commencent, par ailleurs, à être intégrées dans des programmes thérapeutiques, certes encore peu nombreux, mais qui méritent d'être cités. Les travaux de Hinton, Pich, Hofmann, & Otto (2013), par exemple, ont porté sur la prise en charge psychologique de réfugiés et de groupes ethniques minoritaires ayant été confrontés à des situations potentiellement traumatiques, par utilisation d'une thérapie cognitivo-comportementale, nommée dans ce contexte CA-CBT (« Culturally Adapted Cognitive Behavioural Therapy »). La thérapie en question associe acceptation et techniques de pleine conscience. Cette approche se décline au travers d'un certain nombre de sessions thérapeutiques portant pour chacune d'elles sur une problématique singulière (éducation sur le TSPT, relaxation musculaire et visualisation, exposition, trouble du sommeil...). Ainsi, la CA-CBT met en œuvre durant chaque session (au nombre de 14) des techniques thérapeutiques diverses, dont des images et des métaphores, pour mieux appréhender des ressentis corporels et sensoriels, favoriser la compassion, traiter l'humeur, etc. Les praticiens-chercheurs ont alors, par exemple, adapté les images et métaphores utilisées en fonction des références culturelles des communautés prises en charge, puisant dans des valeurs traditionnelles et spirituelles fortes auxquelles les membres pouvaient facilement s'associer et qu'il leur était aisé d'intégrer. Outre le respect de la langue (voire du dialecte) et d'une connaissance des symboles religieux de la communauté, Hinton et Jalal (2014) affirment qu'il faut rester vigilant quant aux symptômes observés dans l'après-coup traumatique ; pour ces derniers, la non-présence de TSPT ne rend absolument pas compte d'une éventuelle meilleure résilience des victimes. En effet, selon ces chercheurs, l'expression symptomatique suite à une rencontre traumatique varie fortement d'un groupe à l'autre. À travers la présentation d'une vignette clinique,

Vitry & Dessons (2005) abordent la question de l'aménagement du cadre psychothérapeutique dans la prise en charge d'un patient traumatisé issu d'une autre culture. Les auteurs soulignent l'importance de la prise en considération de la place de l'individu au sein de sa famille, voire de sa communauté, de l'importance et du rôle accordé par ce dernier aux membres de sa famille ou de son groupe ethnique, des croyances culturelles relatives à la survenue d'un événement traumatique en général et de la symbolique éventuelle octroyée à cette expérience en particulier, et de l'importance de la spiritualité/religion dans la vie de la victime. L'étude de Kommegne, Bernoussi, Denoux, & Njiengwe (2013) vient illustrer l'importance de l'exploration des pratiques thérapeutiques dites traditionnelles, ou tradithérapies, exercées dans au sein de communautés où sont véhiculées des croyances qui ne peuvent être évacuées par le psychothérapeute. Ainsi, les chercheurs se sont intéressés à appréhender les représentations relatives à l'étiologie des pathologies mentales au Cameroun auprès de 660 personnes. Pour 10,2 % d'entre elles, la maladie mentale serait causée par l'appartenance de l'individu à un mouvement sectaire, 8,3 % estiment qu'elle serait la conséquence d'actes de sorcellerie, 5 % à une malédiction, environ 8 % à une possession démoniaque ou encore 12 % à une consommation excessive de certains produits. D'autres causes sont alors évoquées comme la vieillesse, le stress, une déception amoureuse ou l'hérédité. Si 60 % des personnes interrogées estiment qu'il est essentiel d'amener l'individu concerné dans un hôpital, 13 % considèrent qu'il est plus favorable de demander les services d'un exorciste, 10 % préfèrent se tourner vers un sacrifice rituel, 6 % affirment préférer les services d'un tradithérapeute et 9 % les services d'un voyant. En Afrique, « les rebouteux, les devins, les guérisseurs, les marabouts » constituent l'essentiel des acteurs de la médecine traditionnelle (Faye, 2011), une approche qui coexiste avec un système de soins plus conventionnel. Ces formes de thérapies jouissent d'un fort crédit auprès de ces populations (Ellouze et al., 2005), un « prestige » qui s'ancre dans des contextes socio-économiques très précaires, les patients choisissant alors « plutôt de multiplier les recours thérapeutiques et d'associer des remèdes dits traditionnels et biomédicaux » (Quashie, Pourette, Rakotomalala, & Andriamaro, 2014, p. 3). Amener le patient à s'exprimer à propos des prises en charge traditionnelles initiées dans le pays d'où il est issu ne peut que contribuer à renforcer la qualité de l'alliance thérapeutique, et aider le psychothérapeute à définir avec l'individu les contours du cadre thérapeutique qui fera alors l'objet de nombreux aménagements, pour répondre au mieux aux enjeux culturels qui émergeront au travers de cette rencontre singulière.

## 6. Conclusion

Il est probable qu'une telle lecture du traumatisme puisse autoriser le chercheur qui s'intéresse à la maladie mentale à dépasser une vision soma-psyché inhérente à la psychiatrie. Il s'agit de donner au patient la possibilité d'élaborer l'événement traumatique dans une démarche active et exploratoire. L'apport d'une réflexion psychosociale peut profiter, premièrement, au chercheur en sciences humaines qui a l'opportunité d'adopter une approche pluridisciplinaire, deuxièmement, au clinicien qui est invité à une réflexion constante autour du sujet dans sa totalité permettant d'éviter l'application automatique de schémas simplificateurs. Les différentes approches évoquées jusqu'ici dans l'étude du psychotraumatisme, si elles utilisent parfois des variables sociales, ne sont paradoxalement pas envisagées dans leur spécificité psychosociale. La perspective reste descriptive, et consiste le plus souvent à expliquer la présence ou non des événements traumatiques chez les individus sans tenir compte de

leur appartenance sociale et des prescriptions de rôles que les places sociales impliquent. Or, il importe de développer une approche plus fonctionnelle qui insiste sur la spécificité de la cognition humaine, qui prend sa forme et se structure au sein même du contexte social et culturel de la personne victime. Par conséquent, la psychologie clinique et la psychiatrie, au travers des modèles psychopathologiques qui y sont déclinés, pourraient être mieux pensées dans leurs ancrages culturels qui sont le prisme à partir duquel l'identité, l'individualité, le sens, et la représentation de la vie et de la mort se construisent. Aussi, toute psychologie ne peut être que culturelle, en tout cas située sur le plan psychosocial et communautaire, parce que l'individu pris isolément, sans son enracinement social et familial, est difficile à appréhender.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- Abraham, K. (1973). Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre. In *Œuvres complètes/II : 1915–1925*. Paris, FR: Payot.
- Alarcón, R. D. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*, 8(3), 131–139.
- Alarcón, R. D., Becker, A. E., Lewis-Fernández, R., Like, R. C., Desai, P., Foulks, E., & Primm, A. (2009). Issues for DSM-V: the role of culture in psychiatric diagnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(8), 559–660. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b0cbff>
- Alexander, D. A., & Welles, A. (1991). Reactions of police-officers to body-handling after a major disaster: a before and after comparison. *British Journal of Psychiatry*, 62, 114–124.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Auxéméry, Y. (2013a). À chaque guerre son syndrome, à chaque syndrome sa guerre. *Annales Médico-Psychologiques*, 173, 174–179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2012.01.022>
- Auxéméry, Y. (2013b). Du rejet de la subjectivité individuelle à la subjectivité sociétale de ce rejet : L'exemple des « nouvelles » pathologies posts-guerres. *Recherches en Psychanalyse*, 16(2), 194–202.
- Barbaras, R. (2004). Subjectivité et intériorité. *Rue Descartes*, 43(1), 49–57. <http://dx.doi.org/10.3917/rdes.043.0049>
- Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Paris: Dunod.
- Baubet, T., & Moro, M. R. (2000). Trauma et cultures. *L'Autre*, 1(3), 405–408. <http://dx.doi.org/10.3917/la.003.0405>
- Berberich, D. A. (1998). Posttraumatic stress disorder: gender and cross-cultural clinical issues. *Psychotherapy in Private Practice*, 17(2), 29–41.
- Bertrand, M. (2005). Qu'est-ce que la subjectivation ? *Le Carnet Psy*, 96(1), 24–27.
- Bhugra, D., & Bhui, K. (Eds.). (2011). *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Briole, G., & Lebigot, F. (1994). *Traumatisme psychique : rencontre et devenir*. Paris, FR: Masson.
- Chen, C.-H. (2007). Culture, ethnicity and biological psychiatry. In *Textbook of cultural psychiatry* (pp. 71–80). New York, NY: Cambridge University Press.
- Chidiac, N., & Crocq, L. (2011). Le Psychotrauma (III)–Névrose traumatique et état de stress posttraumatique. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169(5), 327–331. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2011.04.012>
- Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes*. Paris, FR: Elsevier Masson.
- De Jong, J. T. V. M. (2007). Traumascape: an ecological-cultural-historical model for extreme stress. In *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- De Sardan, J.-P.O. (1998). Émique. *L'Homme*, 38(147), 151–166. <http://dx.doi.org/10.3406/hom.1998.370510>
- De Tyche, C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 16(1), 49–68.
- Deering, C. G., Glover, S. G., Ready, D., Eddleman, H. C., & Alarcon, R. D. (1996). Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 336–346.
- Di Mascio, P. (1994). *Le maître de secret : Essai sur l'imaginaire théorique de Freud*. Ceyzérieu, FR: Editions Champ Vallon.
- Ehrenberg, A., & Lovell, A. M. (2001). *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*. Paris: Odile Jacob.
- Einarsdottir, J. (2004). *Tired of weeping. Mother love, child death, and poverty in Guinea Bissau*. Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- Ellouze, F., Mezgheni, L., Belhadj, A., Bouden, A., Othman, S., Halem, M. H., & Cheour, M. (2005). Tradithérapie et culture en Tunisie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53, 321–325. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.09.015>
- Eshun, S., & Gurgung, R. A. R. (Eds.). (2009). *Culture and mental health: sociocultural influences, theory, and practice*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Faye, S. L. (2011). Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recompositions et dynamiques entrepreneuriales. *Anthropologie & Santé*, 3, 0–21.
- Friedman, M. J., & Jaranson, J. (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept to refugees. In A. J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad, & J. Orley (Eds.), *Amidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedman, M. J., Schnurr, P. P., Sengupta, A., Holmes, T., & Ashcraft, M. (2004). The Hawaii Vietnam veterans project: is minority status a risk factor for posttraumatic stress disorder? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 42–50.
- Gonon, F. (2011). La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? *Esprit*, (379), 54–73. <http://dx.doi.org/10.3917/espri.1111.0054>
- Hinton, D. E., & Jalal, B. (2014). Parameters for creating culturally sensitive CBT: Implementing CBT in global settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(2), 139–144. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.01.009>
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 783–801. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20753>
- Hinton, D. E., Pich, V., Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2013). Acceptance and mindfulness techniques as applied to refugee and ethnic minority populations with PTSD: examples from "Culturally Adapted CBT". *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 33–46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.09.001>
- Johnson, Laura, R., Bastien, G., & Hirschel, M. J. (2009). Psychotherapy in a culturally diverse world. In S. Eshun & R. A. R. Gurgung (Eds.), *Culture and mental health: sociocultural influences, theory, and practice*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Kommege, T., Bernoussi, A., Denoux, P., & Njiengwe, E. (2013). L'adolescente camerounaise en transe : clinique de l'interculturalité et l'interculturalité clinique. *L'information Psychiatrique*, 89(7), 513–521. <http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2013.1091>
- Küchenhoff, J. (2006). Traumatisme conflit, représentation. Traumatisme et conflit - une opposition ? *Revue Française de Psychanalyse*, 70(2), 553–570.
- Kukla, R. A., Schlenger, W. E., & Fairbanks, J. A. (1991). Assessment of post-traumatic stress disorder in the community: prospect and pitfalls from recent studies of Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 547–560.
- Lee, C. S., Chang, J. C., Liu, C. Y., Chang, C. J., Chen, T. H. H., Chen, C. H., & Cheng, A. T. A. (2009). Acculturation, psychiatric comorbidity and posttraumatic stress disorder in a Taiwanese aboriginal population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(1), 55–62. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0405-2>
- Lee, J. S., Ahn, Y. S., Jeong, K. S., Chae, J. H., & Choi, K. S. (2014). Resilience buffers the impact of traumatic events on the development of PTSD symptoms in firefighters. *Journal of Affective Disorders*, 162, 128–133. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.031>
- Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., & Liao, B. (2010). Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 212–229. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20647>
- MacDonald, C., Chamberlain, K., & Long, N. (1997). Race, combat, and PTSD in a community sample of New Zealand Vietnam War veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 117–124.
- Malinowski, B. (1921). *La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives*. Paris: Dunod.
- Marsella, A. J. (2000). Culture and mental health. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of Psychology*. Washington DC: Oxford University Press.
- Marsella, A. J., Friedman, M. J., Huland, G. T., & Spain, E. (1993). Ethnocultural aspects of PTSD: an overview of issues, research and directions. In J. Oldham, A. Tasman, & M. Riba (Eds.), *Review of Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Marsella, A. J., & Yamada, A. (2000). Culture and mental health: An introduction and overview of foundations, concepts and issues. In I. Cuellar & F. Paniagua (Eds.), *Handbook of multicultural mental health*. New York, NY: Academic Press.
- Marsella, A. J., & Yamada, A. M. (2007). Culture and psychopathology: foundations, issues, directions. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), *Handbook of cultural psychology*. New York, NY: Guilford Press.
- McFarlane, A. C. (1986). Posttraumatic morbidity of a disaster: a study of cases presenting for psychiatric treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 4–14.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris, FR: Gallimard.
- Missa, J.-N. (2006). *Naissance de la psychiatrie biologique*. Paris, FR: Presses Universitaires de France.
- Moro, M. R. (2004). *Psychiatrie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Dunod.
- Moro, M. R., & Baudet, T. (2003). Un lieu mêlé d'accueil et de soins des migrants : le dispositif de la psychiatrie transculturelle à l'hôpital Avicenne (Bobigny). In M. R. Moro & T. Baudet (Eds.), *Psychiatrie et migration*. Paris: Masson.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Schick, M., Mueller, J., & Morina, N. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma exposure, post-migration living difficulties and psychological outcomes in traumatized refugees. *Journal of Affective Disorders*, 173, 185–192. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.043>
- Noschis, K. (2004). *Carl Gustav Jung : vie et psychologie*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 203–211. <http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12194>
- Palinkas, L. A., Downs, M., Petterson, J. S., & Russell, J. (1993). Social, cultural and psychological impacts of the Exxon Valdez oil spill. *Human Organization*, 52(1), 1–13.
- Parson, E. (1985). Ethnicity and traumatic stress: the intersecting point in psychotherapy. In C. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study of treatment of PTSD*. New York, NY: Brunner et Mazel.



- Penk, W. E., & Allen, I. M. (1991). Clinical assessment of PTSD among American minorities who served in Vietnam. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 41–66.
- Perilla, J. L., Norris, F. H., & Lavizzo, E. A. (2002). Ethnicity, culture, and disaster response: identifying and explaining ethnic differences in PTSD six months after Hurricane Andrew. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 20–45.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., & Storz, S. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- Pole, N., Best, S. R., Metzler, T., & Marmar, C. R. (2005). Why are hispanics at greater risk for PTSD? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(2), 144–161. <http://dx.doi.org/10.1037/1099-9809.11.2.144>
- Pulman, B. (2002). *Anthropologie et psychanalyse : Malinowski contre Freud*. Paris, FR: Presses Universitaires de France.
- Quashie, H., Pourette, D., Rakotomalala, O., & Andriamaro, F. (2014). Tradithérapie, biomédecine et santé maternelle à Madagascar : paradoxes et pouvoirs autour des savoirs et pratiques des reninjaza. *Health, Culture and Society*, 7(1), 1–15. <http://dx.doi.org/10.5195/hcs.2014.179>
- Schepers-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Schreiber, S. (1995). Migration, traumatic bereavement and transcultural aspects of psychological healing: Loss and grief of a refugee woman from Begameder country in Ethiopia. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 135–142.
- Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes : psychologie de la torture*. Paris, FR: Odile Jacob.
- Spasojević, J., Heffer, R. W., & Snyder, D. K. (2000). Effects of posttraumatic stress and acculturation on marital functioning in Bosnian refugee couples. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 205–217. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007750410122>
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797–811.
- Tarquino, C., & Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes*. Paris, FR: Dunod.
- Terheggen, M. A., Stroebe, M. S., & Kleber, R. J. (2001). Western conceptualizations and Eastern experience: a cross-cultural study of traumatic stress reactions among Tibetan refugees in India. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 391–403.
- Tison, B. (2007). *Soins et culture : formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy-les-Moulineaux, FR: Elsevier Masson SAS.
- UNESCO (2002). *Déclaration universelle sur la diversité culturelle*. Johannesburg: Document établi pour le Sommet mondial sur le développement durable.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, NY: Guilford Press.
- Ventriglio, A., Ayonrinde, O., & Bhugra, D. (2015). Relevance of culture-bound syndromes in the 21st century. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1–4. <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12359>
- Vitry, I., & Dessons, V. (2005). Un tahitien à Avicenne : traumatisme : construction d'un cadre thérapeutique transculturel. *Perspectives Psy*, 44(1), 44–48.
- Wilgowitz, P. (1997). Un demi-siècle après la Shoah, la survie toujours devant soi ? In *Les traumatismes dans le psychisme et la culture* (pp. 73–81). Ramonville Saint-Agne, FR: Editions Erès.
- Yehuda, R., & McFarlane, A. (1995). Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 148, 499–504.
- Young, A. (1995). The anthropology of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 1, 257–285.
- Zoellner, L. A., Feeny, N., Fitzgibbons, L. A., & Foa, E. B. (1999). Response of African American and Caucasian women to cognitive behavioral therapy for PTSD. *Behavior Therapy*, 30, 581–595.