

Travailler avec la différence. Représentations et pratiques d'agents institutionnels en contexte multiculturel

Yvan Leanza* & Kelly McKinney**

*Université Laval, Québec, Canada, **McGill University, Montréal, Canada

En 1980 déjà, Margalit Cohen-Emerique, pionnière dans le domaine des approches interculturelles en psychologie, relevait la rareté des recherches portant sur les représentations des professionnels dans le cadre de leurs activités en contexte multiculturel. Cette affirmation reste vraie encore aujourd'hui. En effet, le champ de la recherche interculturelle des contacts de culture est majoritairement dominé par un intérêt porté sur l'Autre, celui qui est différent. Ce sont les processus d'acculturation, les transformations identitaires, les pathologies de l'exil ou encore les réseaux diasporiques qui sont encore l'objet des principales recherches dans ce champ. Un précédent numéro du Bulletin de l'ARIC (n° 41) présentait déjà une série de recherches portant sur les représentations et pratiques de professionnels de la santé œuvrant en contexte multiculturel. C'était les travaux de jeunes chercheurs, ayant comme ancrage académique des universités suisses, à l'exception d'une chercheuse québécoise. Le présent numéro contient une nouvelle série de travaux touchant au même thème mais effectué dans leur totalité au Canada (au Québec, sauf pour Holton dont la recherche s'est déroulée en Alberta). Ils ont fait l'objet, à l'exception de l'article de Fortin et Carle, de communication lors d'un symposium invité dans le cadre du 28ème congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, le 18 mars 2006, à l'Université du Québec à Montréal.

Les travaux originaux et récents présentés ici mettent en évidence les aléas de l'intervention en contexte multiculturel et les difficultés, voire les souffrances, qu'elle peut entraîner. Ces articles sont une contribution à la compréhension du rapport à la différence (culturelle) du point de vue des professionnels qui reçoivent des migrants. Elles présentent des études explorant les enjeux relationnels de ce rapport à la différence, ainsi que les représentations de notions importantes, telle que la culture, la maladie ou l'autorité, qui les sous-tendent. C'est à travers les représentations des professionnels sur ces notions que les auteurs abordent la problématique des relations à la différence. Ce numéro du bulletin a pour objectif, non seulement de rendre visible et renforcer ce domaine émergent de recherche, mais aussi, d'un point de vue pratique, de susciter une réflexion décentrée des migrants et de leur « exotisme » (cf. Leanza et al, 2005).

La diversité des professions étudiées (médecins, psychologues, juges, ...) devrait permettre de montrer que les défis à relever dépassent un cadre strictement professionnel pour s'inscrire dans une problématique transversale, et sociale, de l'accueil de la différence. A ce propos, il est à noter que ces pratiques et représentations sont en partie dépendantes d'un contexte sociopolitique particulier, celui du Canada pour l'ensemble des travaux et plus précisément du Québec pour quatre d'entre eux. Le multiculturalisme, politique officielle et inscrite dans la constitution canadienne, est « destiné à préserver et valoriser le patrimoine culturel des Canadiens, tout en s'employant à réaliser l'égalité de tous les Canadiens » (loi sur le multiculturalisme, 1988). Cette loi, souvent citée comme un exemple à travers le monde, permet surtout de modifier les autres lois afin d'éviter la discrimination et de subventionner quelques organismes communautaires afin qu'ils puissent diffuser, transmettre le patrimoine culturel de quelques communautés (par exemple par les médias plurilingues) ou de transformer les curricula scolaires. On reproche à cette loi son impact peu important pour réduire la discrimination au quotidien, spécialement parce qu'elle n'aide pas au dialogue (Kymlicka, 2007). C'est justement ce que prétend faire la politique québécoise en matière d'intégration, politique nommée « interculturelisme » et qui insiste sur la nécessité des échanges intercommunautaires. Certains observateurs notent qu'il y a des débats plus nombreux et d'une

autre qualité dans la société québécoise par rapport au reste du Canada, bien que la politique d'intégration québécoise ne puisse être fondamentalement différente de celle du Canada, étant donné que la loi canadienne prévaut. Les politiques québécoises ne peuvent légitimement s'inscrire en opposition au cadre légal canadien (Salée, 2007). Par ailleurs, quelques voix s'élèvent dans la société civile comme dans le monde de la recherche, pour montrer que le modèle québécois n'est pas un modèle d'intégration mais bien plus un modèle d'assimilation dont les bases philosophiques s'apparenteraient au modèle républicain français (Bouhris *et al.*, 2007). Pour preuve la loi 101 obligeant tous les enfants de migrants au Québec à être scolarisés en français. Le pluralisme culturel est admis à condition de passer au filtre de la francisation et des valeurs de la société québécoise distincte et minoritaire dans le Canada (Miklavcic, 2007).

C'est donc dans ces rapports de pouvoir entre anglophones majoritaires au Canada et francophones majoritaires au Québec, mais minoritaires au Canada, que les pratiques à l'égard d'usagers migrants, eux-mêmes membres de communautés minoritaires, s'inscrivent. Et c'est pour tenir compte de ces aspects sociaux, même s'ils ne sont pas explicitement évoqués, que les auteurs de ce numéro font références à d'autres disciplines que la leur propre (anthropologie, psychologie, médecine somatique et psychiatrique), voire combinent les approches disciplinaires dans leur travail de recherche.

Dans le premier article Sylvie Fortin et Marie-Ève Carle montrent comment une représentation essentialiste de la « culture » traite la différence, explique cette différence (généralement la différence entre ce que le professionnel de la santé estime être juste, bon et vrai et ce que pense le patient ou sa famille) et peut empêcher les traitements dans l'espace clinique, ici un hôpital pédiatrique desservant une population fort diverse. La « culture » peut, entre autres, réifier « a priori » l'altérité, être amalgamée à l'ethnicité et à la race, être employée pour distinguer Eux de Nous et peut devenir un objet connu et contrôlé (compétence culturelle). Les auteurs proposent qu'une analyse des traitements dans l'espace clinique, considéré comme un microcosme reflétant et articulant le pluralisme social et les rapports de force de la société plus large, devrait inclure les univers de la famille, de l'enfant et des professionnels de la santé. Ce modèle triadique et relationnel inclut des facteurs tels que la position sociale de chaque acteur; les idiomes de souffrance de l'enfant; les dynamiques inter- et intra-générationnelles, l'histoire de la migration et les ressources économiques, sociales et symboliques de la famille; la spécialisation professionnelle et l'approche thérapeutique du soignant; etc. Il s'agit ainsi d'élargir le cadre de l'analyse loin au-delà des murs métaphoriques érigés autour de la notion de « culture » et en dehors des murs réels de la clinique. Pour les auteurs, ce cadre d'analyse devrait remplacer la façon actuelle de penser la « culture » et les pratiques culturellement compétentes qui circulent dans le domaine des soins. Cette réflexion théorique est illustrée par l'analyse d'un cas « problématique » avec lequel les auteurs démontrent comment la notion de « culture » est mobilisée pour expliquer les défauts de relations entre usagers et professionnels.

Toujours en milieu hospitalier, Melissa Dominicé Dao et Eliane Bélanger explorent les perceptions de médecins généralistes exerçant en contexte multiculturel face à des situations d'absence de diagnostic médical pour les symptômes de leurs patients, problème qui peut représenter jusqu'à un tiers de leurs consultations ambulatoires. Cette analyse de contenu de 16 entretiens de médecins de premier recours travaillant à Montréal, est issue d'un plus vaste projet de recherche qualitatif portant sur la comparaison des explications des médecins et de leurs patients lors de symptômes médicalement inexplicables. Les patients proviennent de deux groupes distincts : canadiens de souche et immigrants récents au Canada, afin d'inclure l'impact de la différence culturelle sur la dynamique de soin et les explications de la maladie.

Dans ces entretiens les patients souffrant de symptôme médicalement inexplicable sont dépeints comme des individus difficiles et frustrants, faisant obstacle à la prise en charge médicale

habituelle. La réalité et la légitimité de leurs plaintes sont mises en doute par leur médecin, soulevant le problème de la part de responsabilité du patient dans le maintien voire la genèse de ses symptômes, avec pour le moins une omniprésence des facteurs psychosociaux comme contribuant aux symptômes. La différence culturelle avec le patient est reconfigurée par son médecin davantage comme une barrière linguistique ou socio-économique. Plusieurs questions sont développées dans cet article. Quelle place le médecin donne-t-il à « l'autre culturel » dans ces situations cliniques difficiles ? Quelle est la relation entre l'absence de diagnostic et l'absence d'attention à cet autre ? Y a-t-il un lien entre le fait que le patient n'entre dans aucune catégorie médicale établie et son niveau d'acculturation à la médecine occidentale ?

Exercer une activité professionnelle en contexte multiculturel implique souvent de rencontrer des personnes ne partageant pas la même langue. Aujourd'hui, il est (presque) courant de faire appel à des interprètes pour surmonter cet obstacle. Depuis une décennie environ, la recherche dans ce domaine, bien que balbutiante, s'est développée rapidement. Un des résultats récurrents est qu'il est plus efficace de travailler avec un interprète communautaire formé, qu'un proche du patient. Non seulement les questions éthiques (confidentialité) et de loyauté seraient ainsi résolues, mais aussi la qualité de la traduction s'en trouverait grandement améliorée. Une recommandation majeure des experts est donc de ne travailler qu'avec des interprètes formés. Mais qu'en est-il de la perspective des professionnels ? Quelques rares études mettent en évidence les difficultés que rencontrent les professionnels de la santé à intervenir avec un tiers. Ce sont essentiellement des sentiments de perte de contrôle et de « simplification » de la relation qui dominent. En est-il de même avec des interprètes informels, proches des usagers ? L'article d'Ellen Rosenberg, Yvan Leanza et Robbyn Seller présente les résultats d'une étude effectuée auprès de médecins de famille à Montréal. Un des objectifs de la recherche est de comparer les expériences vécues de ces médecins travaillant avec des interprètes professionnels et informels (en général des proches du patient). Ces expériences et les sentiments qui les accompagnent sont mis en évidence à partir d'entretien de rappel stimulé effectué auprès de 15 médecins travaillant dans des quartiers fortement multiculturel. Les résultats questionnent l'inébranlable foi en la professionnalisation de l'activité d'interprétariat communautaire et remettent en question certaines des instructions standards que reçoivent les médecins pour travailler avec des interprètes.

Dans une société aussi diversifiée culturellement qu'est la société canadienne, la divergence de normes entre différents groupes culturels peut créer un important obstacle à l'intervention en protection de l'enfance. De nombreux témoignages cliniques (psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, avocats, et juges, entre autres) mettent en évidence un besoin criant d'acquérir une meilleure connaissance des enjeux sous-tendant l'intervention en protection auprès des familles immigrantes. La recherche présentée par Ghayda Hassan et Cécile Rousseau a comme objectifs de : 1) documenter les représentations qu'ont les parents et les adolescents d'immigration récente, ainsi que les intervenants de la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) de l'autorité parentale, de la discipline, de la maltraitance et des normes de la société hôte en ce qui a trait aux relations parent-enfant ; 2) décrire l'évaluation et les expériences que font les parents, les adolescents et les intervenants des interventions en protection de la jeunesse. Cet article présente une partie de cette importante recherche. Ce sont les différentes expériences de réussite, ainsi que les défis et enjeux rencontrés par cinq intervenants en protection de la jeunesse œuvrant auprès de familles immigrantes ou issues de minorités ethniques au Québec qui sont détaillées. L'analyse montre que les facteurs favorisant ou posant obstacle à l'établissement d'une alliance parents-intervenants relèvent des familles, des intervenants eux-mêmes et de l'institution. Les préjugés, la rigidité, les sentiments de menace, de la part de l'intervenant et de la famille, ainsi que l'absence de soutien institutionnel contribuent à l'installation d'une spirale de rejet, de résistance et de luttes de pouvoirs, mettant davantage en péril le développement de l'enfant. Par contre, l'ouverture, la capacité de décentration et de remise en question, l'initiative dans la recherche des outils nécessaires par la famille et l'intervenant, ainsi que la reconnaissance par l'institution des besoins et

des compétences des intervenants et de la famille, s'avèrent tous des facteurs essentiels à l'établissement d'une alliance pour le meilleur intérêt de l'enfant.

En clôture de ce numéro c'est le sujet grave du suicide qui est abordé par Tara Holton. La façon de se représenter la culture dans la prévention du suicide peut avoir des implications profondes pour les praticiens qui travaillent avec des individus suicidaires de différentes cultures. C'est ce que montre la chercheuse en analysant des entrevues avec 10 praticiens qui interviennent auprès des personnes suicidaires. En utilisant l'analyse de discours en tant que méthode et philosophie, cette étude montre que les discours ambivalents des praticiens permettent une résistance aux conceptions traditionnelles de la culture et du suicide, mais aussi un mouvement au-delà de ces conceptions. En conclusion, il est proposé que l'acte de résistance par l'ambivalence puisse permettre au client suicidaire d'explorer d'autres avenues de communication dans la thérapie.

Références

- Bourhis, R., Montreuil, A., Helly, D. & Jantzen, L. (2007) Discrimination au Québec: Enquête sur la diversité ethnique au Québec. *Canadian Ethnic Studies*, 39(1), 34-47.
- Cohen-Emerique, M. (1980). Eléments de base pour une formation à l'approche des migrants et plus généralement à l'approche interculturelle. *Annales de Vaucresson*, 17, 116-139.
- Kymlicka, W. (2007). Ethnocultural diversity in a liberal state: making sense of the canadian model. In K. Banting, T. Courchene & L. Seidle (Eds.), *Belonging? Diversity, recognition and shared citizenship in Canada* (pp. 39-86). Montréal: Institute for Research on Public Policy.
- Leanza, Y., Changkakoti, N., Layat, C., Rothenbülher, I., & Wamba, A. (2005). Pour une recherche interculturelle décentrée (des migrants). *Bulletin de l'Association pour la Recherche InterCulturelle*, 41, 1-7.
- Miklavcic, A. (2007, novembre) Understanding the "other," strategizing "culture" in mental health care clinics in Montreal. Communication orale présentée dans le cadre du symposium de C. Roebuck and C. Giordano (Prés.), *Clinical Thresholds: Subjectivity, Biopower, and Therapeutic Citizenship*, au Congrès Annuel de l'American Anthropological Association. Washington, Dc.
- Salée, D. (2007). The Quebec state and the management of cultural diversity: perspectives on an ambiguous record. In K. Banting, T. Courchene & L. Seidle (Eds.), *Belonging? Diversity, recognition and shared citizenship in Canada* (pp. 105-142). Montréal: Institute for Research on Public Policy.