

Professionnels de la santé et de la relation d'aide en situation interculturelle : quelle formation ?

Yvan Leanza
Université de Genève

Philippe Klein
Association Appartenances, Lausanne

INTRODUCTION

Les populations migrantes ont souvent suscité l'inquiétude, voire la peur (Krewer, 1999). Parallèlement, les moyens d'« accueil » mis en place par les institutions des pays d'immigration furent en général déconsidérants à l'égard des connaissances et pratiques des migrants. Ceci a été mis en évidence par Allemann-Ghionda (1999) pour ce que l'on nomme l'« éducation interculturelle » mise en œuvre dans plusieurs pays européens. C'est d'ailleurs le domaine de la scolarisation des enfants (de) migrants qui fut le centre d'intérêt premier des praticiens et chercheurs réfléchissant aux questions interculturelles (dans le sens de contact de cultures, voir l'introduction de Dasen dans ce volume). Si l'école a une place primordiale en matière d'accueil et d'intégration des différences dans notre société (Perregaux, sous presse), elle n'est pas la seule institution recevant un public socio-culturellement hétérogène et nécessitant une réflexion sur la formation de ses agents.

Dans le domaine de la santé, depuis plusieurs décennies déjà, sciences sociales et médicales se sont intéressées de près aux différentes conceptions de la santé, de la maladie et des soins. Parfois, certains proposent des réflexions et des techniques pour une prise en charge plus adaptée aux populations migrantes. Cependant, rares sont les auteurs francophones qui intègrent ces connaissances dans une réflexion sur la formation des

professionnels de la santé et de la relation d'aide¹. C'est un objectif du présent chapitre que de palier à ce manque.

Dans la première partie, en présentant un exemple tiré de notre pratique de psychologues, nous mettons en évidence les diverses dimensions (culturelles, sociales et psychologiques) qui sont à considérer et la multiplicité des interventions dont un usager migrant peut être l'objet, ainsi que les résistances que peuvent susciter la prise en charge d'un tel usager auprès des professionnels. Dans la deuxième partie, nous analysons le cadre de référence (la culture) des professionnels de la santé et de la relation d'aide en nous appuyant sur les recherches et les connaissances récemment développées par l'anthropologie médicale et par la psychologie. La troisième partie dégage des lignes directrices pour une formation interculturelle de ces professionnels.

REPRÉSENTATIONS SOCIOCULTURELLES ET RENCONTRES INTERCULTURELLES

Histoire de Mme L. requérante d'asile en Suisse, originaire de la République Démocratique du Congo

Mme L., ayant fui son pays après avoir été emprisonnée pour des raisons politiques, nous est adressée par la sage-femme qui la suit à domicile depuis la naissance de son fils, il y a quatre mois. Mme L. serait déprimée et aurait besoin d'aide. Lors du premier entretien, nous la recevons accompagnée de la sage-femme. Celle-ci décrit en présence de Mme L. ses observations ainsi que ses préoccupations. Mme L. complète en parlant de ses pleurs fréquents et de la tristesse qu'elle éprouve sans pour autant en connaître la raison. À ce propos elle a une formule particulière : « la tristesse m'est entrée dedans ». Cette formulation de son trouble nous pousse à explorer une explication plus traditionnelle de la maladie. Durant les entretiens suivants, elle parle d'un esprit qu'elle a en elle (mais ne sait pas lequel) qui la fait pleurer et lui dit parfois de faire des choses insensées comme de boire du savon ou de l'eau de Javel (les deux fois ces événements ont conduit à une hospitalisation aux urgences). Elle se sent démunie face à ce qui lui arrive et semble plongée dans une attitude passive dans laquelle elle subit les événements.

1. Nous avons pris le parti de développer notre réflexion en distinguant les domaines de la santé (médical) et de la relation d'aide (psychosocial) bien que les professions de la santé soient incluses dans le champ de la relation d'aide tel que le définit Rogers (1998) : « des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie » (p. 27).

Nous décidons de faire appel aux services d'une interprète afin d'avoir, par l'expression dans sa langue principale, un meilleur accès aux contenus culturels. Nous l'invitons aussi à venir à notre consultation d'ethnopsychiatrie². Lors de cette séance unique, beaucoup d'éléments de son passé resurgissent, permettant de remettre en lien ce passé avec ce que Mme L. vit ici. Ainsi, des conflits familiaux sont évoqués de même qu'une séparation douloureuse, lorsqu'elle avait dix ans, d'avec sa sœur aînée qui l'avait élevée. Cette sœur tombée sous l'emprise d'un esprit de l'eau fut envoyée « au village » pour s'y faire soigner sans que Mme L. ait pu la revoir. C'est à ce moment-là, nous dit-elle, que la tristesse est entrée en elle. Durant cette séance un va et vient entre les explications plus « culturelles » (présence d'esprit, protections, rites...) et les conflits personnels et familiaux est alors entamé. Il apparaît alors que la naissance du bébé a réactivé une idée de perte qui en appelle d'autres (le père, la sœur, la famille). Nous terminons en lui faisant part de notre interprétation : elle se trouve dans une situation pénible à la fois d'abandons successifs et de conflits familiaux qu'elle porte, semble-t-il, avec elle, ne sachant pas très bien s'il faut se tourner vers la tradition, la religion chrétienne ou la psychologie pour s'en protéger.

Par la suite, lors des séances individuelles, nous pouvons reprendre les séparations successives vécues par Mme L. (ses parents dont elle est sans nouvelle, sa sœur aînée, deux enfants issus d'un premier mariage, son pays, le père de son fils nouveau-né parti sans laisser d'adresse pendant la grossesse). Ce travail à partir de ses représentations socioculturelles de son mal permettra petit à petit de mettre des mots et un sens sur les affects dépressifs. Ainsi, la patiente peut se réapproprier son histoire et commencer à accepter la douleur de ces séparations et des deuils à vivre. Parallèlement, nous cherchons avec elle le moyen de la protéger de l'esprit. C'est auprès du prêtre de son Église et sur les conseils de celui-ci que Mme L. trouvera un moyen satisfaisant (la prière).

Pour une vision nuancée de chaque situation

À partir de cet exemple, nous allons aborder la question de l'importance d'une *compréhension intégrée* des situations vécues par les familles migrantes. Intégrer ne signifie pas, bien sûr, que chaque professionnel soit en mesure de donner une réponse incluant l'ensemble des problèmes rencontrés, mais bien qu'il en tienne compte. Cela peut paraître logique mais ne coule pas toujours de source au niveau des pratiques, tant certaines des situations provoquent, comme le rappelle von Overbeck Ottino (1999), des

2. Consultation dirigée par la D^{resse} S. von Overbeck-Ottino, Association Appartenances-Genève.

sentiments d'urgence, d'effroi, de révolte ou de désir de réparation. Il semble donc important de préparer les professionnels à être attentifs aux aspects qui sortent de leurs champs de compétences et de les encourager à utiliser et/ou développer des formes de collaboration en réseaux pluridisciplinaires.

Penchons-nous maintenant sur l'ampleur des changements et difficultés auxquels est confrontée la majorité des migrants. Il n'est pas rare qu'une multitude de dimensions soient touchées. Dans le cas de Mme L., on retrouve la dimension psychologique sous la forme d'une dépression. Au niveau culturel, il s'agit de la plainte de la présence d'un esprit. La dimension familiale se traduit chez elle par une perte de liens avec sa famille restée au pays, avec le père de son dernier-né, ainsi que par les difficultés dans la relation mère-bébé. La dimension sociale apparaît au travers d'un réseau d'amis relativement faible (quelques compatriotes et les « frères » de son Église) et une absence d'emploi qui la rend financièrement dépendante des services sociaux. Vient s'ajouter une dimension administrative : le rejet de sa demande d'asile, suivi d'une procédure de recours traitée par un avocat de la place. Dans certaines situations d'autres dimensions peuvent encore poser problème, par exemple les aspects somatiques ou encore la scolarité des enfants (problème de langue, redoublement, attentes différentes...).

Cette illustration montre la précarité et la complexité de ce type de situation sur laquelle se greffent les actions de nombreux professionnels (la sage-femme, l'assistante sociale, le médecin de l'hôpital, l'avocat, le psychologue, les membres de la consultation d'ethnopsychiatrie et l'interprète, le prêtre). Chaque dimension doit être considérée comme une pierre de l'édifice, et non pas comme la pierre angulaire. Sinon, il y a risque d'épuisement du professionnel qui pense « pouvoir résoudre » toutes les difficultés à la fois plutôt que de se centrer sur la dimension qui le concerne. Ceci soulève un certain nombre de questions. Comment gérer ce type de réseau de professionnels ? Quel genre de connaissance est nécessaire pour pouvoir agir efficacement ? Faut-il tout connaître de l'Autre (culture, religion...) afin de l'aider ?

Vers la construction d'une rencontre interculturelle

Nous pensons, comme d'autres (James, 1994 ; Moro, 1998 ; Nathan & Lewertowski, 1998 ; von Overbeck Ottino, 1999), qu'il est fondamental lors de la mise en place du processus d'aide de reconnaître comme valides les conceptions de la maladie, des soins et de la famille amenées par les personnes qui demandent de l'aide, c'est-à-dire de considérer ces conceptions comme des vérités en soi. Un des principaux obstacles à cette

démarche est que ces conceptions sont souvent considérées comme opposées au point de vue scientifique cartésien dominant et de ce fait ne sont pas prises au sérieux.

Le cas de Mme L. est exemplaire. Rappelons qu'elle est venue nous voir en se plaignant d'être déprimée. Nous ne savons pas si elle a eu l'occasion ou non de parler de l'explication de son trouble à d'autres intervenants que nous. Mais une chose est certaine : les autres professionnels n'en ont pas tenu compte. Ainsi, la sage-femme l'a présentée comme étant déprimée, de même que les médecins qui l'ont reçue aux urgences et qui l'ont suivie par après. En effet, l'absorption d'eau de Javel faisait suite à une réponse négative à la demande d'asile déposée par Mme L. auprès des autorités. Les diagnostics de tentative de suicide et de dépression (et la médication anti-dépressive mise en place) sont donc tout à fait cohérents du point de vue du cadre de référence des soignants. Malheureusement, comme ils ne prennent pas en compte la réalité telle qu'elle est vécue par Mme L., ils ne lui offrent pas une compréhension qui lui permette d'aller de l'avant. Elle se retrouve prise en charge par un système qui lui donne des réponses qu'elle ne comprend pas, car elles ne correspondent qu'à une partie de sa perception. Ce n'est que lorsqu'elle peut évoquer la présence de l'esprit et par là nous amener dans son monde (à la fois dans ses aspects traditionnels mais aussi familiaux et personnels) que les événements du présent peuvent résonner en elle et lui permettre de commencer à se laisser directement toucher par ce qu'elle a vécu et ce qu'elle vit actuellement.

Ainsi, prendre au sérieux des explications ou représentations socioculturelles dont sont porteurs les usagers migrants n'est pas qu'une lubie de thérapeutes en manque d'exotisme, elle a une fonction pragmatique pour la création de points de rencontre visant à actionner le processus d'aide. Il est intéressant de noter que le personnel médical n'est pas seul à être réticent à prendre en compte ce type de représentations. En effet, ce même phénomène se retrouve dans les professions de la relation d'aide, mais pour des raisons différentes. Bidou (1984) a analysé la culture de ces professionnels mettant en avant certaines valeurs qui leur sont propres. Parmi celles-ci on retrouve les thèmes d'égalité, d'universalité, de liberté, d'autonomie... Or, comme le fait très justement remarquer Cohen-Emerique (1998), ces conceptions entrent souvent en conflit avec celles amenées par certains migrants véhiculant des valeurs opposées, qualifiées de conservatrices ou primitives et naïves par ces mêmes professionnels. Si l'on observe parfois de fortes réactions de résistance face à des valeurs qui nous sont étrangères, c'est que la rencontre avec l'altérité a des répercussions sur l'identité des acteurs en présence (Lipiansky, 1998). Ainsi, ces moments peuvent être d'une grande richesse mais sont également susceptibles de provoquer des réactions défensives de repli ou de dénigrement chez les professionnels (von Overbeck Ottino, 1999) qui peuvent nuire à la relation d'aide.

L'Autre, différent de nous, parfois incompréhensible, nous renvoie selon Devereux (1967, cité par Cohen-Emerique, 1993) à nos propres « zones d'ombre ». Face à cet inconnu, poser une étiquette sur l'étrange nous permet de nous croire face à du connu. On évoquera la culture comme explication à tout ce qu'on ne saisit pas, ou au contraire on se refusera à admettre des différences et nos critères nosographiques habituels viendront à notre secours pour calmer l'angoisse que l'inconnu avait suscitée en nous (Mme L. aurait par exemple pu être considérée comme délirante ou fonctionnant dans le registre de la pensée magique tant son explication de son mal s'éloignait de nos schémas classiques). Malheureusement, dans un cas comme dans l'autre, nous ne nous rapprochons pas de la réalité de la personne rencontrée, mais plutôt de nos propres angoisses auxquelles nous aurons répondu avec des modèles « prêts à penser ». L'interculturel n'est donc pas une donnée en soi, car il ne s'agit pas d'être en présence d'une personne d'une autre origine pour prétendre à cette appellation. Nous pensons, comme Rey (1996) ou Clanet (1990), qu'il existe dans cette notion une idée de dynamique reflétée par le préfixe inter (comme dans le terme interaction). Il s'agit d'une construction dynamique à l'intérieur d'un espace d'échanges, construction dont le professionnel pourrait favoriser la mise en place étant donné le statut dominant qu'il occupe dans la relation à l'utilisateur.

Comme nous venons de le voir, les résistances se situent au moins à deux niveaux : le premier est d'ordre cognitif (seul un mode de penser rationnel est pris au sérieux). Le deuxième est d'ordre émotionnel, voire moral, puisqu'il s'agit de la confrontation des valeurs et des croyances. La relation interculturelle suppose donc de reconnaître ces résistances, de les gérer, voire de les dépasser.

MODÈLE MONOCULTUREL ET MODÈLES REPENSÉS

La culture biomédicale

Les résistances mentionnées font écho à un mode de penser, à une certaine vision du monde, voire à un imaginaire monoculturel (Perregaux, sous presse). Cette logique « mono » comme la nomme Rey (1996), souvent décrite pour l'univers scolaire, est également présente dans l'univers de la santé. Les anthropologues (Good, 1998 ; Helman, 1994) et les sociologues (Freidson, 1984 ; Parsons, 1951 ; Zola, 1983) qui ont étudié cet univers parlent d'une culture à part entière : la culture biomédicale. C'est parce qu'elle est dominante et qu'une majorité des professionnels de la santé, et par extension de la relation d'aide, y sont enculturés qu'il est important de s'y attarder.

La culture biomédicale est le prototype du mode de penser rationaliste occidental. En effet, la rationalité scientifique est la première des valeurs qu'elle véhicule. Ses corollaires sont : des mesures objectives et numériques, l'importance accordée aux données physico-chimiques et le dualisme corps-esprit. En général, les professionnels se centrent sur le seul usager, voire sur l'organe malade, plutôt que sur l'utilisateur en relation avec son environnement social. Lebrun (1993) montre même que la parole de l'utilisateur n'est pas entendue et qu'en l'état actuel de la médecine somatique elle ne peut pas l'être. Corraze (1992) pour sa part, dénonce les visées totalitaires de ce mode de penser : si des variables comportementales et/ou sociales sont prises en compte, c'est comme conséquence d'un dysfonctionnement biologique et très rarement comme son origine.

Anthropologie et pluralisme médical

Or, cette vision « mono » de la santé est contredite par les recherches anthropologiques. Pour Rossi (1997), la pratique médicale occidentale est divisée en deux courants. Le premier, qu'il nomme « orthodoxie médicale », correspond aux pratiques de la culture biomédicale décrites plus haut. Le deuxième courant, les « hétérodoxies médicales », recouvre trois domaines différents, à savoir les pratiques complémentaires (par exemple l'homéopathie), populaires (par exemple les rebouteux) et extra-occidentales (par exemple la médecine ayurvédique indienne). À l'intérieur même du monde occidental, ce pluralisme croissant est, selon Rossi, la marque d'un changement de représentation sur la santé. Ce changement, déjà relevé en 1992 par Berry, Poortinga, Segall et Dasen, remet en question l'hégémonie du système biomédical orthodoxe. L'absolutisme biologique, dont ce système a fait preuve jusqu'ici dans son courant dominant, est questionné en son sein même. En effet, certaines approches plus englobantes ont vu le jour comme l'approche bio-psycho-sociale (Engel, 1977) qui intègre le biologique, le psychologique et le social. La culture biomédicale n'est qu'une forme de cet absolutisme ou de la logique monoculturelle cartésienne occidentale. Les professionnels de la santé, comme les professionnels de la relation d'aide sont formés, à quelques exceptions près, à percevoir le monde à travers cette logique.

L'interrogation à propos du pluralisme médical et de la prise en charge intégrée des usagers prend toute son ampleur lorsque les usagers sont des personnes d'une autre origine culturelle que le professionnel. Comment, en se débarrassant de cet absolutisme, biologique ou rationaliste, tenir compte de la différence culturelle, sans tomber dans le relativisme extrême (donner une explication culturelle à tous les problèmes) ? Comment faire passer une information, un sens entre le système culturel biomédical et le système culturel de l'Autre ?

Une prise en charge repensée ?

Quelques chercheurs et praticiens se sont déjà penchés sur le problème et proposent une « troisième voie » entre l'absolutisme et le relativisme extrême. La plus connue en terre francophone est certainement l'ethnopsychiatrie.

Les apports de cette approche, fondée par Devereux (1970), sont principalement de deux ordres. Le premier a été de donner ses lettres de noblesses aux « pratiques cliniques exotiques ». Aussi bien Laplantine (1988) que Nathan et Lewertowsky (1998) insistent sur ce point. Ces pratiques et les univers dans lesquels elles s'inscrivent sont des connaissances à part entière et doivent être envisagées avec sérieux par le professionnel occidental. Elles sont encore trop souvent considérées comme des croyances irrationnelles exotiques, voire dangereuses pour la santé.

Le principe de complémentarité développé par Devereux (1970) est le deuxième apport majeur de l'ethnopsychiatrie. Il propose d'accorder une importance égale (et complémentaire) à une lecture clinique comme à une lecture anthropologique. C'est là toute la complexité de l'approche, comme le souligne Moro (1998) : comment travailler sur les deux niveaux sans les confondre ? Moro considère, entre autres, que la décentration est un apprentissage nécessaire pour faire face à cette difficulté. Elle suggère aussi la pluridisciplinarité des équipes cliniques : anthropologues, thérapeutes occidentaux et extraoccidentaux. C'est d'ailleurs le modèle de prise en charge que Nathan (1986) a conçu, à la suite des réflexions de Devereux, qui inspire Moro. Cependant, cet auteur se distingue de l'approche de Nathan en valorisant le métissage plutôt que la clôture culturelle (cette clôture serait nécessaire, selon ce dernier, pour se restructurer intérieurement). En effet, la reconnaissance et la réalisation de l'*altérité en soi* (résultat de toute migration) seraient un des objectifs des psychothérapies de migrants, mais également de la formation des futurs thérapeutes.

D'autres auteurs comme Gailly (1991) ou Mansour (1993), n'appartenant pas au courant de l'ethnopsychiatrie, insistent sur l'importance des facteurs socioculturels (et psychologiques) dans la prise en charge. Gailly, dont les réflexions portent en particulier sur les prises en charge psychothérapeutiques, propose de trouver des significations communes au thérapeute et à son client. Il est, selon lui, possible d'arriver à des situations cliniques « aussi culturellement partagées que possible » (p. 99). Pour ce faire, le professionnel est encouragé à « utiliser systématiquement des techniques présentes aussi dans les méthodes d'assistance non occidentales et donc plus familières au client » (p. 114). Il ne s'agit pas pour autant de prescrire des rituels ou de fabriquer des fétiches, mais le thérapeute « doit s'efforcer de procéder d'une façon qui, dans chaque cas, soit signifiante non seulement dans le cadre de sa propre vision du monde, mais encore dans le cadre de la vision du monde de son client » (p. 115).

Mansour (1993), dont les réflexions portent sur les médecins somaticiens, met l'accent sur la multiplicité des dimensions à prendre en compte, à savoir les aspects psychologiques, socio-familiaux, culturels et socio-politiques. Elle suggère que la formation des médecins intègre ces dimensions pour qu'ils puissent être sensibles aux déterminants de la relation avec les usagers et pas seulement aux déterminants de la maladie.

Kleinman (1978, 1980), psychiatre et anthropologue nord-américain, a élaboré une stratégie pour les médecins aussi bien psychiatres que somaticiens. Il propose à ces derniers de prendre en compte le « modèle explicatif de la maladie » (MEM) de l'utilisateur. Chaque modèle est un ensemble de notions à propos d'un épisode de maladie et de son traitement qui est utilisé par tous ceux engagés dans le processus clinique. Par une série de questions précises, le professionnel peut mettre à jour le modèle pour ensuite négocier avec l'utilisateur un traitement qui sera significatif pour les deux. Le soignant a ainsi accès au sens de la maladie (pourquoi moi ? pourquoi maintenant ?) et peut adapter le traitement en fonction de celui-ci.

D'autres chercheurs nord-américains ont aussi réfléchi à la question. Un certain nombre de ces auteurs mettent l'accent sur la connaissance de l'Autre et accumulent les descriptions de type anthropologique sur différents groupes ethniques ou minorités. Par exemple McGoldrick, Giordano et Pearce (1996) regroupent en un ouvrage une quarantaine de ces « monographies », chacune sur une minorité ethnique qu'un thérapeute de famille nord-américain peut un jour ou l'autre rencontrer dans le cadre de sa pratique. Ces monographies décrivent les types de relations familiales, l'impact de la mobilité sociale sur la famille dans son ensemble et ses membres individuellement, comment sont gérés des problématiques telles que l'homosexualité ou les mariages mixtes... Ce sont, selon les mots mêmes des auteurs, des cartes topographiques, qui permettent aux professionnels de se repérer dans l'univers familial de chacune de ces cultures. Cette approche est fondée sur l'apparente contradiction qu'il y a entre continuité et changement. En effet, d'une part les auteurs mettent en garde contre les stéréotypes, et d'autre part le livre qu'ils proposent peut être vu comme une collection de stéréotypes figés sur une quarantaine de groupes nationaux (il s'agit parfois de groupes religieux ou de groupes régionaux dépassant les frontières d'une nation) considérés chacun comme une culture à part : les « centraméricains » étant par exemple présentés comme appartenant à une seule culture. D'ailleurs Maranhão (1984) formulait déjà de sévères critiques dans ce sens à l'égard de la première édition de l'ouvrage (1982). Il qualifiait ce dernier de « Guinness Book of Cultural Stereotypes » (p. 267). Sans être aussi extrêmes, nous estimons que ce genre d'approches descriptives ou informatives est à double tranchant : certes, elles permettent une connaissance plus grande de l'Autre, mais les risques de généraliser et de créer des préjugés sont grands. Les recherches de McDiarmid et Price (1990, citées par Zeichner & Hoef, 1996) montrent cet effet sur des enseignants à

qui des formateurs ont présenté la « culture » d'élèves issus de minorités ethniques défavorisées. Notons que ce genre d'approche de type monographique existe aussi pour les soins infirmiers (Leininger, 1978) ou pour le travail social (Lynch & Hanson, 1992). Elles s'apparentent dans la forme et la philosophie au premier courant nord-américain de la communication interculturelle décrit par Ogay (dans ce volume) dont le centre d'intérêt est la diversité culturelle des comportements de communication. Dans la forme, puisqu'il s'agit de décrire différents types de comportements (dans ce cas liés à la santé), et dans la philosophie, puisqu'elles s'inscrivent en opposition au courant dominant de leur domaine respectif. En effet, elles critiquent l'inadéquation entre l'approche dominante qui ignore les questions culturelles et la réalité plurielle des usagers.

Ces diverses approches de la « troisième voie » ont en commun deux éléments, d'une part, l'ouverture vers un ou plusieurs autres champs disciplinaires (anthropologie, sociologie, psychologie), et d'autre part la décentration comme thème majeur. On peut cependant regretter qu'elles soient des tentatives isolées, même si parfois elles sont institutionnalisées. En outre, rares sont les auteurs qui proposent des lignes directrices pour la formation des futurs professionnels. Lorsqu'elles apparaissent, c'est souvent sous forme de suggestions peu réalistes ou de considérations d'ordre trop général pour être prises en compte par les formateurs. Dans la partie suivante, nous proposons une systématisation des thématiques à traiter lors d'une formation interculturelle des professionnels de la santé, et de la relation d'aide s'inspirant de cette « troisième voie » et visant à développer une capacité de décentration.

PROPOSITIONS POUR UNE FORMATION PLURIELLE

Connaissances en anthropologie

Il nous semble essentiel, au vu du cas présenté et des différents apports de l'anthropologie au champ de la santé discutés plus haut, que cette science sociale soit partie intégrante des cursus de formation, pour, d'une part, définir et débattre de concepts tels que ethnie, culture (Cuche, 1996), famille, maladie, soins, ou santé. D'autre part, il s'agit de faire en sorte que chaque professionnel devienne un « chercheur » ou tout au moins développe sa curiosité pour l'univers culturel des usagers. Les modèles construits pour rendre compte des différentes représentations de la maladie et de ses sens (Laplantine, 1986 ; Helman, 1994) peuvent servir de base pour cet enseignement tout en permettant de montrer la diversité existant dans cette sphère de l'activité humaine. Nous aimerions souligner ici qu'il ne s'agit pas de rentrer dans les descriptions détaillées de telle ou telle culture (comme le

font plusieurs approches nord-américaines) mais bien de montrer que tout comportement et toute connaissance sont inscrits et construits dans un cadre socioculturel et que les appartenances socioculturelles participent aux identités et visions du monde de chacun. L'effet escompté est une décentration, une prise de recul par rapport au modèle monoculturel dominant. Quelques outils ont déjà été mis au point pour atteindre cet objectif. Par exemple Cohen-Emerique (1984) a élaboré une grille qui permet d'interroger nos présupposés culturels. Pour cela elle propose, à partir de certaines rencontres ou incidents critiques (car ils provoquent un choc), une analyse systématique qui met en évidence les systèmes de valeurs en jeu de part et d'autre, en particulier les aspects qui ont été « choqués ».

Connaissances en matière de migration

La migration est une expérience humaine qui, même si elle n'est pas nécessairement traumatisante, implique un certain nombre de changements aux niveaux sociologique et psychologique qui vont au-delà des aspects uniquement « culturels » ou anthropologiques.

La présentation des différents types de migrations (Organisation Internationale du Travail, Organisation Internationale des Migrations & Haut Commissariat aux Réfugiés, 1994) et les statuts qui en découlent dans les sociétés de résidence permet d'appréhender le niveau sociologique. Bolzman (sous presse) propose par exemple une typologie qui permet de saisir d'un point de vue juridique la place qui est accordée aux migrants. Parallèlement à ces grandes catégories, il est également important de sensibiliser les professionnels aux aspects psychologiques qui sous-tendent toute migration, comme le projet individuel du migrant, les raisons et conditions qui entourent le départ (décision de partir, attentes et craintes souvent relayées par l'entourage, loyautés, traumatismes...) ainsi que les conditions de vie dans le pays d'arrivée (statut, reconnaissance, emploi ...). Les recherches et réflexions sur le processus d'acculturation et ses conséquences, en particulier celles de Berry (Berry, 1999 ; Dasen, sous presse) et de Camilleri (1990) sont des outils conceptuels précieux pour saisir les enjeux au niveau psychologique.

Ces contenus de formation que nous proposons ont pour objectif d'influer sur les représentations des professionnels. C'est la place des migrants au sein de nos sociétés ainsi que les conséquences affectives et identitaires d'une telle expérience qu'il s'agit de présenter dans sa complexité, afin de contrer les stéréotypes et les préjugés.

Connaissances en psychologie sociale

Le thème des relations entre groupes est depuis longtemps un sujet d'étude de la psychologie sociale : dès les années 50, Sherif (1966) observe des groupes de jeunes mis en situation de compétition et construit une théorie (des conflits réels) à partir de ces observations. À la suite de ces travaux, la psychologie sociale n'a cessé d'étudier les phénomènes de racisme, d'ethnocentrisme, de stéréotypes, de discrimination, d'attribution, de catégorisation différentielle... (pour une synthèse de ces travaux, voir Bourhis & Gagnon, 1994). Une connaissance de ces mécanismes psychosociaux présents dans toutes les relations entre personnes de groupes distincts permet une décentration. Cette connaissance devrait par exemple aider à prendre au sérieux les représentations et pratiques de soins autres qu'occidentales.

Le travail en réseau

Nous avons mentionné dans l'histoire de Mme L. le grand nombre de professionnels engagés en même temps dans sa prise en charge. D'aucuns, comme Lorreyte (1988), critiquent cette multiplication des intervenants comme un mal de nos institutions qui appréhendent la personne au travers de ses problèmes tout comme la médecine s'intéresse aux organes ou aux symptômes plutôt qu'à la personne. Nous préférons considérer cette réalité comme une donnée en soi et essayer d'en tirer le meilleur.

Wiener (1991) propose la notion d'arène professionnelle pour rendre compte de ce type de contexte dans lequel plusieurs professionnels sont impliqués. Les actions qui y sont menées se situent dans un espace scénique ayant un objet commun (par exemple répondre aux différents problèmes auxquels une famille migrante est confrontée). Du fait que ces différents professionnels s'occupent du même « objet », l'espace scénique devient également un lieu de confrontation dans lequel s'affrontent des interprétations et des pratiques différentes. Ainsi, mettre en place un travail en réseau pluridisciplinaire ne va pas de soi, car les champs des différentes disciplines en présence se recoupent sur certains plans. Comme le rappellent Grossen *et al.* (1998), ces zones floues entraînent des négociations sur la spécificité des actions à mener par chacun. Or, selon ces auteurs, la collaboration ne sera féconde que si les négociations ne menacent pas les identités sociales et professionnelles en jeu. Un moyen d'aller au-delà de ces tensions identitaires est de proposer à chaque professionnel d'objectiver ce qu'il avance, ceci permettant alors de sortir du jugement personnel et de s'appuyer sur des faits qui en tant que tels sont discutables et réfutables par chacun. Toujours selon Grossen *et al.*, une collaboration en réseau efficace nécessiterait trois conditions : la volonté d'organiser des rencontres de réseaux (comprenant un coordinateur, un cadre spatio-temporel), la nécessité

de collaborer sur des actions concrètes et objectivées, et enfin, d'instaurer des formes de régulation de la collaboration (présence d'un tiers ayant le rôle d'orchestrer les rencontres et de recentrer les discussions). Si chacun est prêt à entendre le point de vue des autres, une image plus complète va également pouvoir émerger de la personne prise en charge. La mise en place d'un réseau va être d'autant plus importante que le processus de relation d'aide est dans une impasse ou que des contre-attitudes apparaissent entre intervenants non coordonnés ou, de la part de ces mêmes intervenants, à l'encontre des personnes prises en charge.

En termes de formation, il s'agit d'une part de faire comprendre l'intérêt du travail en réseau (en montrant, par exemple, comment il permet d'éviter la multiplication d'interventions contradictoires), et d'autre part de proposer un apprentissage des conditions que ce type de collaboration implique et amener les participants à mieux se définir en termes d'identités professionnelles et donc d'objectifs propres.

Le travail avec un interprète

Un aspect qui nous paraît incontournable dans une formation à la relation interculturelle est l'apprentissage du travail avec un interprète. Or, l'introduction de la présence d'un tiers ne va jamais de soi. Dans un récent rapport sur l'utilisation d'interprètes dans le réseau médical suisse, Weiss et Stucker (1998) relèvent l'utilisation encore trop rare de ces professionnels et leur statut souvent déprécié au sein des institutions. Un certain nombre de recherches et de réflexions (Métraux, 1995, cité par Weiss & Stucker, 1998 ; Good, 1998) montrent pourtant l'importance pour la personne de pouvoir s'exprimer dans sa propre langue. En effet, le langage n'est pas seulement porteur de significations, mais également de symbolisme en tant qu'acte culturellement situé. Ainsi, comme le rappelle Jäggi (1996), la communication est porteuse des codes sociaux de la culture dont elle est issue. Dans la confrontation linguistique se rejoue également le rapport de pouvoir entre groupes, le porteur de langue étrangère étant habituellement infériorisé dans ces moments-là (Jäggi, 1993).

Le deuxième aspect concernant l'utilisation d'un interprète s'articule autour de la fonction que l'on désire qu'il joue. Habituellement, l'interprète est appelé à traduire de manière plus large que le mot à mot (Métraux & Alvir, 1995). Ainsi, en plus du sens des mots, il s'agit également de traduire ou transmettre le vécu, la part émotionnelle. Certains préconisent une fonction encore plus importante pour l'interprète. Ainsi, Nathan (1986 ; 1994) et Métraux et Alvir (1995) insistent sur le fait que celui-ci est également un médiateur culturel, c'est-à-dire qu'il apporte des éclairages sur les représentations culturelles inconnues du professionnel. En ce sens, il a le

rôle d'interroger à la fois la culture du client et celle du professionnel, afin de stimuler la construction de points communs et favoriser la création d'un espace interculturel.

Le thème central de l'apprentissage du travail avec un interprète est de prendre conscience des conséquences de sa présence. Un des éléments liés à cette thématique est celui de la perte, de la part du professionnel, d'un idéal de contrôle de la communication et de ses contenus.

Développement personnel

Pour que l'ensemble des connaissances présentées ci-dessus prennent un sens pour les professionnels dans leurs pratiques quotidiennes, il nous semble nécessaire qu'il s'ancre également dans une démarche de développement personnel faisant partie intégrante de la formation. Aux connaissances en anthropologie devraient faire écho une démarche de réflexion sur ses propres représentations de la santé, de la maladie et des soins. Rey (1995) propose d'explorer les migrations au sein de sa propre famille afin de prendre conscience que ce n'est pas un phénomène qui concerne seulement « les étrangers » mais qu'il est inhérent à tout être humain. Arriver à accepter l'ambivalence (Feldhendler, 1999), l'altérité en soi (Moro, 1998) et parvenir à se décentrer et à s'inscrire dans un processus de réciprocité (Perregaux, sous presse) sont autant de thèmes qui doivent être abordés en complément à la théorie. Ils sont la condition nécessaire à l'établissement d'une relation interculturelle dans le plein sens de ce terme. Ce ne sont pas des connaissances qui s'apprennent sur les bancs d'école. C'est d'un savoir-être dont il s'agit ici, et c'est dans l'expérience d'un travail sur soi qu'il s'acquiert.

Ce dernier point soulève la question de la formation des formateurs : quels formateurs peuvent aujourd'hui enseigner des matières telle que l'anthropologie et suivre leurs étudiants à un niveau plus individuel et émotionnel ? Nous imaginons qu'une telle formation peut être entreprise par un collectif de formateurs pour permettre un cursus de sensibilisation qui traite en parallèle les mêmes thèmes au niveau théorique et au niveau personnel.

CONCLUSIONS

Alors que les sciences de l'éducation, y compris les approches interculturelles en sciences de l'éducation, centrent la majorité de leurs réflexions et recherches sur l'école et ses acteurs, il nous paraît nécessaire d'élargir cet horizon à d'autres champs, dont celui de la relation d'aide et de la santé (mais pas seulement, les institutions de la justice ou du travail par exemple

gagneraient à ce que des recherches interculturelles se fassent en leur sein). Faut-il le préciser : il n'y a pas que les enseignants qui ont à faire face à une diversification des populations, les mêmes publics sont accueillis par l'école aussi bien que par les professionnels de la santé et de la relation d'aide que ceux de la justice ou de bien d'autres institutions.

Comme d'autres l'ont déjà remarqué (par exemple Krewer, 1999) les migrants sont perçus en général comme une « menace » : ils mettraient à mal notre ordre social, nos institutions et nous-mêmes (dans nos identités), en plus d'être eux-mêmes les victimes de terribles processus psychologiques provoquant malaise et souffrance. Cependant, ils se révèlent aussi être une « chance de développement pour dépasser les grilles et les structures traditionnelles de notre pensée et de nos actions » (Krewer, 1999, p. 98).

Malgré cette opportunité de développement, matérialisée par la diversité toujours croissante des populations dans notre société, une question reste ouverte : à quel point la logique monoculturelle propre aux institutions occidentales est-elle en décalage avec la réalité, le quotidien de chacun d'entre nous ? Il nous semble urgent que ces institutions réfléchissent au rapport à l'Autre qu'elles établissent et à leur relation à la différence culturelle. Les stratégies qu'elles mettent en œuvre pour faire face aux changements sociaux sont fondamentales pour l'ensemble de la société.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allemann-Ghionda, C. (1999). L'éducation interculturelle et sa réalisation en Europe : un péché de jeunesse ? In C. Allemann-Ghionda (Éd.), *Éducation et diversité socio-culturelle* (pp. 119-146). Paris : L'Harmattan.
- Berry, J. (1999). Acculturation et adaptation. In M.-A. Hily & M.-L. Lefebvre (Éd.), *Identité sociale et altérité* (pp. 177-196). Paris : L'Harmattan.
- Berry, J., Poortinga, Y., Segall, M. & Dasen, P. (1992). *Cross-cultural psychology. Research and applications*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Bidou, C. (1984). *Les aventuriers du quotidien*. Paris : P.U.F.
- Bolzman, C. (sous presse). Quels droits citoyens ? Une typologie des modèles d'intégration des migrants aux sociétés de résidence. In C. Perregaux, T. Ogay, Y. Leanza & P. Dasen (Éd.), *Migrations et intégrations. Regards pluridisciplinaires*. Lausanne : Payot.
- Bourhis, R. & Gagnon, A. (1994). La psychologie sociale des préjugés, des stéréotypes et de la discrimination. In R. Vallerand (Éd.), *Les fondements de la psychologie sociale* (pp. 715-772). Montréal : Gaëtan Morin.
- Camilleri, C. (1990). Identité et gestion de la disparité culturelle : essai d'une typologie. In C. Camilleri, J. Kastersztejn, E. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti & A. Vasquez, *Stratégies identitaires* (pp. 85-110). Paris : P.U.F.

- Clanet, C. (1990). *L'interculturel*. Toulouse : Presses universitaires du Mirail.
- Cohen-Emerique, M. (1984). Choc culturel et relations interculturelles dans la pratique des travailleurs sociaux. Formation par la méthode des incidents critiques. *Cahiers de sociologie économique et culturelle (ethnopsychologie)*, 2, 183-218.
- Cohen-Emerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, XVIII (1), 71-92.
- Cohen-Emerique, M. (1998). Le choc culturel, méthode de formation et outil de recherche. In J. Demorgon & E. Lipiansky (Éd.), *Le guide de l'interculturel en formation* (pp. 301-315). Paris : Retz.
- Corraze, J. (1992). *Psychologie et médecine*. Paris : P.U.F.
- Cuche, D. (1996). *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris : La Découverte.
- Dasen, P. (sous presse). Intégration, assimilation et stress acculturatif. In C. Perregaux, T. Ogay, Y. Leanza & P. Dasen (Éd.), *Migrations et intégrations. Regards pluridisciplinaires*. Lausanne : Payot.
- Devereux, G. (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- Devereux, G. (1970). *Essai d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-135.
- Feldhendler, D. (1999). Formation à la relation interculturelle par des approches psychodynamiques et dramaturgiques. In C. Allemann-Ghionda (Éd.), *Éducation et diversité socioculturelle* (pp. 249-264). Paris : L'Harmattan.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Gailly, A. (1991). Problèmes liés au contexte multiculturel de la relation soignant-soigné. In J. Leman & A. Gailly (Éd.), *Thérapies interculturelles* (pp. 97-115). Bruxelles : Éditions Universitaires.
- Good, B. (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu* (S. Gleize, trad.). Le Plessis-Robinson : Synthélabo.
- Grossen, M., Jovanovic Franciosi, J., Kaiser, C., Martinez, M., Oppizzi, L., Hippenmeyer, L.-H. (1998). *Représentations des difficultés d'apprentissage, collaboration et gestion des rôles dans les équipes pluridisciplinaires* (Rapport de recherche). Université de Lausanne.
- Helman, C. (1994). *Culture, health and illness*. Londres : Butterworth & Heinemann.
- Jäggi, C. (1993). *Zum Problem der interkulturellen Kommunikation im globalen und mikrosozialen Kontext*. Meggen : Inter-edition.
- Jäggi, C. (1996). Von der multikulturellen zur interkulturellen Gesellschaft. Überlegungen aus kommunikationstheoretischer Sicht. In H.-R. Wicker, J.-L. Alber & C. Bolzman (Eds) *Das Fremde in der Gesellschaft : Migration, Ethnizität und Staat* (pp. 427-438). Zürich : Seismo.
- James, F. (1994). La signification culturelle du symptôme. *Psychothérapies*, 2, 77-83.

- Kleinman, A. (1978). Clinical relevance of anthropological and cross-cultural research : concepts and strategies. *American Journal of Psychiatry*, 135(4), 427-431.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA : University of California Press.
- Krewer, B. (1999). La construction de l'autre culturel du point de vue de la psychologie. In M.-A. Hily & M.-L. Lefebvre (Éd.), *Identité collective et altérité* (pp. 93-111). Paris : L'Harmattan.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.
- Laplantine, F. (1988). *L'ethnopsychiatrie*. Paris : P.U.F.
- Lebrun, J.-P. (1993). *De la maladie médicale*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing*. New York : John Wiley and Sons.
- Lipiansky, E. (1998). Perception de l'autre et pédagogie des rencontres. In J. Demorgon & E. Lipiansky (Éd.), *Le guide de l'interculturel en formation* (pp. 149-157). Paris : Retz.
- Lorreyte, B. (1988). La fonction de l'Autre : arguments psychosociologiques d'une éducation transculturelle. In F. Ouellet (Éd.), *Pluralisme et école* (pp. 339-361). Québec : Institut Québécois de Recherche sur la Culture.
- Lynch, E. & Hanson, M. (1992). *Developing cross-cultural competence*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing.
- Mansour, S. (1993). La complexité de la relation de soins : perspectives culturelles et psychosociales. In J. Cook & J.-P. Dommergues (Éd.), *L'enfant malade et le monde médical* (pp. 121-133). Paris : Syros.
- Maranhão, T. (1984). Family therapy and anthropology. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8, 255-279.
- McDiarmid, G. & Price, J. (1990). *Prospective teachers' view of diverse learners*. East Lansing, MI : National Centre for Research on Teacher Education.
- McGoldrick, M., Giordano, J. & Pearce, J. (Ed.). (1996). *Ethnicity and family therapy* (2^e éd.). New York : The Guilford Press.
- Métraux, J.-C. (1995). *Amélioration de l'accès aux soins des populations migrantes. Un droit : s'exprimer dans sa propre langue*. Manuscrit non publié. Lausanne : Association Appartenances.
- Métraux, J.-C. & Alvir, S. (1995). L'interprète : traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute. *Interdialogos*, 2, 22-26.
- Moro, M.-R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris : Dunod.
- Nathan, T. (1994). *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob.
- Nathan, T. & Lewertowski, C. (1998). *Soigner. Le virus et le fétiche*. Paris : Odile Jacob.

- Organisation Internationale du Travail, Organisation Internationale pour les Migrations & Haut Commissariat aux Réfugiés (1994). *Migrants, réfugiés et coopération internationale*. Genève : Auteurs.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York : The Free Press.
- Perregaux, C. (sous presse). *L'intégration sociale et scolaire : aussi une histoire de langue(s) ?* In C. Perregaux, T. Ogay, Y. Leanza & P. Dasen (Éd.), *Migrations et intégrations. Regards pluridisciplinaires*. Lausanne : Payot.
- Rey, M. (1995). Les migrations à travers les arbres généalogiques. In E. Poglia, A.-N. Perret-Clermont, A. Gretler & P. Dasen (ÉdS), *Pluralité culturelle et éducation en Suisse* (pp. 259-265). Berne : Peter Lang.
- Rey, M. (1996). *D'une logique « mono » à une logique « inter »* (Cahier de la Section des Sciences de l'Éducation n° 79). Université de Genève.
- Rogers, C. (1961/1998). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Rossi, I. (1997). *Corps et chamanisme*. Paris : Dunod.
- Sherif, M. (1966). *Group conflict and cooperation : their social psychology*. Londres : Routledge & Paul Kegan.
- Von Overbeck Ottino, S. (1999). Violences collectives et travail psychothérapique : nécessité d'une intégration des aspects individuels, familiaux et culturels. *Psychothérapies*, 19(4), 235-245.
- Weiss, R. & Stuker, R. (1998). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins* (Rapport n° 11). Neuchâtel : Forum Suisse pour l'Étude des Migrations.
- Wiener, C. (1991). Arenas and careers : the complex interweaving of personal and organisational destiny. In D. Maines (Ed.), *Social organisation and social process. Essays in honor of Anselm Strauss* (pp. 175-188). New York : de Gruyter.
- Zeichner, K. & Hoeft, K. (1996). Teacher socialization for cultural diversity. In J. Sikula, T. Buttery & E. Guyton (Ed.), *Handbook of research on teacher education* (pp. 525-547). New York : Macmillan/Prentice Hall International.
- Zola, I. (1983). *Socio-medical inquiries : recollections, reflections and reconsiderations*. Philadelphia, PA : Temple University Press.