



HANDICAP,
MIGRA-
TION

ET

INTER-
CULTURALITÉ

HANDICAP, MIGRA- TION ET INTER- CULTURALITÉ

—
Hélène Marcelle

Auteur : **Hélène Marcelle**
Conception graphique: **Léa Dupuis**

Achévé d'imprimer en Belgique
sur le presse de Manufast
décembre 2014

INTRODUCTION - - - CE QUE LA DIVERSITÉ FAIT AU SECTEUR BRUXELLOIS DU HANDICAP	12
--	----

CHAPITRE 1 - - - MÉTHODE 17

① VERS UN OBJET DE RECHERCHE	17
② COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT	18
③ ECHANTILLON	19
3.1 Les participants à la recherche	19
3.2 Les participants à la journée Let's Go	21
④ MÉTHODE DES ENTRETIENS INDIVIDUELS ET EN DUO	21
⑤ MÉTHODE DES ENTRETIENS DE GROUPE	23
5.1 La M.A.G.	23
5.2 La méthode des chocs culturels	24

CHAPITRE 2 - - - CONTEXTES 27

INTRODUCTION : DES MIGRANTS ET LEURS DESCENDANTS	27
① IMMIGRATION À BRUXELLES, QUELQUES CHIFFRES	27
② HANDICAP ET IMMIGRATION : APERÇU THÉORIQUE SÉLECTIF	28
2.1 Les principales connaissances en Belgique	28
2.2 Les Race and Disability Studies, une discipline en soi.	29
2.3 les personnes handicapés issues de l'immigration en tant que public des services.	30
③ POLITIQUE MIGRATOIRE ET DU HANDICAP	33
3.1 Le droit au séjour pour raisons humanitaires	33
3.2 Le droit à l'allocation (niveau fédéral)	34
3.3 L'accès aux services bruxellois d'accueil et d'accompagnement de la personne handicapée	35
④ ETHIQUE D'UNE RECHERCHE SUR LES MIGRANTS...	36

CHAPITRE 3 - - - CULTUREL, MULTICULTUREL, INTERCULTUREL 39

INTRODUCTION	39
① PROBLÈME SOCIAL OU CULTUREL ?	39
② LA CULTURE	42
2.1 La culture est relationnelle	42
2.2 La culture, cette inconsciente	44
2.3 La culture est évolutive	47
③ LES 4 NIVEAUX DE LA CULTURE	48
3.1 La culture nationale	49
3.2 La culture régionale	49
3.3 La micro culture	50
3.4 La macro-culture	51
④ LE MULTICULTUREL	52
⑤ L'INTERCULTUREL	54
5.1 De la compétence à l'approche interculturelle	54
5.2 Définition choisie	55
5.3 Affinités entre interculturel et multiculturel	55

CHAPITRE 4 - - - RAPPORT PROFESSIONNELS/ PUBLICS – ANALYSE DES CHOCS CULTURELS 57

INTRODUCTION	57
① LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE	58
1.1 Divergences autour de la gravité de la souffrance	58
1.2 La réponse au pathologique	59
② LE SENS DU SOIN ET DE LA PRISE EN CHARGE	61
2.1 Un Psy ? Pourquoi faire ?	61
2.2 La promotion du dialogue parent-enfant	62
2.3 La famille qui s'occupe de tout	64
③ ENGAGEMENT, TABOUX ET RESPECT DE LA VIE PRIVÉE : LA QUESTION DES MODALITÉS DE LA RELATION ÉTABLIE ENTRE PROFESSIONNELS ET AIDANTS PROCHES	65
3.1 Le sens de la collaboration dans la relation d'aide	65
3.2 La transparence : on se dit tout ?	67
3.3 Rapports de genre et vie privée	69

④	TEMPORALITÉS DIFFÉRENTES	71
⑤	HOMOGÉNÉISATION ETHNIQUE : LA PEUR DU GHETTO	73
⑥	EN GUISE DE CONCLUSION	75

CHAPITRE 5 - - - RESSOURCES HUMAINES MULTICULTURELLES 77

	INTRODUCTION	77
①	COLLABORATIONS PROFESSIONNELLES AUTOUR DE LA PERSONNE HANDICAPÉE IMMIGRÉE	78
②	MOBILISATIONS INTERNES	81
③	GESTION LINGUISTIQUE	82
	3.1 Mobiliser les compétences linguistiques des travailleurs	82
	3.2 Le recours à l'interprétariat social	86
	3.3 Interprète social et Médiateur social : même combat ?	90
④	LA DIVERSITÉ CULTURELLE ET CONFESIONNELLE DANS LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	92
	4.1 Le prisme des stéréotypes et des normes fantasmées	94
	4.2 Conséquences de Irruption du signe convictionnel et ses conséquences	96
⑤	EN GUISE DE CONCLUSION	97

CHAPITRE 6 - - - L'APPROCHE INTERCULTURELLE 101

	INTRODUCTION	101
①	LA DÉCENTRATION	102
	1.1 But	102
	1.2 Cadre référentiel et zones sensibles dans le secteur bruxellois du handicap	102
	1.3 Indices de décentration	109
②	LE DÉCODAGE	110
	2.1 Enjeux	110
	2.2 À la découverte du cadre de référence de l'autre...	111
	2.3 Indices de décodage	120

2.4 Exemple : le coping religieux 120

③ LA NÉGOCIATION 124

3.1 Enjeux 124

3.2 Moyens : accomodements et Mediations 126

3.3 Indices de négociation 126

CONCLUSION 131

BIBLIOGRAPHIE 137

REPERTOIRE 

MERCI POUR VOTRE ENTHOUSIASME ET VOTRE SOUTIEN...

8ème jour, Accueil Temps libre de Ganshoren, ACSEH, AFRAHM, ALTEO, ANAHM, APRE, Ateliers Malou, ATL Schaerbeek, Badje, BADJE, BAPA (CIRé), Bataclan, BXL Accueil, CBAI, CEMôme, Centre Arnaud Fraiteur, Centre Exil, Centre Familial Belgo-Immigré, Centre National Sclérose en Plaque, Centre Sesame, Commune d'Ixelles/Service social, Comprendre et Parler, Convivial ASBL, CREB l'Eveil, CREB Solidaritas, CREB Woluwé, De Ark te Laken', De Lork, D'ici et d'Ailleurs, Etoile Polaire, EXIL, FAMISOL, FARRA, GAMP, Handicap International, Institut de la Vie, IRAHM, IRFAM, KUL Leuven, La Braise, La Cité Joyeuse, La Famille L'arche, Le Potelier des Pilifs, Le Pré-Texte, Le Souffle, Les Amis d'Aladdin, Les Pissenlits, Les Platanes, Les Scouts, Les Tofs-Services, Les Weigélias, Ligue Braille, LIMC, Lire et

Écrire Bruxelles, L'Ouvroir, LUAPE, Maison de l'Amérique Latine, Médecins du Monde, Medimmigrant, Mutualités Chrétiennes, Nos Pilifs, Partenariat D+ de Schaerbeek et St-Josse PHARE, RÉCI, Résilience et Intégration, SAPHAM, Saphir BXL, Service Accompagnement BXL, SETIS, SIREAS, SISAHM, SUSA, Tof Services, Transition, Travail et Vie, Triangle Bruxelles, Troisième Oeil, U Ghent

... ET MERCI AUX BÉNÉFICIAIRES POUR LEURS TÉMOIGNAGES PRÉCIEUX.

INTRODUCTION - - - CE QUE LA DIVERSITÉ FAIT AU SECTEUR BRUXELLOIS DU HANDICAP

Cette recherche exploratoire se fonde sur un parti pris qui voit dans la différence sociale et culturelle une opportunité pour, d'une part, accroître les compétences du secteur du handicap et, d'autre part, favoriser l'innovation sociale en termes d'inclusion et d'intégration des personnes handicapées et issues de l'immigration.

Depuis des années de recherche, l'Observatoire de l'accueil et de l'accompagnement de la personne handicapée constate la croissante complexité des défis auxquels sont confrontés les professionnels du handicap. A Bruxelles, cette complexité se manifeste entre autres sur le plan multiculturel et sur celui de la condition immigrée. Le public handicapé issu de l'immigration a cela de particulier qu'il peut pâtir de deux contextes qui s'ajoutent à la marginalisation déjà engagée par la situation de handicap. Le premier relève de la politique migratoire où immigration rime parfois avec déqualification, avec incertitudes quant au statut de séjour, avec faible accès aux langues nationales ou encore filtres administratifs de l'Office des étrangers qui ne peut pas accueillir « toute la misère du monde »... autant de facteurs de la précarité du migrant. Le deuxième contexte est celui de l'absence d'approche interculturelle dans la relation d'aide institutionnelle avec les migrants et leurs descendants nés en Belgique. Cette absence, malgré les efforts de quelques pionniers, porteurs de la politique de cohésion sociale, est encore largement ressentie tant en première ligne qu'en seconde dans de nombreux organismes pratiquant le « travail sur autrui » : aide sociale, éducation et santé. Par conséquent, le contexte politique et la faible avancée de l'interculturalisme concourent à l'ancrage symbolique d'une immigration négative ou du moins « problématique ».

Dans le secteur bruxellois du handicap, les professionnels tirent la sonnette d'alarme. Certains craignent un plus faible accès des personnes issues de l'immigration aux services et à leurs droits, tant à cause des barrières institutionnelles (culture institutionnelle, la mauvaise communication, le court-circuitage culturel des relations d'aide et d'accompagnement) qu'à cause de choix volontaires du public (garder l'enfant chez soi, ne pas soupçonner certaines manifestations comme handicap, etc.). **Comment intervenir dès lors sur les pratiques professionnelles et les offres afin de garantir un service universel et juste dans une société plurielle et inégalitaire ?** C'est la question de départ de la présente recherche qui s'est focalisée non pas sur l'accès mais surtout sur la relation d'aide en tant qu'expérience de l'accessibilité. Expérience où l'interculturalité joue un rôle déterminant.

L'INTERCULTUREL AU SERVICE DE L'INCLUSION

Le public issu de l'immigration : un problème, un défi, une chance ?
Quelle que soit l'opinion qu'on s'en fait, les difficultés précitées mettent globalement à l'épreuve le travail d'inclusion auquel s'engagent les professionnels organisés autour de la personne handicapée et de ses besoins. Elles remettent en question la complétude du protocole universaliste de la politique du handicap appuyé entre autres par la Convention des droits des personnes handicapées des Nations Unies (Mégret, 2008). En effet, si le vœu d'une politique transnationale du handicap est un projet profondément humaniste, « ne pas tenir compte des différences locales peut contrer l'effet et la productivité de ces programmes et politiques. D'autres études des dynamiques sociales, dont le handicap, ainsi qu'une connaissance pointue des contextes, cultures, communautés et entourages locaux sont nécessaires » (Devlieger, 2010:4). Par conséquent, une prise en compte de l'expérience migratoire et de la différence culturelle permettrait de renforcer l'accessibilité et la qualité de la relation d'aide avec la diversité des publics en situation de handicap. Ce tournant culturel qui se produit dans certains pays, dont le Canada depuis près de trente ans, et chez nous, depuis peu, n'est sans doute pas incompatible avec l'ambition universaliste de Nations Unies. En effet, « malgré cette récente évolution, il semble bien qu'une certaine unité d'inspiration fondamentale du projet puisse être conciliable avec la prise en compte de la diversité de l'Humanité. La pluralisation des droits de la personne semble avoir pour prémisse l'idée, en soi assez révolutionnaire et qui mérite d'être finement comprise, que certains groupes ont en même temps une expérience et des besoins distincts en matière de droits » (Mégret, 2008).

Ce qui peut apparaître erronément comme une démarche particulariste, de type compensatoire à l'égard de la population handicapée issue de l'immigration, est avant tout une stratégie efficace pour saisir la diversité des facteurs de la qualité d'un service à la personne handicapée, quelle que soit sa culture et son niveau socio-économique. En effet, pour paraphraser Pascale Taminiaux, responsable de projet à la Fondation Roi Baudouin, « c'est bien en se focalisant sur l'accès des personnes les plus éloignées des biens et services publics que nous pourrions garantir une meilleure qualité de l'aide à autrui »¹. Il ne s'agit donc pas d'une démarche particulariste que les opposants à la discrimination positive pourront railler, mais bien d'un apport à la réflexion constante sur nos capacités à comprendre ces « autres » que « nous » et nos institutions construisons chaque jour. Cela signifiera aussi, par-delà le présent travail de revenir sur le sens des pratiques professionnelles à la lumière de l'approche interculturelle et des enjeux posés par la condition migrante en Belgique, notamment sur le plan statutaire de la reconnaissance du handicap.

¹ Lors d'un entretien en mars 2013 à la Fondation Roi Baudouin.

En comprenant la relation professionnels/publics, c'est donc bien un « nous » et un « eux », que l'on cherche à identifier, non pas comme autant de « profils-type » ou de réalités statistiques mais bien comme autant d'acteurs impliqués dans des logiques sociales différentes que seule une démarche qualitative peut éclairer. La présente recherche en est, à ce niveau, à un premier débroussaillage en se mettant à l'écoute des expériences des professionnels et en leur fournissant déjà des clés théoriques et pratiques pour développer l'approche interculturelle sur leur terrain. Cette centration sur la qualité de la relation professionnel/public est l'orientation prise par la recherche en vertu de son impact déterminant sur le succès des services auprès des personnes issues de l'immigration. En cela, la recherche prend, d'une certaine manière, la relève de l'importante étude menée en Suisse par la Docteur Geneviève Piérart auprès des familles issues de l'immigration et des familles suisses non-issues de l'immigration (Piérart, 2013b). Plus précisément, nous tentons de rebondir sur une de ses conclusions selon laquelle « la manière dont la famille évalue les soutiens reçus exerce un impact plus important sur la mobilisation de nouveaux soutiens que l'équilibre entre les contraintes et les ressources (matérielles, humaines) du système familial. Cette perception des soutiens est surtout influencée par la possibilité, pour les parents, de comprendre le handicap de leur enfant et d'évaluer ses besoins » (Buchilly, 2011 : 103). Autrement dit, s'il existe des facteurs d'exclusion socio-économique, il importe aussi de considérer la relation d'aide, l'interculturalité étant l'une de ses clés. Celle-ci pose pour principe qu'une connaissance a priori des immigrés et de leurs descendants n'outille pas pour autant la relation d'aide. Au contraire, c'est une connaissance des différentes dynamiques de la relation entre professionnels et ces publics qui permet d'accroître la qualité de l'aide et de l'accompagnement. La présente recherche le démontrera tout au long de ses 6 chapitres.

STRUCTURE DU RAPPORT

Après les chapitres fixant la méthode et le contexte de la problématique, le rapport présente en deux chapitres empiriques distincts **les chocs culturels entre professionnels et leurs publics, d'une part et les impacts majeurs de la multiculturalité sur l'organisation et le sens du travail dans le secteur bruxellois du handicap, d'autre part**. Cette seconde partie empirique s'est construite spontanément durant l'enquête de terrain. Elle opère un déplacement nécessaire de l'objet de recherche focalisé initialement sur la relation au public à celui qui s'inquiète des relations entre les professionnels dans un contexte multiculturel.

En recoupant les faits, les récits et les chocs culturels, le rapport débouche sur un dernier chapitre qui tente de dresser **une grille d'analyse des situations interculturelles**. Cette grille propose des questionnements plus

que des réponses. Donc, pas de « recettes miracle ». Une telle ambition est périlleuse, étant donné la diversité des publics issus de l'immigration mais aussi des organismes d'aide, d'accompagnement, d'hébergement, de loisir, de défense, de formation, d'emploi qui diffèrent aussi fortement selon leur taille, leur organisation interne du travail, leur implantation géographique et les types de publics qu'ils prennent en compte. Cependant, cette auto-limitation n'empêche pas d'embrasser un maximum de situations à travers l'analyse d'une quinzaine de récits concrets, soit des expériences vécues directement par les professionnels rencontrés. Enfin, le rapport se clôt sur une conclusion



CHAPITRE ①

MÉTH- ODE

1 VERS UN OBJET DE RECHERCHE

Dans un premier temps, l'objet de recherche a consisté en une observation de la culture et les logiques de l'expérience migratoire, telle qu'elle est vécue par les personnes handicapées issues de l'immigration. L'Observatoire pensait alors qu'une ethnologie du public handicapé issu de l'immigration pouvait armer les professionnels d'un savoir assez utile pour qu'ils traitent au mieux les demandes de ce public.

Nous étions en 2012, sans disposer de temps et d'outils pour consolider la recherche. Toutes les connaissances sur le public n'étaient pas tirées directement auprès de lui mais via ce qu'en savaient les professionnels. En résultait un double biais. Primo, nous n'avions pas d'information sur les personnes handicapées mais celles qui sont uniquement connues des professionnels. Secundo, nous disposions avant tout de représentations que se font les professionnels au sujet des personnes handicapées issues de l'immigration. Après quelques entretiens exploratoires, la recherche entraînait en hibernation jusqu'en mars 2013 où elle reprit avec la nouvelle équipe de l'Observatoire et une nouvelle orientation.

Afin de conserver le travail déjà entamé, tout en évitant les biais précités, l'objet de recherche fut refondé en vertu des tenants méthodologiques et théoriques des cultural studies et des migration studies. La différence étudiée n'est pas celle de l'autre, le public, mais bien celle qui se construit dans la relation professionnel/public². C'est en effet dans cet espace relationnel que se donne à voir la culture mais aussi les enjeux inhérents à l'expérience migratoire (statut de séjour, projet migratoire, acculturation, etc.). La présente recherche se distingue donc des travaux d'anthropologie du handicap.

Car, en effet, « l'autrui culturel est très souvent, trop souvent appréhendé selon une approche différentialiste qui privilégie la culture en tant qu'entité homogène dans laquelle viennent s'inscrire les comportements. La plupart des travaux procèdent par éviction du principe d'altérité au profit d'études sur la culture qui conduisent à une connaissance par catégorisation, description et identification. Conscience d'autrui et connaissance d'autrui sont souvent confondues » (Abdallah-Preteille, 2005 : 34). A l'opposé de cette tendance, la présente recherche se concentre sur la construction de l'altérité à travers les vécus des professionnels et étudiera principalement :

- ⊙ Les chocs culturels vécus par les professionnels et les mécanismes sous-jacents à ces chocs
- ⊙ Les impacts spécifiques sur l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines en contexte multiculturel

² CF Chapitre 1, point 1 où l'on explique la construction de l'objet de recherche.

2 COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT

La guidance du travail de recherche fut assurée par un comité d'accompagnement spécifiquement constitué à l'occasion de la recherche.

Dans les rapports de recherches, on n'en parle bien trop peu, voire pas du tout. Ici, nous l'évoquons tant au travers de ses rôles qu'en énumérant sa composition.

Le Comité avait trois principaux rôles sur le plan méthodologique. Premièrement, on attendait de lui de juger de la pertinence des sources d'information, tant au niveau des informateurs que des sources théoriques. Des suggestions seraient à apporter en la matière sur base de la connaissance de terrain de chacun des membres du Comité. Deuxièmement, sans prétendre à l'exhaustivité et à la représentativité, le Comité a veillé à ce que les résultats reposent sur une diversification maximale des cas envisageables dans le champ étudié. Troisièmement, le Comité a permis, grâce à ses nombreuses remarques d'encadrer l'objet de recherche dans les enjeux macro-sociaux relatifs aux domaines d'expertise de chacun de membres. Sur le plan éthique, il était attendu du Comité qu'il présente les éventuelles interprétations morales de certains résultats de l'enquête. Le comité s'inquiéta donc de la réception publique et de la réappropriation des résultats et de ses éventuels effets pervers. Enfin, sur le plan de l'intelligibilité du rapport de recherche, le Comité a veillé à la lisibilité du rapport de recherche.

Le comité se composait de représentants du service PHARE et du cabinet de la ministre Evelyne Huytebroeck, en charge au moment de l'enquête de la politique d'aide à la personne handicapée à Bruxelles. Ainsi Mesdames Thérèse Kempeneers (A.F.R.A.H.M., Présidente de l'Observatoire), Véronique Gailly (Directrice d'Administration de l'aide aux personnes handicapées – PHARE), Manoëlle Velghe (PHARE, Service Grande Dépendance), Dominique Dugnoille (PHARE, Service de l'Emploi et des Aides à l'intégration) et Christine Versteegen (Cabinet de la Ministre Evelyne Huytebroeck) constituaient le noyau institutionnel. A elles, se sont ajouté des professionnels du secteur bruxellois du handicap, soit les acteurs de terrain suivant: Julie Barrozzini (Altéo), Nadia Bezgai (Badje – Bruxelles Intégration), Benoît Ceysens (La Ferme Nos Pillifs), Caroline Adolphy (La Clairière) et Anne Englebert (La Famille). Une troisième catégorie d'acteur a participé au comité. Il s'agit d'experts et de chercheurs engagés dans la lutte contre les inégalités, dans l'approche interculturelle et la question des migrations, soit: Amélie Meurice (Centre pour l'Egalité des Chances), Xavière Remacle (CBAI), Fatima Hanine (Centre pour l'égalité des Chances), Ali Aouattah (Service de santé mentale D'ici et d'ailleurs), Patrick Devlieger (Interculturalism, Migration and Minorities Research Centre / Katholieke Universiteit Leuven) et Altay Manço (Institut de Recherches, Formations et Actions sur les Migrations).

3 ECHANTILLON

3.1 LES PARTICIPANTS À LA RECHERCHE

3.1.1. DES PROFESSIONNELS DU HANDICAP ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Services d'accueil et d'accompagnement	24	2	1
Centres de jour	13		
Centres d'hébergement	5		
ETA	3		
Centres d'orientation	3		
Centre d'alphabétisation	1		
Médiation	1		
Centres de recherches et intervenants des matières migratoires et interculturelles	5		
Organismes de santé et de santé mentale	3		

Les entretiens ont été effectués auprès de 61 professionnels.
Ceux-ci émanent de 40 organismes différents:

La majorité de ces 61 professionnels :

sont des employés du secteur du handicap :

- ⊙ 51 sont actifs dans le secteur du handicap :
 - 32 travaillent en première ligne ;
 - 17 ont des postes de direction ;
 - 2 sont à la fois en première et seconde ligne.
- ⊙ 10 sont actifs en dehors du secteur mais engagés sur la question de l'immigration et du handicap (ou plus largement de la santé)

sont des femmes :

- ⊙ soit 86% des professionnels du handicap rencontrés sont des femmes
- ⊙ soit 50% dans les autres catégories professionnelles participant à l'enquête.

N.B. : 2 professionnels émanent d'une structure proposant à la fois un service d'accueil-accompagnement et un centre de jour. Un professionnel, travaille dans une structure qui est à la fois un centre de jour et d'hébergement.

Sur le plan de leur participation à l'enquête :

- ⊙ 26 ont participé aux trois entretiens collectifs, réalisés via la méthode d'analyse en groupe.

- ⊙ 22 professionnels ont participé à des entretiens collectifs, de type « focus group », quand il s'agissait de réunir autour de la table les professionnels actifs sur un même site.
- ⊙ 12 professionnels ont donné de leur temps pour un entretien individuel en face-à-face. Parmi ces entretiens individuels, nous comptons 4 entretiens qui ont le double statut d'entretien d'enquête et d'entretien de conseil et d'orientation méthodologique comme ce fut le cas par exemple pour le Centre Bruxellois d'Action Interculturelle et l'Université de Leuven.
- ⊙ 5 professionnels du secteur du handicap sur les 60 ont été interviewés à plusieurs reprises.

3
1
2

QUELQUES PERSONNES ISSUES DE L'IMMIGRATION ET EN SITUATION DE HANDICAP

Une petite dizaine d'entretiens a été menée parallèlement à la recherche de terrain. Ne constituant pas à proprement parler le corpus de l'analyse centrale de la recherche, ces témoignages viennent néanmoins illustrer et questionner les techniques de décodage interculturel élaborées dans le chapitre 6.

³ Les profils rencontrés ne sont sans doute pas représentatifs de la socio-démographie des Bruxellois issus de l'immigration et ayant un handicap. Par exemple, ils sont tous en séjour régulier, après, certes, des périodes irrégulières pour certains. Or, les professionnels ont rapporté de nombreux exemples de personnes handicapées en séjour irrégulier.

Le tableau ci-dessous reprend brièvement la diversité des profils³. Les personnes – personnes handicapées et/ou leurs proches aidants – ont été rencontrées via quatre organismes: le GAMP, un centre d'alphabétisation, une ETA

	âge et sexe	lieu de naissance	lieu de naissance des parents	handicap avant ou après migration	date et mode d'entrée en Belgique	reconnu ?	principale source de revenu	famille en Belgique	famille au pays	dépendance
1	51 ans H.	Maroc	Maroc	Avant (naissance) déficience mentale	1962 (avec son père, appel de main d'oeuvre marocaine)	V	Travail	Mère et fratrie père pendant son enfance	Père actuellement avec nouvelle épouse	/
2	41 ans F.	Maroc	Maroc	Avant (naissance) handicap moteur	1971 & 1980 (tourisme) 1991 (regroupement familial)	V	Allocation	Famille matrilatérale	Oui	/
3	39 ans F.	Maroc	Maroc	Avant (adolescence) malvoyance	2006 (clandestine)	/	CPAS	Soeur	Oui mais parents décédés	/
4	30 ans H.	Belgique	Congo	/	1983 (né en Belgique)	V	Allocation + Salaire de la mère	Seul avec sa mère	Grands parents décédés	V

5	34 ans H.	Algérie	Algérie/Russie	Avant (adolescence) cérébrolésion	1995 (article 9ter)	V	Allocation	Non	Parents	/
6	27 ans H.	Mauritanie	Mauritanie/Sénégal	Avant handicap moteur	réfugié	/	Travail	Père	Mère	/
7	39 ans H.	Maroc	Maroc	Après cérébrolésion	étudiant	V	Travail	Père et mère (arrivé après accident)	Frères et Soeurs	/

3.2 LES PARTICIPANTS À LA JOURNÉE LET'S GO

Le 11 novembre 2013, la Direction Administrative PHARE a organisé une journée d'étude avec le soutien de la Ministre Evelyne Huytebroeck, chargée de la politique de la personne handicapée à Bruxelles. Il s'agissait de susciter chez les professionnels du secteur bruxellois du handicap l'interrogation, l'échange et l'apprentissage autour de l'interculturalité. Baptisé Let's Go: Handicap, migration et interculturalité, l'événement a réuni aussi des travailleurs du secteur de la politique de Cohésion sociale. Après une matinée de conférence classique, l'après-midi fut consacrée à des ateliers de réflexion animés par des professionnels de l'interculturalité et des méthodes participatives.

En chiffres et en bref:

- ⊙ 81 professionnels se sont inscrits aux 5 ateliers lors de la journée d'étude Let's Go consacrée au sujet de notre recherche.
- ⊙ 46 organismes différents étaient présents. Parmi eux :
 - 29 émanaient du secteur du handicap;
 - 17 émanaient du secteur Cohésion Sociale.

4 MÉTHODE DES ENTRETIENS INDIVIDUELS ET EN DUO

Dans le cas d'entretiens face-à-face ou en présence d'une seconde personne (souvent un collègue), les méthodes mobilisées étaient celles, classiques, de l'entretien sociologique semi-directif. Le plan d'entretien était établi comme suit :

Description du service et du professionnel

- ⊙ historique
- ⊙ missions

- ⊙ actions concrètes
- ⊙ équipe

Description de la population accueillie ou accompagnée

- ⊙ types de handicap
- ⊙ profils (sexe, âge, demandes, situations de vie, etc.)
- ⊙ évolution des profils? dans quel sens?

Fréquentation d'une population multiculturelle?

- ⊙ combien de personnes? ampleur du phénomène?
- ⊙ évolution?
- ⊙ communautés spécifiques/particulières prépondérantes?
- ⊙ demandes spécifiques – particulières?

Descriptions de situations concrètes

- ⊙ âge, type de handicap, sexe
- ⊙ demande, mise en contact avec le service
- ⊙ travail réalisé avec la personne
- ⊙ description de la situation familiale et générale de la personne
- ⊙ spécificités éventuelles en regard d'une appartenance ethnique, religieuse ou autre?
- ⊙ stratégies ou actions mises en place avec ces personnes et les familles
- ⊙ difficultés spécifiques ou questionnements

Des questions qui se posent...

- ⊙ difficultés de communication?
- ⊙ difficultés d'entrée en relation?
- ⊙ difficultés pour accéder aux personnes?
isolement?
craintes?
- ⊙ demandes ou besoins spécifiques?
- ⊙ différences de perceptions du handicap et de la place de la personne?

Les ressources:

- ⊙ des ressources particulières?
- ⊙ des relais à prendre en compte?
- ⊙ des collaborations spécifiques développées ou à développer?

Conclusion

5 MÉTHODE DES ENTRETIENS DE GROUPE

5 : 1 LA M.A.G.

La Méthode d'Analyse en Groupe (M.A.G.) a été mobilisée de mai 2013 à janvier 2014 avec trois groupes de professionnels réunis à trois reprises. Les participants étaient issus de différents types de services à la personne handicapée ainsi que d'acteurs du secteur de la Cohésion Sociale.

Le recours à cette méthode s'est justifié en termes d'efficacité mais aussi de participation active des professionnels émanant de différentes structures financées par le PHARE. De plus en plus mobilisée dans la recherche et l'intervention en sciences sociales, cette méthode répond à un besoin d'actualité chez les professionnels du social et de la santé. En effet, selon les créateurs de cette méthode, « le brouillage des repères identitaires ainsi que la fragmentation et l'individualisation des expériences sociales conduisent à un paradoxe apparent : alors que les ressources de réflexivité et les capacités d'analyse sont davantage réparties et disséminées, la compréhension d'ensemble du jeu se brouille. Chacun, là où il est situé, dispose d'un point de vue privilégié, d'une connaissance intime de certains aspects du jeu social et de compétences pour en rendre compte. Mais, parce que chaque point de vue reste isolé et chaque expérience individualisée, la vue d'ensemble fait défaut. Si la lucidité dont chacun peut se prévaloir à titre personnel n'est pas mobilisée comme ressource collective pour la compréhension de l'action sociale, le sentiment de frustration et d'impuissance s'accroît par rapport à une situation sociale en transformation rapide et, à bien des égards, problématique. La M.A.G. vise précisément à articuler la prise en compte de la diversité des expériences et à élaborer une analyse d'ensemble, permettant de reconstruire le système d'action duquel les participants sont partie prenante. En cela elle conjugue l'engagement de chacun et la distanciation de l'analyse collective » (Van Campenhoudt et al., 2009 : 3).

Le programme d'intervention auprès de ces groupes s'est étalé sur trois demi-journées comme suit :

DEMI - JOUR 1

- ⊙ Tour de table de présentations brèves : nom, fonction, organisme
- ⊙ Tour de table des récits : présentation générique (2min/pers.)
- ⊙ Tour de plaidoirie (2 min/pers)
- ⊙ Vote
- ⊙ PAUSE

- ⊙ Récit raconté
- ⊙ Questions de compréhension
- ⊙ Tour d'interprétation (5min/pers.)
- ⊙ Réponses de la narratrice
- ⊙ Tour d'interprétation (5min/pers.)
- ⊙ Réponsesdelanarratrice
- ⊙ FIN

DEMI - JOUR 2

- ⊙ Présentation de la synthèse du demi-jour 1
- ⊙ Réactions, corrections, approfondissements, nuances des participants
- ⊙ Petis apports théoriques
- ⊙ PAUSE
- ⊙ Second récit raconté
- ⊙ Questions de compréhension
- ⊙ Tour d'interprétation
- ⊙ Réponses de la narratrice
- ⊙ Tour d'interprétation
- ⊙ Réponsesdelanarratrice
- ⊙ FIN

DEMI - JOUR 3

- ⊙ Présentation de la synthèse du demi-jour 2
- ⊙ Réactions, corrections, approfondissements, nuances des participants + éventuels apports théoriques de l'animatrice.
- ⊙ Tour de table de réflexion personnelle sur tout ce qui a été dit, retour sur soi, sur son expérience, faire des liens.
- ⊙ PAUSE
- ⊙ Approfondissement d'un élément central des analyses menées
- ⊙ Evaluation de la méthode, des trois journées vécues
- ⊙ FIN

5
2

LA MÉTHODE DES CHOCS CULTURELS

Cette méthode fut appliquée pour deux groupes lors de la journée d'étude Let's Go, par les formateurs du Centre Bruxellois d'Action Interculturelle (CBAI). Ce centre mobilise principalement la méthode des chocs culturels dans la lignée de celle créée par Margalit Cohen-Emerique, psychologue clinicienne et formatrice en approche interculturelle. La méthode est aussi connue sous le nom de la « méthode des incidents critiques ». Le terme « critique » désigne le rapport critique que le professionnel participant va développer en regard de ses pratiques et de ses valeurs. Cette méthode a été partiellement utilisée dans un format qui permettait néanmoins de la rendre

efficace: viser à l'assimilation de principes de base de l'approche interculturelle et de se les réapproprier dans un travail réflexif en petits groupes sur base de l'analogie de l'iceberg culturel de Kohls⁴.

- ⊙ Présentation du CBAI
- ⊙ Présentation des participants: nom, fonction et institutions.
- ⊙ Les composantes de la culture: où les participants sont invités à en donner des exemples.
- ⊙ Métaphore de l'iceberg:
 - Question posée au groupe: Quelles sont les composantes de la culture que l'on perçoit facilement (face émergée) et celles que l'on perçoit difficilement (face immergée)?
 - Un iceberg est dessiné et les participants sont invités à y noter les différentes composantes évoquées plus haut et à les placer sur la partie visible ou invisible de l'iceberg.

⁴CF Chapitre 2, point 3.2.



CHAPITRE (2)

CON- TEXTE

INTRODUCTION : DES MIGRANTS ET LEURS DESCENDANTS

Les flux migratoires composent avec les flux de biens et de services la réalité d'un monde globalisé et en perpétuel bouleversement. Qu'ils soient provoqués par la famine, la guerre, les catastrophes naturelles, l'instabilité civile, la crise économique, l'absence d'un système de soin, un mariage ou tout simplement l'espoir d'une vie meilleure, ces migrations sont aussi vécues par des personnes handicapées. Accueillies dans les pays occidentaux, les personnes handicapées découvrent un nouveau système légal, des règles et des critères relatifs à leur insertion dans la nouvelle société, un système de soin nouveau, des aides sociales sous certaines conditions, un nouveau cadre culturel mais aussi des réseaux de solidarité dans et hors la communauté ethnique. Toutes ces dimensions mettent à l'épreuve le projet migratoire: Comment le handicap sera-t-il reconnu? Combien de temps la personne pourra-t-elle rester sur le sol belge? Quels soins trouver? Comment accédera-t-elle à un travail? Sera-t-elle comprise si elle parle sa propre langue?

Outre les migrants handicapés, la présente recherche couvre aussi des situations où le handicap surgit au cours de la migration ou après l'installation en Belgique. Jeunes enfants ou adultes, autonomes ou pris en charge par la famille ou les proches, ils sont les témoins et acteurs du sens du projet migratoire de la famille et sont le lieu de cristallisation d'espoirs, d'inquiétudes et de sacrifices pour les proches aidants.

Des primo-arrivants aux Bruxellois de seconde et troisième génération, les personnes handicapées issues de l'immigration apportent avec elles leur culture d'origine et ses multiples recompositions dues au déracinement et à l'installation en Belgique. Incarnant doublement l'altérité, de par le handicap et l'expérience migratoire, ces personnes tentent de trouver des solutions, notamment auprès du secteur bruxellois du handicap. Mais qui sont-elles et quelles sont les conditions de leur accès aux services bruxellois d'aide? Dans l'attente d'une étude qui puisse pleinement répondre à cette question, voici, ci-dessous, quelques repères afin de contextualiser notre problématique.

① IMMIGRATION À BRUXELLES, QUELQUES CHIFFRES

À Bruxelles, la population d'origine étrangère représente actuellement 36,4% de la population étrangère totale en Belgique. Parmi elle, près de la moitié (48%) est issue de l'Union Européenne. Bruxelles peut être considérée (comme beaucoup

de métropoles) comme une «ville d'immigrés» et de «transit» et le sera de plus en plus avec près de 75% des Bruxellois qui seront issus de l'immigration. En effet, selon le sociologue Jan Hertogen, en 2020, Bruxelles comptera un million et demi d'habitants dont 30% d'étrangers, 40 à 50% de nouveaux Belges et 20 à 30% de Belges d'origine (Gutiérrez, 2010).

Autre chiffre: 10% des Bruxellois sont des primo-arrivants résidant en Belgique depuis moins de trois ans. Cette part de la population immigrée est croissante et fait l'objet d'une politique migratoire «d'accueil des primo-arrivants» en région de Bruxelles-Capitale. Selon cette politique, est considérée comme primo-arrivante toute personne de nationalité étrangère au moment de la migration, disposant d'un titre de séjour de plus de trois mois et séjournant de manière légale en Belgique depuis moins de trois ans. Cette définition n'inclut donc pas les demandeurs d'asile, les personnes déboutées et vivant dans la clandestinité ou les personnes en Belgique pour moins de trois mois... profils pourtant rencontrés par les professionnels du handicap qui doivent alors «bricoler» une aide dans un contexte d'incertitude et de stress permanent. De plus la définition bruxelloise ne coïncide pas avec d'autres définitions dont celle de l'ONE qui considère qu'une mère est primo-arrivante si elle est en Belgique depuis moins de cinq ans (Unger, 2013).

10% de primo-arrivants à Bruxelles, 75% de Bruxellois issus de l'immigration d'ici 2020, 20% de Bruxellois musulmans... autant de chiffres qui marquent le contexte géographique du secteur du handicap sans pour autant laisser présupposer de même proportions dans le public effectif du secteur bruxellois du handicap. Quelles sont les nationalités en présence? Les religions? Et du côté des professionnels du handicap, comment cette diversité se manifeste-t-elle? Une chose est sûre, la recherche de ces indicateurs ne peut faire l'économie de cette question: «jusqu'où peut-on encore être qualifié *d'issu de l'immigration?*» En outre, aucun outil ne nous permet de relever dans le secteur les différentes catégories ethniques en présence. Malgré ces lacunes, certains organismes avancent des chiffres qui peuvent varier de 10% à 80% de «personnes issues de l'immigration». Ce sont là des taux difficilement commensurables puisqu'il n'y a pas de méthode standardisée pour le traitement statistique, que l'on soit du côté des organismes financés par la politique du handicap ou que l'on soit du côté de l'administration..

② HANDICAP ET IMMIGRATION: APERÇU THÉORIQUE SÉLECTIF

② ① LES PRINCIPALES CONNAISSANCES EN BELGIQUE

Considérer conjointement les personnes issues de l'immigration et le handicap est une posture nouvelle dans les sciences sociales et l'action publique en Belgique. Après quelques démarches avant-gardistes en Flandre (Devlie-

ger, 2004 ; Samoy et al., 2005), le sujet semble aujourd'hui gagner du terrain avec des journées d'études et de récents travaux universitaires (Boone, 2009 ; El Boujaddayni, 2012 ; Valdebenito, *à paraître*). En Flandre, les *disability studies* et les *migrations studies* sont stimulées dans l'enseignement supérieur. Des professeurs pionniers comme Geert Van Hove à l'Université de Gand et Patrick Devlieger à Louvain, motivent les étudiants à engager leurs travaux sur l'expérience du handicap des personnes immigrées et, inversement, sur l'expérience migratoire des personnes handicapées.

Parmi ces quelques études nouvelles, l'analyse des problèmes relationnels entre les professionnels du handicap et leurs publics issus de l'immigration remet en question la « différence culturelle » en tant qu'argument explicatif. Selon El Boujaddayni, « encore trop souvent les professionnels pensent que les problèmes dans la relation interculturelle sont causés par des différences culturelles, tandis que la recherche montre que, généralement, les difficultés se trouvent dans l'atmosphère de la communication » (2013). El Boujaddayni montre ainsi que ce n'est pas tant une connaissance ethnographique qui sauve les incidents interculturels qu'une capacité à **poser les bonnes questions** et à s'interroger sur ses propres pratiques.

② LES RACE AND DISABILITY STUDIES, UNE DISCIPLINE EN SOI.

A notre connaissance, excepté les recherches citées, l'approche croisant immigration et handicap reste balbutiante en Belgique et est quasi-absente du paysage francophone. Par contre, l'approche est beaucoup plus fréquente outre-atlantique. Nous ne mentionnerons que quelques exemples ici.

Afin de valider l'hypothèse de différences, voire d'inégalités entre les groupes ethniques en matière de handicap, il faut de solides statistiques. Dès 1996, grâce à une tradition de la collecte et du recensement national de la diversité ethnique, les Etats-Unis ont produit des connaissances sur les taux de handicap (faible à sévère) selon que l'on soit Native Americans, Blancs, Noirs, Hispaniques ou Asiatiques. Les résultats montraient à l'époque que le plus haut taux de handicap se retrouvait chez les Native Americans tandis que les Blacks présentaient le taux de handicap sévère le plus élevé. Cette observation n'est pas sans faire écho à de précédents travaux réalisés au Canada sur la condition des femmes Natives ayant un handicap (Demas, 1993). Cependant, si les statistiques fournissent des corrélations édifiantes entre ethnicité et handicap, elles ne disent rien sur leurs mécanismes sous-jacents et sur le mode interprétatif à adopter en regard des résultats. Pour rendre intelligibles ces constats multidimensionnels, il fallait une nouvelle conceptualisation.

Dans les années 2000, la prise en compte du handicap dans les catégories ethniques – et inversement – va prendre appui sur une mobilisation théorique puissante : l'**intersectionnalité**. Concept posé dans le cas des femmes issues de l'immigration par Kimberle Crenshaw (1989) à l'Université de Chicago, il montre

l'intérêt de ne pas considérer genre et race comme deux variables cumulables mais comme deux dimensions enchâssées l'une dans l'autre relevant d'une spécificité qui dépasse la somme de celles-ci. Le concept sera repris dans le contexte du handicap où le fait d'être à la fois **handicapé et ethnici-sé par l'environnement social** constitue une expérience spécifique de l'injustice sociale. Une approche moins critique et plus pragmatiste de cette double identité, telle celle de Patrick Devlieger et Gary Albrecht menée à Chicago au sujet des Blacks ayant un handicap, permet aussi de saisir leurs tactiques de mobilisation du handicap ou de l'ethnicité afin d'accéder aux ressources ou à la reconnaissance sociale.

Avec ce concept d'intersectionnalité, l'art de croiser dans l'analyse plusieurs variables de l'identité mais aussi plusieurs cibles de la stigmatisation et de la discrimination, s'ouvre un champ spécifique de l'étude du handicap selon l'ethnicité: les *Race and Disability Studies*. Il s'agit de recherches qui s'ancrent dans l'observation des expériences croisées du handicap et de la «race». Celle-ci relève d'une conception spécifiquement anglo-saxonne où l'identité de «race» est à la fois le produit de la stigmatisation mais aussi un levier d'action pour les personnes concernées afin d'acquérir ressources et reconnaissance sociales. On sait qu'il n'existe pas de races différentes parmi les humains mais le fait que ce terme soit courant dans les discours et ait des effets concrets l'impose comme concept à part entière dans les sciences sociales anglo-saxonnes. L'essor des *Race and Disability Studies* tient en partie du dynamisme de personnes handicapées et/ou issues de l'immigration, à la fois engagées sur le plan académique et militant, tel l'Américain Chriss Bell.

Deux logiques sociales majeures sont relevées dans les *Race and Disability Studies*: la racialisation du handicap et la superposition du capacitisme (ableism) et du racisme (Bell: 2011). Ces deux logiques complémentaires se retrouvent dans certains discours et dispositifs où on retrouve :

- ⊙ d'une part, une suspicion systématique de dégénérescence directement attribuée à l'appartenance ethnique;
- ⊙ d'autre part, une relégation sociale par pathologisation des personnes immigrées souffrant en réalité d'exclusion.

Ce second point est particulièrement mis en valeur dans les études qui interrogent la surreprésentation des enfants issus de l'immigration dans l'enseignement spécial américain (Harry 2005, Blanchett, 2006). Cependant, ces études sont rares alors que celles qui étudient les inégalités sociales et ethniques entre élèves valides sont bien plus nombreuses (Rodriguez, 2014).



LES PERSONNES HANDICAPÉES ISSUES DE L'IMMIGRATION EN TANT QUE PUBLIC DES SERVICES.

Si les connaissances générales sur la vie et la «débrouille» des personnes handicapées immigrées ou appartenant à une minorité ethnique sont indis-

pensables, une focalisation sur leurs relations avec les ressources institutionnelles du pays d'accueil ou d'établissement est précieuse pour l'analyse qui suivra dans les prochains chapitres. Nous ne citerons que deux grandes études récentes : Jones et Tracy (2010) en Angleterre et Matanga et Freeze (2008) au Canada.

En 2010, en Angleterre, The Disability and Carers Service (DCS), publiait une recherche qualitative sur les « ethnic minority customers » (Jones et Tracy, 2010). Celle-ci débouchait sur des observations primordiales dont ces trois constats au sujet des personnes handicapées issues de l'immigration :

- ⊙ Une connaissance plus faible des offres de service et opportunités en termes d'allocation. Un temps plus long pour découvrir l'aide et s'orienter.
- ⊙ Une compréhension plus faible du système de services et d'aides financières. Par conséquent, ils s'inscrivent dans des démarches qui échoueront pour trois raisons en particulier :
 - leur profil n'entre pas dans les catégories ;
 - ils ne saisissent pas quel détail compte afin de défendre leur dossier ;
 - ils s'offusquent de la dimension intrusive des formulaires (pourquoi me demander autant de détails sur ma vie privée ?).
- ⊙ Le manque de clarté des critères de recevabilité attise aussi un sentiment d'injustice et d'arbitraire chez ceux qui voient leurs dossiers refusés.

Sans grande surprise, les barrières identifiées par les auteurs sont dues au manque de connaissance du système, l'absence de familiarité avec lui, la barrière linguistique et culturelle. Sans grande surprise non plus, cette étude s'inscrit dans celles, encore trop fréquentes, qui psychologisent et individualisent une question qui relève non pas de capacités, connaissances mais d'un système d'intégration sociale qui inclut des dispositifs normatifs (lois, procédures d'admission, mesure du handicap, etc.) constituant la dimension macrosociologique du problème.

Une analyse réalisée au Canada (Matanga et Freeze, 2008) à partir de l'expérience des personnes handicapées permet d'affiner ces barrières en tenant compte de leur relation avec l'ensemble des services tels que l'aide pour le logement, l'emploi, la santé, l'éducation ou la justice. Selon les auteurs, les relations avec ces instances s'effectuent dans une appréhension particulière qui prend sa source dans l'expérience passée dans le pays d'origine où ces instances, quand elles existent, fonctionnent autrement et signifient parfois tout autre chose.

Autrement dit, les relations avec certains services du pays d'origine contribuent à la formation d'une attitude particulière du migrant à l'égard des autres services du pays d'accueil.

Matanga et Freeze rapportent 5 constats quant au rapport qu'entretiennent les personnes handicapées issues de l'immigration avec les services d'aide générale ou spécifique :

- ⊙ Les agents des services sollicités se posent plus comme des gardiens de porte (« gatekeeper ») que des mains tendues.
- ⊙ La présence d'avocats ou d'interprètes sociaux dans la relation service/ personnes handicapées est beaucoup moins efficace que le contact direct avec des professionnels de l'aide qui connaissent la langue et les besoins spécifiques des personnes handicapées immigrées.
- ⊙ La multitude de procédures et de conditions transforme le parcours de la personne handicapée en parcours de sauts d'obstacles.
- ⊙ Les politiques publiques sont sous-informées quant aux besoins des personnes handicapées issues de l'immigration et ne fournissent pas la stabilité nécessaire aux opérateurs afin qu'ils mènent un accompagnement dans la durée.
- ⊙ Les acteurs de l'aide (tous secteurs confondus) ont des lacunes concernant la connaissance du handicap, de la culture, des langues et de la religion.

Toujours selon la même étude, il est intéressant de se reporter sur les raisons de désaffection des parents à l'égard du système éducatif. En effet, selon nous, les raisons invoquées pourraient servir de grille de compréhension de la désaffection qu'ils pourraient exprimer à l'égard des offres de services à la personne handicapée. En voici les trois principales :

- ⊙ L'expérience des parents ou des personnes handicapées avec les institutions du pays d'origine ont un impact déterminant sur leur attitude à l'égard des institutions du pays d'immigration :
 - Ils auront la plus grande méfiance ou le plus grand mépris vis-à-vis des institutions si celles qu'ils ont expérimentées dans leur pays d'origine étaient de type colonial ou postcolonial.
 - Ils adopteront une complaisance aigüe envers les institutions du pays d'accueil qui leur rappellent celles les plus autoritaires et religieuses de leur pays d'origine.
- ⊙ Les parents peuvent sous-investir les services aussi dans des contextes où ils éprouvent les plus grandes difficultés à stabiliser leur situation de séjour, à réussir leur regroupement familial, à garder ou obtenir un travail, à trouver de l'argent et surmonter la souffrance mentale.
- ⊙ Enfin, une dernière raison serait l'écart culturel (les valeurs, les croyances, les rôles homme/femme).

③ POLITIQUE MIGRATOIRE ET DU HANDICAP

③ : 1 LE DROIT AU SÉJOUR POUR RAISONS HUMANITAIRES

En cas de séjour irrégulier, l'article 9ter de la Loi sur le Séjour du 15 décembre 1980 permet théoriquement aux personnes immigrées avec un handicap et sans possibilité de se faire soigner dans leur pays d'origine d'obtenir le droit de séjour sur base de leur situation médicale. Cependant, certaines associations de défense des droits des immigrés pointent de fortes restrictions du côté de l'Office des Etrangers et du médecin fonctionnaire qui sont chargés d'évaluer la gravité de la situation. Depuis le démarrage de ce « filtre médical », « à peine 7% des demandes ont été déclarées recevables. Un grand nombre de situations médicales graves ne passent donc pas l'examen de recevabilité alors qu'il ressort du dossier médical qu'il y a un risque pour la vie, ou à tout le moins pour l'intégrité physique. Et que le risque vital serait relativement immédiat en cas d'arrêt du traitement en Belgique et de renvoi dans le pays d'origine. Dans les 7% de dossiers recevables, un certain nombre sont rejetés au motif que les soins dans le pays d'origine existent. Alors que, dans la réalité, ces soins ne sont pas accessibles, financièrement ou géographiquement, pour les personnes concernées » (CIRE, 2013).

Du côté des professionnels du handicap, nombreux se trouvent dans l'impuissance face aux personnes en séjour illégal ou doivent, comme l'indique ce témoignage, prendre des mesures complémentaires :

« Pour une partie des personnes avec qui on travaille, elles ne sont pas en ordre de séjour. On doit alors bricoler car il n'y a pas d'accès à Phare ni aux allocations de la Vierge Noire. Ces personnes sont en grandes difficultés, elles n'ont droit à rien. Elles ont déjà un handicap et en plus, on ferme toutes les portes ».

En outre, l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation illégale est tributaire des délais de l'administration des dossiers tant dans les services communaux que fédéraux de la politique migratoire.

Enfin, comme le signale ce travailleur dans un service d'accompagnement, les personnes immigrées ayant un handicap cumulent d'importantes difficultés : *« Nous sommes également confrontés à un phénomène nouveau, qui*

concerne les primo-arrivants qui sont venus ici pour des raisons avant tout économiques et politiques (asile politique). Souvent, ces personnes n'ont pas pu bénéficier d'une scolarité adaptée en raison de leur handicap et du manque de structures spécifiques pour les accueillir. Ce sont des personnes qui, généralement, sont analphabètes, vivent dans des situations précaires, n'ont pas droit à grand'chose, sinon à l'aide d'urgence du CPAS. Ce phénomène est rencontré par le service depuis son installation ici à Cureghem». La situation n'est plus occasionnelle. Nombreux professionnels relatent des situations alarmantes, comme cette travailleuse dans un service d'accompagnement :

« Constance a 9 ans et originaire du Congo. Elle est en Belgique avec sa maman depuis quelques années. On les connaît depuis un an et demi. Elles sont en attente d'une régularisation pour raison médicale. Cette petite fille a un handicap important, elle reste à la maison à temps plein, est sans école et sans papier. Qu'est-ce qu'on fait ? En quoi consiste le travail d'accompagnement dans une telle situation ? ».

3 2 LE DROIT À L'ALLOCATION

L'ASBL bruxelloise Medimmigrant qui oeuvre pour le droit à la santé des migrants a relevé les critères d'admission pour l'accès à l'allocation pour personne handicapée, démarche que peuvent entreprendre certains migrants. A donc droit à l'allocation :

- ⊙ Tout ressortissant d'un pays membre de l'Union Européenne ;
- ⊙ Toute personne reconnue comme réfugiée ou apatride ;
- ⊙ Tout citoyen d'Islande, de Norvège, du Liechtenstein ou de la Suisse
- ⊙ Tout citoyen d'Algérie, du Maroc ou de la Tunisie et avoir la qualité d'employé ou d'indépendant ;
- ⊙ Toute personne ayant bénéficié d'une augmentation des allocations familiales jusqu'à 21 ans suite à un handicap ;
- ⊙ Toute personne qui peut faire valoir des droits dans le cadre de l'accord intérimaire Européen du 11/12/1953 (ce qui concerne, outre certaines catégories précitées, les ressortissants de la Turquie)
- ⊙ L'époux ou l'épouse, le cohabitant légal ou membre de la famille d'un des citoyens précités, peu importe la nationalité du candidat ;

- ⊙ Tout titulaire d'une carte d'identité pour étranger, inscrit dans le registre de la population de la commune, soit les dépositaires de la carte d'identité « C » pour étrangers.

Selon la loi belge, les étrangers régularisés avec une inscription au registre des étrangers (Certificat d'Inscription au registre des Etrangers ou C.I.R.E.) n'ont pas droit à l'allocation pour personne handicapée. Cela est valable tant pour les personnes dont le titre de séjour est limité (Carte C.I.R.E. de type A) que pour celles inscrites à durée illimitée (carte C.I.R.E. de type B). Cependant, il existe une jurisprudence en la matière. Suite à une condamnation pour discrimination où la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) s'est prononcée en faveur de l'octroi d'allocations, en France, pour une personne régularisée en situation de handicap. En Belgique, à Turnhout et à Dendermonde, les deux Tribunaux du Travail auraient aussi été favorables à l'accès à l'allocation financière sur base de la reconnaissance d'un « lien suffisant » avec la Belgique. Ceci dit, la jurisprudence n'est pas automatique. Les Tribunaux et Cours du Travail peuvent refuser et un pourvoi en Cassation, voire à la CEDH s'avère alors nécessaire. Un accompagnement par des militants et des juristes spécialisés s'impose souvent afin d'opter pour une meilleure stratégie. A Bruxelles, par exemple, le CIRé (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers) ainsi que Medimmigrant sont d'importants soutiens pour lutter contre les discriminations au droit de séjour et à la santé⁵.

③ L'ACCÈS AUX SERVICES BRUXELLOIS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

Quant à l'accès aux services bruxellois soutenus par la Commission Communautaire Française, Medimmigrant relève les trois conditions sine qua non sont les suivantes :

- ⊙ habiter dans la région de Bruxelles-Capitale; « séjourner légalement » ne constitue pas une condition au moment de la demande ;
- ⊙ ne pas avoir atteint l'âge de 65 ans au moment de la demande;
- ⊙ le handicap est déclaré sur base du constat d'une limitation d'au moins 30% de la capacité physique ou d'au moins 20% de la capacité mentale ou d'une limitation ayant des répercussions effectives équivalentes au moins à 30 % ou 20%.

Si les personnes titulaires d'un titre de séjour à durée limitée ne peuvent accéder à l'évaluation de leur handicap par le SPF Sécurité Sociale, ceux disposant d'un C.I.R.E. de type B (séjour illimité) peuvent introduire une demande auprès de leur commune de résidence qui fournit les formulaires à renvoyer au SPF.

⁵ Tous les contacts pratiques se retrouvent en fin de cet ouvrage, sous la quatrième de couverture.

A ces conditions, le candidat doit remplir aussi un des critères suivants:

- ⊙ être Belge;
- ⊙ être travailleur d'un Etat membre de l'UE ou y être assimilé; être réfugié reconnu ou apatride;
- ⊙ justifier une période de domiciliation régulière et ininterrompue de 5 ans en Belgique; ce séjour ne doit pas «être légal» et peut être prouvé par des attestations d'instances officielles, etc.
- ⊙ la condition de domiciliation de 5 ans n'est pas exigée pour le conjoint ou le cohabitant ou le parent d'une personne qui justifie d'une durée de domiciliation de 5 ans ainsi requise ou qui ne doit pas en justifier.

4 ETHIQUE D'UNE RECHERCHE SUR LES MIGRANTS...

Comme dans toute recherche sur les rapports interculturels, émerge une focalisation, voire une crispation, des professionnels interrogés sur les problèmes les plus spectaculaires qu'ils attribuent à des catégories d'acteurs les plus éloignés possibles de leur propre culture professionnelle ou nationale. Toutes les catégories intermédiaires de l'altérité sont parfois obliérées au profit de la mise en exergue de situations plus spectaculaires. L'exotisme qu'incarnent aux yeux de certains professionnels les personnes musulmanes ne doit pas tromper le lecteur du présent rapport sur les glissades éthiques d'un tel travail. Il faut alors se garder d'une éventuelle focalisation sur les personnes issues des pays musulmans. Car une telle focalisation a des effets :

- ⊙ « En premier lieu, elle renforce l'idée courante – mais néanmoins fautive – partagée par des non-musulmans et des musulmans d'une spécificité de l'Islam qui rendrait extrêmement difficile, voire impossible, leur intégration et leur inclusion dans la citoyenneté en Europe.
- ⊙ En second lieu, elle risque de renforcer chez un certain nombre de musulmans l'idée discutable que l'islamophobie progresse et nourrir un sentiment de stigmatisation qui peut conduire à des expressions de racisme à rebours.
- ⊙ En troisième lieu, elle réduit l'identité des ressortissants (légaux ou d'origine) de pays où domine l'Islam à sa seule dimension religieuse [...]
- ⊙ En quatrième lieu, la focalisation sur l'Islam contribue à laisser dans l'obscurité, ou à tout le moins dans l'ombre, l'essor tout aussi intéressant d'autres communautés religieuses

dans les villes d'immigration, par exemple les communautés pentecôtistes ou évangélistes ;

- ⊙ Enfin, mettre l'Islam au cœur du débat peut contribuer à donner l'impression – qui ne correspond pas à la réalité – au large public que les musulmans seraient en fait une communauté privilégiée pour laquelle on fait tout » (Martiniello, 2012 : 43-44).

Le présent rapport de recherche ne s'appelle pas « Handicap, Islam et Interculturalité ». Il traite de toutes les cultures dans une approche dynamique qui empêche la focalisation. L'intérêt de produire une recherche sur les rapports interculturels est d'introduire directement au cœur de la méthode l'art de poser des hypothèses et de se poser des questions, en tant que professionnel. En effet « pratiquer l'interculturel, c'est émettre plusieurs hypothèses, et ne pas s'arrêter à une seule ; or, on reste souvent fixé à sa première hypothèse et ce, d'autant plus qu'on se trouve face à l'incompréhensible, à l'inattendu ou envahi par une idée préconçue » (Cohen-Emerique, 2011 :163). C'est pourquoi les entretiens ont été, quand cela fut possible, approfondis sur le plan réflexif et critique... les professionnels découvrant petit à petit qu'eux aussi, ont une culture...



CHAPITRE (3)

**CULTUREL,
MULTI-
CULTUREL,
INTER-
CULTUREL**

INTRODUCTION

Le présent chapitre propose de saisir ce que peut bien recouvrir l'interculturalité en confrontant ce terme à deux concepts sans doute plus courants : la culture et la multiculturalité. Les définitions et apports théoriques ont été sélectionnés en regard des réflexions des participants de l'enquête afin de répondre au mieux à leurs réalités et de proposer des concepts utiles à la pratique quotidienne. Cette introduction théorique découle principalement des tendances générales, observées auprès des professionnels rencontrés. Il s'agit d'un double constat : l'absence de précision dans l'usage des termes *culturel*, *multiculturel* et *interculturel* et l'externalisation causale des problèmes culturels sur l'autre, qu'il s'agisse de la personne handicapée et sa famille ou sur d'autres partenaires professionnels.

① PROBLÈME SOCIAL OU CULTUREL ?

Lors des rencontres effectuées sur le terrain des professionnels du handicap ; la stratégie fut de ne pas leur fournir une définition cadencée de ce que recouvre le culturel. L'intitulé de la recherche mentionné dans les courriers et autres échanges avec les professionnels inspirait déjà en soi une définition spontanée de la problématique. Poser sur la table ronde les trois mots *handicap*, *migration* et *interculturalité* amenait donc les participants à l'enquête à sélectionner naturellement, à titre illustratif, des expériences selon leur propre appréhension du terme «interculturalité». Les opinions personnelles se sont alors accompagnées d'évocations de situations-problèmes que les professionnels attribuaient à la relation de travail avec un public issu de l'immigration. Ces évocations reposaient généralement sur l'expression d'un choc culturel mais aussi sur une identification des protagonistes. Un jeu de catégorisation pas toujours aisé, entre volonté de clarté et peur de stigmatiser certains groupes ethniques.

Narrateurs équilibrés, ne voulant ni accuser ni nier l'existence de difficultés, les professionnels qui se sont confiés se sont appliqués d'une part, à ne pas rabattre les situations sur les seules identités et, d'autre part, à ne pas faire non plus des identités les produits conditionnés des situations. En partant de faits concrets et d'observations parfois indignées, les entretiens débouchaient sur de nouvelles questions et non plus des certitudes quant à l'implication de la différence culturelle dans les situations-problèmes. Certains s'interrogeaient sur le rôle réellement joué par la culture :

« Il est important de connaître les codes, de pouvoir échanger aussi en équipe sur des questions de représentations et de codes culturels concernant le handicap ou la sexualité, par exemple. Cela doit se faire dans une démarche complémentaire et respectueuse des personnes. Mais faut-il toujours tenir compte de la culture ? Cela n'explique pas tout ! Tout ne s'explique pas par le culturel ! ».

Dans ce type de réaction, le mot culture est sous-entendu comme différence ethnique. Cette réduction sémantique s'explique sans doute par la banalisation de l'usage du terme *multiculturel* qui désigne, en général, la coprésence d'une diversité de groupes ethniques, quand ce n'est pas tout simplement un quartier majoritairement marocain ou turc.

Les deux principaux arguments des professionnels qui supplantent l'explication « culturelle » sont d'une part le rôle du niveau-socio-économique et d'autre part la prévalence de la culture familiale. L'argument socio-économique apparaît dans les discours des professionnels afin d'éviter une focalisation sur les immigrés et leurs descendants, focalisation induite directement par l'objet de la recherche. Cet argument apparaît en particulier lorsque le débat est de savoir si la maîtrise de la langue est un problème culturel ou plutôt social. En général, les professionnels interrogés penchaient plutôt pour une cause culturelle. Cependant, certains ont précisé, en réaction à ce « tout à la culture », qu' « on peut aussi dire que c'est souvent les mêmes phénomènes pour la population belge de souche du quart-monde ». Derrière cette dénomination, se cache la réalité de personnes dont la situation économique est liée à un très faible capital culturel, éloigné de la culture de la classe moyenne qui est, par contre, bien représentée parmi les professionnels du secteur du handicap. C'est le cas de personnes nées et scolarisées en Belgique mais n'ayant pas un usage aisé de leur langue maternelle tant à l'oral qu'à l'écrit. Le fait est largement confirmé par les études sur l'illettrisme en occident (OCDE, 2013 ; EU HLGLA, 2012 ; ANLCI, 2013). On estime à ce sujet que près d'une personne sur dix, scolarisée en Belgique, ne saurait ni lire ni écrire un texte de la vie quotidienne (Lire et Ecrire, 2013). Notons à ce propos que cette proportion d'illettrés, au niveau national, dépasse de loin celle des immigrés susceptibles de méconnaître une des langues nationales. L'hypothèse d'un handicap linguistique dans la relation d'aide et d'accueil serait donc tout aussi pertinente

avec les familles non-issues de l'immigration. En outre, le secteur dispose d'un code langagier qui lui est propre où des mots de la vie quotidienne (accompagnement, *psychologue*, *accueil*, *journal de bord*, *autonomie*) prennent un sens tout particulier et où certains termes techniques peuvent aussi peser sur leur bonne réception et creuser le fossé entre les professionnels et leurs publics.

Ce débat entre prévalence du facteur économique ou impact de la culture, mène à un écueil déjà signalé par Geneviève Piérart chercheuse qui étudie dans son pays, la Suisse, les conditions dans le secteur du handicap pour une intervention interculturelle avec les familles migrantes. Cet écueil, elle l'appelle la régulation. Explication par l'exemple avec cette remarque d'une professionnelle lors de nos entretiens :

«Dans notre association, on n'a pas tellement l'impression que la question de la migration, de l'interculturel soit une question particulière car la rencontre avec chaque famille est déjà particulière. La dimension interculturelle est toujours présente avec chacun. Entre la situation d'une famille belge mais d'origine marocaine et une famille d'expat' travaillant à la Commission européenne et une famille de sans-papiers, ce n'est pas du tout la même réalité. Nous connaissons une diversité de situations».

Bien qu'on ne puisse dénier son bon sens à cette remarque, elle invite néanmoins à «une approche individualiste de la personne et à éviter des catégorisations sociales perçues comme stigmatisantes. Il s'agit de ne pas faire de différence entre les personnes migrantes et les autres, afin d'éviter les risques d'inégalités de traitement» (Piérart, 2013a:123). Cela ne signifie pour autant qu'il faille tout attribuer à la dimension culturelle sans quoi on risque de tomber dans un autre écueil, le **culturalisme**, qui consiste «enfermer la personne migrante dans une identité assignée qui ne correspond pas nécessairement à sa propre réalité» (2013a:123).

Toujours est-il qu'il y a bien une dimension économique dans la fabrique sociale des différences culturelles. Selon Martiniello, «la probabilité de construction et d'affirmation d'identités ethniques, culturelles et religieuses

ouvertes et flexibles augmente en même temps que la réduction des inégalités et des processus d'exclusion socio-économiques» (2012 : 43). On le voit, les deux facteurs explicatifs se complètent aisément puisqu'ils sont les marqueurs symptomatiques de la distinction et de l'exclusion sociales. Enfin, ce débat ne nous dit toujours rien de la signification du terme culture dont nous tenterons une définition dans le point suivant qui puisse inclure la condition économique.

② LA CULTURE

Il existe une multitude de définitions de la culture. Cependant, dans le cadre de notre analyse, il apparaît que la définition qu'en donne Jean et John Comaroff confère au concept de culture des vertus opératoires tant pour la recherche que les pratiques. La voici :

« Nous concevons la culture comme l'espace sémantique, le champ de signes et de pratiques, dans lequel les êtres humains se construisent et se représentent eux-mêmes en relation avec les autres, et par suite se construisent et se représentent leurs sociétés et leurs histoires. Il ne s'agit pas seulement d'un ordre de signes abstrait, ou de relations entre des signes, ou, à l'inverse, de la simple somme des pratiques habituelles. Ni pure langue, ni pure parole, la culture ne forme jamais un système clos, entièrement cohérent.

Au contraire: elle contient toujours en elle-même des messages, des images, des actions polyvalentes et potentiellement contestables.

En bref, il s'agit d'un ensemble historiquement situé et déployé de «signifiants-en- action», de signifiants dont la valeur est à la fois matérielle et symbolique, sociale et esthétique. Certains d'entre eux peuvent, selon les moments, former la texture de visions du monde relativement explicites, plus ou moins intégrées et resserrées; d'autres peuvent être lourdement contestés, former la matière de contre-idéologies ou de «subcultures»; et d'autres peuvent devenir plus ou moins instables, relativement flottants et indéterminés dans leur valeur et leur sens »

(Comaroff et Comaroff in Mary, 2000 : 780)

Décortiquons!

② ① LA CULTURE EST RELATIONNELLE

« La culture comme l'espace sémantique, le champ de signes et de pratiques, dans lequel les êtres humains se construisent et se représentent eux-mêmes en relation avec les autres, et par suite se construisent et se représentent leurs sociétés et leurs histoires ».

La culture est une production de l'interaction sociale. Cela signifie qu'il ne s'agit pas de quelque chose qui existe en soi, et qu'on possède, mais qui s'élabore au contact de l'environnement, des personnes et des contextes. La culture n'est pas un stock disponible qui attend d'être saisi pour être utilisé. Pour reprendre l'image platonicienne, il n'y a pas un Monde des Idées où la culture flotterait dans sa forme pure et immanente, au-dessus de nos têtes. Notre vie de tous les jours n'est pas l'écran au fond de la caverne où se projettent les formes de la culture. Elle n'est pas une substance, elle n'existe pas par essence. Elle ne nous précède pas.

En effet, la culture n'existe que dans l'espace où elle s'actualise. Elle est une manifestation du quotidien. Par conséquent, ce qu'on nomme « identité culturelle » n'est pas une réalité autre qu'une pratique d'attribution et d'identification opérée par les acteurs les uns sur les autres, et chacun aussi pour soi. L'identité culturelle est une pratique à laquelle un sens est donné, discuté, et parfois craint dans une relation. La culture est donc un phénomène relationnel dès le départ où je me positionne par rapport à l'autre, m'attribue des qualités en regard de cet autre et explique le monde tel que je le conçois à cet autre. Si nous refusons initialement à la culture sa matérialité, son essence, les conséquences des actions décidées en son nom n'en sont pas moins matérielles, voire essentielles. C'est le cas par exemple du concept de « race » admis dans certains groupes culturels. Bien que d'un point de vue éthique et scientifique, il n'existe pas de race humaine noire, blanche, jaune, etc., nous sommes forcés de reconnaître qu'à partir du moment où des groupes sociaux se saisissent de ce terme pour se revendiquer d'une certaine condition ou pour ostraciser un groupe social adverse, le concept de race tend à acquiescer une certaine concrétude. Le sociologue américain William Isaac Thomas le disait simplement par ces mots : « si des hommes définissent des situations comme réelles, alors elles sont réelles dans leurs conséquences » (Merton 1995, 380).

Cette approche de la culture comme relationnelle n'est pas sans faire échos à la définition de l'ethnicité donnée par le sociologue Fredrik Barth. Celui-ci critique les approches qui traitent des groupes ethniques sur base de traits culturels et moraux. Pour lui, ce n'est pas en isolant un groupe ethnique du reste de son environnement que l'on peut saisir le sens de sa culture. Pourquoi ? Parce qu'au sein de ce groupe, les individus partagent une même culture en regard des relations que leur groupe entretient avec l'extérieur, les autres. Par conséquent, « les traits dont on tient compte ne sont pas la somme des différences 'objectives', mais seulement ceux que les acteurs eux-mêmes considèrent comme significatifs. Cette mobilisation de traits d'appartenance et d'identification est bien sûr variable selon les contextes » (Barth, 1995 : 211). Maintenir une définition du groupe ethnique, c'est avant tout veiller sur ses frontières tout en incluant ceux avec qui on partage

les mêmes critères d'évaluation et de jugement. Ce n'est donc pas la culture qui prévaut à l'organisation du groupe, ses valeurs, ses normes... Mais bien l'inverse⁶.

Une vingtaine d'années après Barth, Pierre Bourdieu étudiant les goûts culturels des groupes sociaux, poursuit d'une certaine manière cette orientation et montre entre autres que la culture est un construit social fondé sur la capacité des classes sociales à se distinguer les unes des autres, chacune se maintenant à distance l'une de l'autre tout en étant chacune le lieu de luttes internes pour l'appropriation des ressources. De ce point de vue, l'exclusion, ou dans une moindre mesure, la distinction, ne serait pas un effet secondaire de la culture mais un de ses « principes actifs ».

2.2 LA CULTURE, CETTE INCONSCIENTE

On n'échappe pas à ce phénomène étrange qui est d'attribuer la problématique du culturel à une catégorie de gens et non à une relation. A la question « Auriez-vous un fait à nous raconter qui serait typique des enjeux de l'aide aux personnes handicapées issues de l'immigration ? », nous entendions : « Je vais vous raconter un problème qu'on a eu chez nous, plutôt d'ordre culturel. C'était une famille d'immigrés qui... ». Suivait alors une description minutieuse des faits et gestes d'une seule des deux parties : celle du public, oblitérant la description des professionnels dont les faits et gestes sont narrés tout au plus sur le plan protocolaire avec de nombreuses références aux règles, ou, tout au moins sur le mode du constat d'impuissance. Bref, dans ces discours, le public portait à lui seul la dimension exotique du culturel. Selon leur description de leurs problèmes, les professionnels n'étaient donc en aucun cas partie prenante d'une culture. C'est comme-ci il n'y avait de culturel que le public et non ce « nous », dont la culture et les idéologies sont absorbées dans le quotidien, les habitudes, à un point tel qu'on ne la voit plus. Et pourtant, elle existe aussi. Que s'est-il donc passé avec cette culture-là ?

2.2.1 LA CULTURE, L'HÉGÉMONIE ET L'IDÉOLOGIE

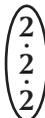
Pour les sociologues, l'évidence de nos actes, de nos façons de penser et de voir le monde est historiquement construite. Les actions, par leur répétition et la confirmation sociale de leur efficacité, se retrouvent inscrites dans nos manières – plus largement notre culture – sous la forme systématisée de l'institution. Celle-ci produit et est le produit de règles, de normes, de valeurs. Ce cycle vertueux entre d'une part les valeurs et ce qui les maintient en vie permet de produire des environnements stables et des comportements prévisibles.

Ainsi nous avons le sentiment que nos actions sont justes (ou pas) en regard de normes qui tendent à s'invisibiliser au fur et à mesure de leur intégration

⁶Voir point 4.3.1.

par un nombre croissant d'individus. Cette intégration sociale participe directement de la légitimité des institutions. Nous disons souvent, « c'est normal », « c'est beau », « c'est comme ça et pas autrement », avec cette difficulté d'expliquer au fond pourquoi c'est normal, pourquoi c'est juste, pourquoi c'est beau. Par conséquent, même si les techniques et les pratiques sous-jacentes à nos actions sont elles-mêmes porteuses de notre façon de voir le monde et de nous organiser en son sein, elles s'effacent en tant que produits de notre culture. Il en va de même pour les pratiques professionnelles. Selon les tenants de l'interculturalité, c'est seulement dans un travail réflexif, qui déconstruit patiemment les évidences de sa propre culture, qu'un acteur peut redécouvrir le terreau idéologique de ce qui, au quotidien, est vécu comme allant de soi. Cet exercice est particulièrement ardu pour les groupes majoritaires et dominants d'une société. La banalisation quotidienne de leur domination sur les minorités et les dominés les empêchent d'accéder au fond proprement idéologique, complètement original, historique et contradictoire de leur culture. Au terme de cet exercice peu évident la culture du dominant, avec ses bonnes prétentions à l'universalité, apparaît alors dans sa juste dimension : celle d'un « communautarisme majoritaire » (Ansay, 2011).

Comme la force hégémonique de la culture des dominants occulte la dimension culturelle de leurs actions, elle entraîne naturellement un glissement de sens où sera perçu comme « culturel » ce qui est différent de la norme dominante ; bref, la normalité. Par conséquent, ce glissement induit que parler de problèmes d'ordre culturel (au sujet de ses clients, ses voisins, ses enfants, etc.) revient non pas à évoquer les autres cultures que nous construisons comme proches de la nôtre mais celles que nous construisons comme incompatibles. De ce point de vue, le premier repli communautaire qui soit est bien celui de la majorité.

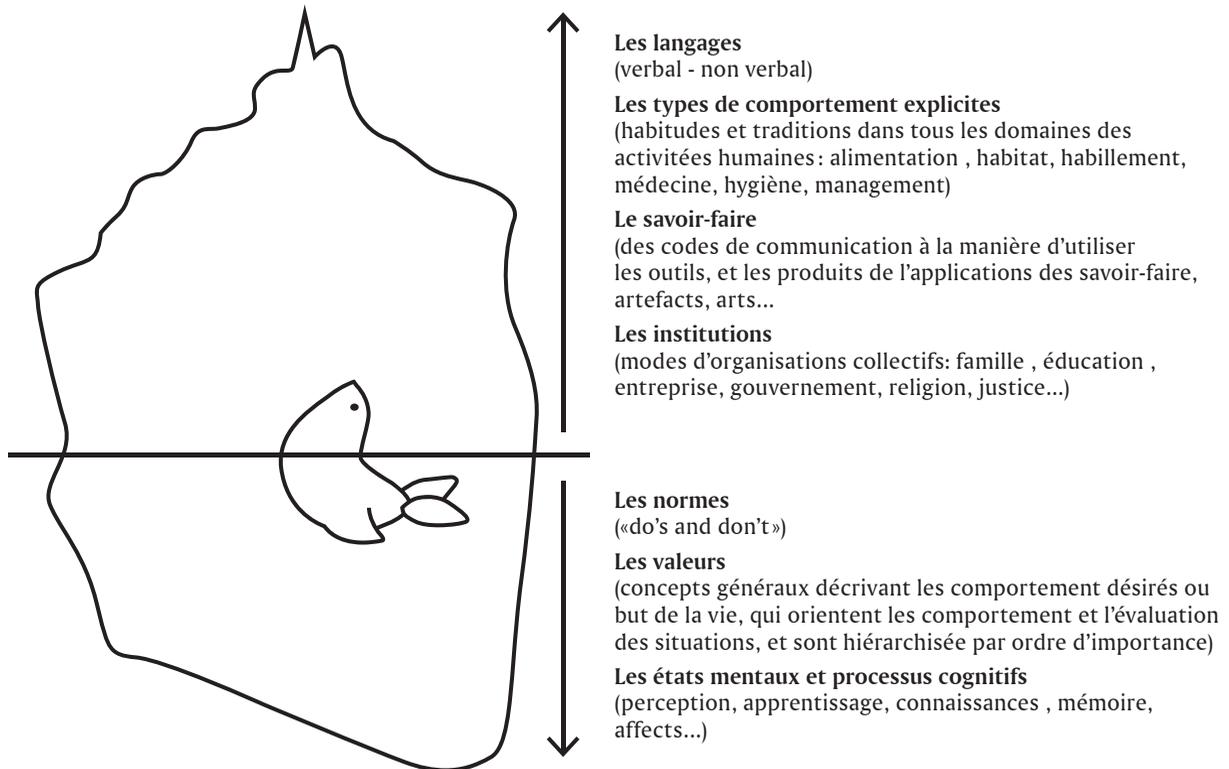


CULTURE INTÉRIOSRISÉE/EXTÉRIORISÉE

Notre culture a donc une large part inconsciente... Comme le prouvent de nombreux incidents critiques recueillis lors de l'enquête, l'externalisation du problème sur une spécificité nommée culturelle du public est le signe de la profondeur de l'ancrage inconscient de la culture nationale, ethnique, institutionnelle, professionnelle du travailleur. Comme l'ont dit des participants à la recherche, leur propre culture semble voilée d'un parfum de mystère : « *Quelles émotions il y a en nous et qu'on n'ose pas nommer ?* » « *Qu'est-ce qu'on risque de perdre si on nomme ces craintes ? Et qu'est-ce qu'on a à gagner aussi ?* »

Comme nous le verrons dans les chapitres 4 et 5, lors d'un incident critique, l'émotion ressentie est d'autant plus forte que l'événement touche précisément à ses valeurs, attitudes, visions du monde, modes de pensée et préjugés. Toutefois, ce dégageant émotionnel sera moins fort, mais pas absent, s'il est question de comportements externes, de coutumes, de langues ou d'histoires collectives. Ces observations sont depuis Kohls et Knight (1981),

et Kluckhohn et Murray (1948) acquises dans le monde des intervenants de l'approche interculturelle. Elles démontrent qu'il existe une culture intériorisée et une extériorisée, soit une culture invisible et une visible. D'où l'analogie de l'iceberg de Kohls et Knight (1981), un classique des manuels en approche interculturelle...



En dessous du niveau de la mer, la partie immergée de l'iceberg contient dans sa glace les éléments les plus ancrés, les plus implicites... donc les plus indicibles. Cela est vrai autant pour le professionnel que son public. Comme le notait Margalit Cohen-Emerique lors de ses formations à l'approche interculturelle, «Nous savons plus ou moins dire nos coutumes, nos modes de vie, nos traditions, même si très souvent nous ne connaissons pas leur origine. Or, les professionnels reprochent fréquemment aux migrants de ne pas savoir expliquer les leurs: en somme, ils attendent d'eux ce que beaucoup d'entre nous seraient incapables de faire!» (2011: 112). Notre constat est moins dramatique mais néanmoins illustratif du poids de l'iceberg dans les plus délicates relations d'aide et de prise en charge: les professionnels interrogés se déclarent souvent dans l'impasse, en situation d'impuissance face à des

familles qui se ferment à eux, les évitent ou rompent tout contact. Le constat est parfois sans appel : « *Avec eux, rien n'est possible* ». L'iceberg de Kohls pèse alors de tout son poids sur ces situations critiques...

2 3 LA CULTURE EST ÉVOLUTIVE

« Ni pure langue, ni pure parole, la culture ne forme jamais un système clos, entièrement cohérent. Au contraire: elle contient toujours en elle-même des messages, des ! images, des actions polyvalentes et potentiellement contestables ».
(Comaroff et Comaroff in Mary, 2000:780)

Dans la définition qu'en donnent les Comaroff, la culture n'est pas non plus un ensemble homogène. Elle a des « failles », des points contradictoires, des zones incertaines, des zones aveugles. Peu importe son degré de « radicalisation », il y a des trous et des nœuds dans la culture. Ce qui nous permet justement :

- ⊙ d'imaginer ou de recevoir d'autres façons de faire et de penser là où la culture habituelle n'a pas de réponse ;
- ⊙ de saisir ses apories, soit là où elle se contredit ou vire à l'impasse sémantique.

Cette incomplétude de la culture joue un rôle primordial dans sa capacité à évoluer, à s'adapter, à se reformuler. Par ailleurs, si nous considérons la réalité comme construction sociale montre que rien n'est inné, naturel ou existerait en soi sans que l'homme y prête attention ou y donne du sens. C'est bien ce qui se passe dès sa naissance, lors de sa socialisation primaire (Berger et Luckmann, 1966). Durant cette période, « l'enfant prend en mains les rôles et les attitudes des autres significatifs⁷, c'est-à-dire qu'il les intériorise et les fait siens. Et grâce à cette identification aux autres significatifs, l'enfant devient capable de s'identifier lui-même, d'acquérir une identité subjectivement cohérente et plausible » (1966:181). Suit ensuite la socialisation secondaire, soit « tout processus postérieur qui permet d'incorporer un individu déjà socialisé dans des nouveaux secteurs du monde objectif de la société » (1966:179). La socialisation secondaire devra toujours affronter les tenants de la socialisation primaire, cette « certitude de la première aube de la réalité » (1966: 185). Par conséquent, au contact de la culture institutionnelle du handicap avec ses professionnels, ses dispositifs et ses règles, les publics se retrouvent alors face à des « sous-mondes » à leur monde de base, soit des « réalités partielles » qui diffèrent du substrat original de leur socialisation primaire. Tout comme dans le schéma de l'iceberg, cela implique d'abandonner cette idée que « les migrants 'n'ont qu'à changer', pour s'intégrer dans la société d'accueil. C'est le fameux 'ils n'ont qu'à' qui reflète une méconnaissance de cet aspect subjectif de la culture » (Cohen-Emerique, 2011: 113). Or des socialisations secondaires, les migrants en ont. L'expérience migra-

⁷ Ou « significant others », terme emprunté à Hary Stack Sullivan et George H. Mead pour définir les acteurs sociaux qui sont, pour un même individu, assez importants pour en affecter les émotions, les comportements et la perception de soi: membres de la famille, mentors, amis très proches sont des « sigificant others ».

toire est en soi une expérience majeure de transformation culturelle, de réorganisation sociale et d'adaptation face au nouvel environnement. Elle s'ajoute à une transformation fondamentale, celle de la survenue du handicap chez la personne et dans sa famille qui produit déjà d'importantes mutations. Tant l'expérience migratoire que l'expérience du handicap sont des facteurs d'évolutions susceptibles de toucher les parties immergées et émergentes de l'iceberg culturel. Changer, se changer, accepter les nouvelles valeurs ou diagnostics comme nouvelles réalités impliquent un travail de conversion qui ne peut s'accomplir, selon Berger et Luckmann, qu'en accomplissant une « alternation », soit en devenant « autre ». Cette transformation « exige des processus de re-socialisation. Ces processus (...) doivent redistribuer de façon radicale les accents de réalité et dès lors reproduire à un degré considérable l'identification fortement affective au personnel de socialisation qui était caractéristique de l'enfance » (1966 :214). Une approche interculturelle de cette transformation exigerait que ce processus s'effectue tant dans le chef du public que des professionnels.

③ LES 4 NIVEAUX DE LA CULTURE

« Certaines désillusions sont liées à l'espoir qu'en Belgique on pourrait soigner et guérir l'enfant handicapé. Or, il y a tout un travail à mener pour expliquer que l'enfant ne sera pas réparé, qu'il ne pourra jamais marcher, etc. Il y a donc tout un travail de deuil à mener. Ce qui se joue ici est autant une question de culture d'origine que de culture familiale ».

Comme le montre ce témoignage, on pressent souvent plusieurs niveaux dans une culture. Ici, en l'occurrence, il s'agit de la « culture d'origine » et de la culture familiale. En outre, nous avons déjà mentionné précédemment que la différence pouvait aussi s'exprimer à partir de la condition socio-économique des personnes. Il est donc temps à présent d'embrasser ces différents niveaux à travers une définition pratique. Voici donc les 4 niveaux de culture que le sociologue suisse Roy

Preiswerk (1975) a mis au point lors des formations qu'il donnait aux professionnels participant à des projets de développement dans le Tiers Monde. Cette échelle comprend les niveaux suivants : Cette échelle comprend la culture nationale, la culture régionale, la microculture et la macroculture

Afin d'éviter tout malentendu autour de l'apport de Preiswerk, rappelons que chacun de ces niveaux répond au concept de culture tel que défini plus haut : il se construit dans une dynamique relationnelle, est capable d'évolution et se présente comme l'iceberg culturel de Kohls.

3.1 LA CULTURE NATIONALE

Cette dimension nationale de la culture renvoie à l'appartenance à une nation, soit la communauté historique du pays, qui construit la mémoire commune et se comprend à travers une langue commune et des codes plus ou moins explicites. Ces éléments constitutifs sont toujours fluides, en discussion... sans quoi notre compréhension de la culture nationale déboucherait sur le plan politique au nationalisme et, sur le plan scientifique, au substantialisme. Ces deux idéologies ont déjà prouvé dans le passé leur inefficacité si l'on veut construire le lien social (sur le plan politique) ou l'analyser (sur le plan scientifique) dans un contexte multiculturel.

Selon notre enquête, il existe de nombreux enjeux autour de la dimension linguistique des rapports entre les professionnels et les publics issus de l'immigration. Souvent, on favorisera la relation avec le membre de la famille qui s'exprime le mieux en français, tout en sachant que ce membre peut être capable de sélection et de transformation de la réalité vécue du handicap du bénéficiaire. S'en suit toute la problématique du recours aux interprètes sociaux qui introduit une relation triadique dans les dispositifs d'aide. Enfin, plus subtilement encore, la culture nationale entre en jeu lorsqu'il s'agit pour une équipe de professionnels d'accepter ou non qu'on mobilise leurs compétences linguistiques⁸.

3.2 LA CULTURE RÉGIONALE

Ici ce n'est plus sur la nation que se fonde l'attachement culturel mais bien sur un territoire géographique. Culture rurale, citadine, culture des grandes villes, culture bruxelloise... La culture régionale permet parfois à des individus de nations différentes de s'entendre car ils éprouvent un même vécu quant à leur région où ils exercent leurs activités. Par exemple, les variations démographiques, constituantes de la culture régionale, peuvent influencer la culture professionnelle⁹. C'est le cas entre professionnels wallons du handicap et leurs collègues bruxellois où les premiers semblent moins sensibles à la problématique de l'immigration. Une professionnelle bruxelloise évoquait à ce sujet :

⁸ CF. Chapitre 5., point 3.

⁹ CF. ce chapitre, point 3.3.3.

« Vous à Bruxelles, avec les communautés de migrants, vous finissez par accepter n'importe quoi! ».

3.3 LA MICRO CULTURE

La micro culture repose sur 4 différents sous-niveaux intéressants pour notre recherche et que nous définirons très succinctement : L'ethnicité, la culture des catégories sociales, la culture professionnelle et, enfin, la culture familiale

3.3.1 L'ETHNICITÉ

A la suite des travaux de Frederik Barth, les sciences humaines semblent s'accorder aujourd'hui sur une définition relationnelle de l'ethnicité.

L'ethnicité est le produit des « processus variables et jamais finis par lesquels les acteurs s'identifient et sont identifiés par les autres sur la base de dichotomisations nous/ eux, établies à partir de traits culturels supposés dériver d'une origine commune et mis en relief dans les interactions sociales ».
(Streiff-Fénart et Poutignat, 1995:154)

L'ethnicité, est souvent perçue comme un ensemble de traits et de particularités – comme disposer d'une langue commune, avoir la conscience de former un tout et de pouvoir communiquer, avoir une identité culturelle, la conviction d'une origine commune et une pratique de l'endogamie. Il s'agit là d'une vision biologiste en rupture avec la définition générale de la culture que nous nous sommes donnée. Elle n'est d'ailleurs pas sans rappeler le système d'administration des colonies qui catégorisaient les populations avec des nomenclatures qui ne laissent pas entrevoir l'intelligence humaine à l'œuvre dans la création de l'appartenance ethnique (Cuisenier, 2003 : 92). Dans la définition ci-dessus, l'ethnicité repose sur un jeu de souscription et d'imputation. C'est dans la mesure où une personne se reconnaît dans, ou est reconnue par un groupe ethnique que l'ethnicité se manifeste.

3.3.2 LA CULTURE DE CASTE OU DE CATÉGORIES SOCIALES

Pensons aux différences culturelles entre la culture populaire, la culture des « bobos », des cadres supérieurs ou encore de cette classe moyenne, difficile à cerner et qui pourtant reste un modèle, notamment dans les politiques de mixité sociale, incarnant ce qu'on voudrait pour « juste milieu » de la hiérarchie sociale. Oui, la culture comprend aussi une dimension socio-économique. Les participants à la recherche s'inquié-

taient qu'on ne tienne pas compte assez de la précarité qui n'atteint pas uniquement les migrants et leurs descendants mais aussi toute famille où la survenue du handicap a entraîné une baisse de revenu, par le sacrifice d'un ou plusieurs membres afin que la personne handicapée soit prise en charge. Dans un contexte bruxellois où le manque de place en centre de jour et d'hébergement est souvent dénoncé, cette précarité est susceptible d'entraîner des logiques spécifiques pouvant prendre la forme, à la longue, d'une culture du handicap en terrain précaire.

3
3
3

LA CULTURE PROFESSIONNELLE ET INSTITUTIONNELLE

Il s'agit de tous les cadres de référence en vigueur dans les organismes sociaux : cultures d'entreprises, cultures associatives, cultures de management, ... le travail social et de la santé a donc aussi sa propre culture avec ses normes et ses valeurs.

Ce niveau est particulièrement touché lors des chocs culturels entre travailleurs du social et de la santé et leurs publics. L'identité professionnelle sera fréquemment évoquée dans les analyses¹⁰.

3
3
4

LA CULTURE FAMILIALE

En tant que micro-sociétés les familles développent des univers de sens et des raisons culturelles qui leurs sont propres. Cette dimension peut être rencontrée si les professionnels disposent d'assez de temps dans la prise en charge de la personne handicapée. Par conséquent, tous les professionnels du secteur du handicap ne sont pas égaux face à cette culture qui s'avère pourtant une véritable ressource pour la compréhension.

3
4

LA MACRO-CULTURE

La macroculture traverse les trois niveaux précités. On peut pointer dans cette macroculture les grandes idéologies politiques et les religions. « Dans cette affaire, doit-on avoir une position personnelle ? Nous avons des appartenances culturelles différentes et similaires. Dans notre culture post-68 et dans un contexte de mondialisation, il est difficile de prendre position ». Il est frappant de voir combien toute la culture héritée de Mai 68, a un poids dans les attitudes et pratiques des travailleurs du social et de la santé. En outre, le droit des femmes et les représentations liées à la libération de la femme participent de la construction de la macro-culture, ici, des professionnels du secteur bruxellois du handicap :

« Je n'ai pas réagi car en fait, je n'aurais pas supporté cette image de moi : n'être plus une femme »

¹⁰ CF. Chapitre 6

de gauche, une femme humaniste, une femme de tolérance et d'ouverture... J'ai tellement peur de vaciller sur ma générosité et sur tout cela... ».

④ LE MULTICULTUREL

Lors de la recherche de terrain, il n'était pas rare d'entendre les travailleurs parler de multiculturalité, de multiculturalisme et d'interculturalité pour nommer bien souvent une seule et même chose: la cohabitation de groupes ethniques différents porteurs de cultures différentes. Sans vouloir imposer un modèle de pensée unique, nous donnerons quelques balises afin de situer un peu mieux ces termes et d'en saisir les enjeux intellectuels, pratiques et politiques.

Le multiculturalisme trouve ses origines, outre-atlantique, dans l'histoire des politiques d'intégration (parmi lesquelles on peut citer les théories assimilationnistes comme celle du *melting pot*) et de leur échec, dans les années 60 où un important mouvement social, le renouveau ethnique, mettra en évidence la spécificité des groupes ethniques. Se développe alors, à la suite notamment d'ouvrages universitaires comme *Beyond the Melting Pot* de Glazer et Moynihan (1963), une approche de la cohabitation des différences baptisée « pluralisme culturel ». Cette optique admet que des groupes ethniques vivent séparément certains éléments de leurs pratiques culturelles tout en partageant d'autres avec l'ensemble des groupes ethniques.

Le sociologue Marco Martiniello (2012) identifie cinq niveaux de compréhension du terme « multiculturalisme »: le constat, un mode de consommation, un label politique, un mouvement de revendication, un système de gouvernance qui intègre transversalement la reconnaissance de la diversité.

Premièrement, le multiculturel peut relever de la simple « catégorie descriptive qui rend compte de la diversité et de la diversification démographiques, culturelles, ethniques, religieuses des sociétés humaines. Plus la diversité sera grande, plus le caractère multiculturel de la société sera prononcé » (2012: 39). Il s'agit donc d'un constat de faits. Il ne s'agit ni d'un projet de société ni d'un mouvement social. A ce titre, Martiniello fait remarquer que « lorsque Angela Merkel déclare, lors d'un meeting, que la multiculturalité a échoué, c'est un peu comme si elle considérait que le fait que les feuilles tombent des arbres en automne est

un échec! La multiculturalité est un fait (...) Toutes les sociétés, à n'importe quelle époque, ont toujours été composées de personnes possédant des identités culturelles différentes. Il n'y a rien de neuf là-dedans. Les faits ne peuvent pas échouer » (Geelkens, 2011).

Deuxièmement, le multiculturel peut qualifier « un ensemble de pratiques sociales et de modes de consommation largement urbains célébrant la diversité culturelle dans les domaines tels que la cuisine, la musique, la mode, les arts, les philosophies et parfois la spiritualité. Ces pratiques concernent principalement un public plutôt jeune, d'un niveau d'éducation relativement élevé et qui dispose d'un pouvoir d'achat assez confortable » (Martiniello, 2012 :39). Adopter ces comportements « multiculturels » implique de ne modifier que la partie émergée de l'iceberg culturel. Martiniello parle à ce propos de « multiculturalisme soft ».

Troisièmement, le concept de « multiculturel » peut qualifier « les politiques publiques locales, régionales, nationales ou européennes dont l'objectif est de prendre en compte ou de gérer, comme on dit aujourd'hui, la diversité culturelle, qu'il s'agisse simplement de la tolérer, de l'encourager ou de la promouvoir. Selon les cas, ces politiques peuvent être développées dans différents domaines tels que l'éducation, l'emploi, les institutions culturelles ou encore la politique » (2012 : 40). Il s'agit d'un multiculturalisme politique ponctuel.

Quatrièmement, le terme multiculturel, ou plutôt « multiculturalisme », est aussi susceptible de désigner les processus de mobilisation politique de groupes culturels, ethniques, raciaux, et religieux minoritaires » (2012: 40). Politiques identitaires, ou Identity politics, ces mouvements en appellent à la reconnaissance de leur identité, à des droits ou à des accommodements spécifiques favorisant un épanouissement culturel des groupes minoritaires.

Cinquièmement, le multiculturalisme peut constituer « un nouveau modèle de société démocratique basé sur la reconnaissance du principe de diversité plutôt que sur le principe d'homogénéité culturelle et identitaire au fondement du modèle de l'Etat-nation » (2012 : 40). Un exemple de ce type d'intégration culturelle serait d'inclure des principes de droit musulman dans les droits des pays européens. Ce type de politique est profondément transversal et est le niveau le plus approfondi de reconnaissance légale et sociale des minorités.

Ces cinq façons d'entendre un même adjectif, multiculturel, montrent combien il prolonge le concept de culture en tant que produit de l'interaction entre groupes culturels et introduit le concept d'interculturalité.

5 L'INTERCULTUREL

L'interculturel, l'interculturalité et l'interculturalisme sont abordés ici succinctement, laissant aux chapitres analytiques suivants le soin de développer les chocs culturels et la méthode de l'approche interculturelle de ces chocs.

5.1 DE LA COMPÉTENCE À L'APPROCHE INTERCULTURELLE

Le concept d'interculturel (ou interculturalité) est né aux Etats-Unis avant d'être repris ensuite en 1980 par l'Unesco et par le Conseil de l'Europe et l'Union Européenne. Souvent on parle de *compétences* interculturelles. Elles désignent en général la maîtrise des tenants anthropologiques de cultures étrangères afin d'acquérir une plus grande efficacité dans des rapports de travail tels que la diplomatie par exemple. Les *compétences* interculturelles sont donc des « capacités à communiquer avec des personnes de cultures différentes, à surmonter les échecs dans la communication et à être plus efficace » (Cohen- Emerique, 2011 : 165). Dans les manuels d'intervention diplomatique, la compétence interculturelle est souvent associée à des traits de personnalités (avoir l'esprit ouvert, flexible, résistant au stress) et des capacités de communication (dont l'écoute). Dans ce style, il existe des sites internet et des entreprises de consultance et de formation entièrement dédiés à l'enseignement de ces compétences interculturelles. Le professionnel en formation peut sélectionner dans son programme des chapitres tels que « négocier avec le Japonais », « s'entretenir avec l'Israélien » etc. Il suffirait donc de tirer la fiche technique correspondante à la situation de travail afin de mener à bien la relation, le projet, le chantier, le contrat avec l'autre. Dans ces tentatives pseudo-ethnologiques, le professionnel est tel l'homme affamé de la fable : on lui donne un poisson et sa faim sera soulagée pour un jour seulement. Le manuel ne lui apprend pas à pêcher pour qu'il se nourrisse toute sa vie. La culture de l'autre est chosifiée et réduite à des logiques comportementales, en dehors de toute considération de sa dimension relationnelle, historique et contextuelle.

Recourir aux *compétences* interculturelles ne permet donc pas de saisir le processus nécessaire à leur construction, et donc leur transmission. En outre, ces compétences, en restant simplement d'ordre cognitif, peuvent s'avérer contre-productives et cela d'autant plus si la relation s'effectue avec des personnes immigrées dans le but de les aider. Margalit Cohen-Emerique rappelle sur ce point que la culture de l'autre, de l'usager, du patient, du client ne peut être réduite à une présupposition plus ou moins théorique de ce que serait sa culture d'origine. Nous l'avons dit plus haut : la culture est relationnelle, en partie inconsciente et toujours évolutive. Dans le cas des migrants, l'expérience migratoire induit une reconstitution de l'identité, une mise à l'épreuve des valeurs qui passe souvent par une reconfiguration des liens primaires (familiaux...). En outre, le rapport entre

d'une part, des praticiens belges, intégrés économiquement à la société, et, d'autre part, un public d'origine étrangère et parfois fragilisé sur le plan socio-économique, peut être la scène d'une violence symbolique où se réactive le rapport colonial.

Il importe donc, d'ajouter à la *compétence* interculturelle, une attitude particulière, une posture qui permette la rencontre de l'autre et la négociation de nouvelles données communes. C'est *l'approche* interculturelle.

5.2 DÉFINITION¹¹

Dans une perspective des pratiques professionnelles, l'interculturel est « l'interaction de deux identités qui se donnent mutuellement un sens dans un contexte à définir à chaque fois. C'est un processus ontologique, d'attribution de sens et dynamique, de confrontation identitaire qui peut malheureusement évoluer vers un affrontement identitaire, une « dynamite » identitaire.

L'expression « attribuer un sens » doit être prise ici dans trois acceptions :

- ⊙ donner une signification, une interprétation à des comportements qui va au-delà du schéma stimulus/réponse ;
- ⊙ choisir une orientation d'action ;
- ⊙ prendre en compte la dimension corporelle, le mot 'sens' renvoyant aussi aux cinq sens. » (Cohen-Emerique, 2011 :159)

Dans le cadre d'une situation conflictuelle, ou d'un choc culturel, cette attribution de sens repose sur trois étapes : la décentration (où le professionnel cerne son identité), le décodage (ou découverte du cadre de référence de l'autre) et la négociation, appelée aussi médiation interculturelle. Ces trois temps de l'approche interculturelle seront développés au chapitre 6 en regard des données de terrain.

5.3 AFFINITÉS ENTRE INTERCULTUREL ET MULTICULTUREL

Selon Cohen-Emerique, l'interculturel se distingue du multicultural dans le sens où il dépasse l'objectif de reconnaissance des minorités ethniques et vise à créer des espaces où groupes dominants négocient avec des groupes dominés et minoritaires de nouveaux modes de vie commune et de nouvelles représentations co-construites. Ceci implique dans cette visée, que « le groupe dominant doit accepter de ne plus être le seul à organiser la vie sociale et que d'autres modes de vie sont possibles et légitimes à ses côtés, sans toutefois menacer l'identité nationale » (Cohen-Emerique, 2011 : 150). Mais quand on revient sur certaines des définitions données au multiculturalisme, il y a de quoi se demander si l'interculturalisme n'est pas un outil du multiculturalisme, entendu comme projet de société. Alors pourquoi parle-t-on aujourd'hui d'interculturalisme et beaucoup moins de multiculturalisme ?

¹¹ Nous avons fait ce choix conceptuel et pratique en vue d'une plus grande cohérence avec les actions menées par le Centre Bruxellois d'Action Interculturelle, lieu de référence tant au niveau des connaissances que des capacités d'action dans les nombreux secteurs de l'action publique bruxelloise.

Le succès du concept d'interculturalisme est sans doute dû aux usages réducteurs du terme « multiculturalisme », qui est la plupart du temps compris dans son premier sens : la cohabitation de différentes cultures. Soit une réalité statistique, voire statique. Cette désaffection du terme « multiculturalisme » en faveur de celui d'interculturalisme se fonde par conséquent sur un faux procès accusant le multiculturalisme de ne pas considérer la réalité dynamique, interrelationnelle de la diversité. Or, le multiculturalisme, entendu comme projet démocratique, reposerait d'une part sur l'interculturalité et d'autre part sur la reconnaissance légale et sociale d'une vie intra-culturelle, d'une vie communautaire (Martiniello, 2012). Dans ce sens, le multiculturalisme engloberait l'interculturalisme, qui ne serait qu'un de ses deux principaux modes d'implémentation. Cependant, c'est bien le terme « interculturalisme » qui est au-devant de la scène. Cela, au point d'occulter le second pan du multiculturalisme : la reconnaissance légale et sociale des communautés. Cette relégation est pratique d'une certaine manière : elle permet de calmer les éventuelles oppositions politiques au multiculturalisme qui confondent encore reconnaissance sociale des communautés avec repli communautaire. Or, selon Martiniello, « toute vie communautaire ne peut être assimilée à un repli communautariste, voire séparatiste. Les membres de groupes minoritaires ont le droit d'avoir des moments et des espaces qui leur appartiennent exclusivement, sans que cela se traduise pour autant par une volonté de mise à l'écart de la société. L'envie et la volonté de se retrouver à certains moments entre soi ne veut pas nécessairement dire que l'on ne veut plus entrer en interaction avec les autres » (Martiniello, 2012 : 41).

Multiculturalisme et interculturalisme ne sont donc pas des étiquettes neutres et ne cherchent pas à vendre la même marchandise. Cependant, il apparaît que la question primordiale pour éclaircir ce débat reste la répartition du pouvoir entre les groupes culturels dominants et les groupes culturels dominés.

CHAPITRE (4)

**CHOCS
CULTURELS**

—
**PROFES-
SIONNELS /
PUBLICS**

INTRODUCTION

Le présent chapitre décrit les différentes problématiques inhérentes à la relation interculturelle entre professionnels et publics. Il apparaîtra sans doute au lecteur que l'ensemble des pierres d'achoppement énumérées ici se dresseront comme autant de marqueurs, de « voyants rouges », devant attirer leur vigilance dans leur cheminement quotidien avec les personnes handicapées issues de l'immigration et leurs proches. Chacun de ces voyants rouges se fonde sur un certain type de choc culturel, choc expérimenté et rapporté par les professionnels rencontrés.

Le choc culturel est habituellement défini dans le cadre de personnes s'expatriant dans des contrées exotiques. Or, le choc culturel qui nous intéresse ici, se produit sans que le professionnel prenne l'avion. Margalit Cohen-Emerique en fournit donc une définition plus appropriée :

« Le choc culturel – expérimenté sur le plan individuel et non dans le sens employé couramment chez les ethnologues comme choc des civilisations ou des mentalités – peut être défini soit sur un mode négatif comme une réaction de dépaysement, de frustration, de rejet, de révolte et d'anxiété, soit sur le mode positif comme une réaction de fascination, d'enthousiasme, d'émerveillement »
(Cohen-Emerique, 2011 : 65).

Dans le cadre des entretiens collectifs qui ont nourri cette recherche furent les chocs culturels à l'ensemble du groupe de participants. En passant par la narration, ces événements passés deviennent des « récits ». A la demande du groupe, certains d'entre eux sont narrés dans tous leurs détails et font l'objet d'interprétation des autres professionnels. Ce sont donc leurs analyses qui sont restituées en partie dans ce chapitre tout en s'accompagnant d'apports théoriques que nous apposons. Ainsi seront évoqués les chocs culturels relatifs à :

- ⊙ la définition de ce qui est normal et de ce qui est pathologique
- ⊙ l'appréhension du soin et de ce que signifie « prendre en charge » que ce soit dans les structures professionnelles ou dans les structures domestiques de l'aide à la personne handicapée
- ⊙ l'établissement de la relation entre professionnels et aidants-proches
- ⊙ l'appréhension relative du temps et de la régularité
- ⊙ l'homogénéité ethnique et la notion de diversité

Bien souvent les récits apportés furent d'une grande richesse, se composant de plusieurs problématiques, complémentaires entre elles. Afin de restituer cette complexité de manière lisible, certains de ces récits, comme le récit n°1 par exemple, ont été scindés en différents passages significatifs. Tous sont présentés dans les encarts.

1 LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE

1 : 1 DIVERGENCES AUTOUR DE LA GRAVITÉ DE LA SOUFFRANCE

Comme le disait cette directrice, *«face à une situation qui nous interpelle, est-ce qu'on s'inquiète ou pas?»*. Les professionnels sont témoins d'événements, de comportements tant chez les proches que la personne prise en charge. Cependant, ce qui les interpelle est parfois banal aux yeux des proches de la personne handicapée : *«On frappe plus facilement dans certaines populations, on règle également davantage les soucis en famille, sans trop en parler au service psycho-social. Cela freine au final nos possibilités d'action. On se retrouve facilement face au slogan du «tout va bien» alors que l'on sait que tout ne va pas bien»*. Par conséquent, les professionnels se retrouvent face à une porte fermée, seuls avec leurs hypothèses : famille négligente, famille méfiantes ou ignorantes ? Cette porte est d'autant plus difficile à ouvrir que pèse un sentiment de forte altérité entre professionnels et aidants-proches. C'est particulièrement le cas entre professionnels de culture laïque ou chrétienne et aidants-proches de culture musulmane. *«Pour eux, de tels agissements, c'est normal (...) Même si on peut retrouver ce type de différence chez n'importe qui, je trouve qu'en même temps, c'est parfois plus facile avec d'autres cultures que celle-là de travailler pour le bien de l'enfant. Mais... au fond... qu'est-ce que ça veut dire 'pour son bien' dans des cultures différentes ? Pour, eux, la famille, l'enfant est 'bien', même avec ses caprices»*. La différence de religion, en tant qu'attribution causale du malaise, se pose ainsi tel un voile pudique entre les professionnels et les aidants-proches, pétrifiant les premiers dans un sentiment d'incapacité et protégeant les coutumes des seconds.

L'annonce du double diagnostic est aussi sujette à de fortes divergences entre les représentations des professionnels et celles des bénéficiaires. Il s'agit d'un constat difficile à partager, comme l'indique cette professionnelle : *«le mot angoisse, c'est une maladie qu'on surajouterait pour la famille. Pour nous, l'équipe, on sait très bien qu'elle est angoissée... L'angoisse, c'est psychiatrique, c'est une maladie. C'est quelque chose qui s'ajoute au handicap de l'enfant. Mais la famille ne l'entend pas comme ça...»*. En effet, pour la famille, il s'agit d'une nouvelle annonce et donc d'une nouvelle épreuve. Selon une professionnelle, *«à un moment donné, ce trouble comportemental est tellement présent que ce handicap psychique*

arrive et vient se mettre au-dessus [du handicap, NDLR]. Les parents n'y sont pas préparés, ils ont eu déjà tellement de mal à accepter le handicap ! Et devoir accepter en plus que la personne doit être soignée de façon psychiatrique est extrêmement difficile». Cependant, les professionnels nuancent parfois cette notion de double diagnostic comme cette psychologue en service d'accompagnement : « la notion de double diagnostic, moi, je ne sais pas. (...) Ça me fait d'ailleurs penser à une autre situation où on avait prétendu une personne autiste mais elle n'est pas plus autiste que vous et moi... Je me dis que simplement elle vit une situation telle qu'il est évident qu'elle ait développé des troubles du comportement. Qui n'en développerait pas enfermé dans ... ? Donc, il y a des troubles du comportement... ce qui ne signifie pas qu'on est fou pour autant ! ».

① LA RÉPONSE AU PATHOLOGIQUE

L'adaptation aux manifestations de ce qui est trouble, anormal, pathologique est une attitude qui varie selon les groupes sociaux. Ici, de nouveau, la différence entre la famille et l'institution peut être forte.

RECIT 1

« Quand sa fille ne voulait pas démarrer, quitter la maison ou entrer dans la voiture, le papa avait recours à des bonbons. Tout tournait autour de ce qui lui faisait plaisir. Elle pouvait souper plusieurs fois, par exemple. Le papa était une personne vieillissante qui essayait de s'en sortir avec une personne assez corpulente. Il ne pouvait pas sortir avec elle car si elle s'arrêtait, elle faisait un sit-in et il ne pouvait plus rentrer chez lui.

Selon les participants à l'analyse collective de ce récit, les proches peuvent empêcher les symptômes d'une personne handicapée, comme l'anxiété, d'émerger au quotidien. Ils contrecarrent cela au moyen de techniques qui ne peuvent être reprises dans le contexte de la vie collective des institutions d'accueil : « Ils trouvaient toutes les parades pour que le trouble ne se déclenche pas : ils faisaient donc tout pour elle. Mais, c'est ensuite nous, dans la vie collective... on se rend compte qu'on ne pouvait pas fonctionner comme ça ». Dans cet exemple, le problème pour les professionnels n'est pas que d'ordre pratique. Il en va de la santé du bénéficiaire, une dimension qui n'est pas facilement partageable entre la culture institutionnelle et celle en vigueur de l'entourage.

Cependant, il est possible de réfléchir à d'autres recours. Les professionnels trouvent aussi leurs parades comme le fait remarquer une psychologue en réaction au récit n°1 : « Il y a plein de choses qu'on connaît sur ce qu'elle aime : elle aime être massée des pieds et des mains, elle a une chouette grille d'activités organisée autour des choses qu'elle aime. La famille sait aussi ce qu'elle aime et mise parfois sur le rôle de la nourriture au dépend de sa santé. On sait aussi ce qu'elle n'aime pas et donc on essaie d'éviter les situations anxio-

gènes». Cependant, les professionnels connaissent les limites de ces recours face aux crises aigües et envisagent parfois la médication, vue par certains comme une véritable «*impasse tant pour l'équipe que pour l'enfant en souffrance mentale*» puisqu'on reproduit au final ce qu'on reprochait à la famille : l'oblitération des symptômes de l'enfant, et le contournement de leurs causes réelles. Cette dynamique renvoie à ce que nous nommons l'effet miroir entre institution et famille. Explications....

S'il est aisé de pointer des différences culturelles entre la famille et la structure d'accueil, il est aussi important de pointer les similarités. Dans certains cas, par-delà les apparentes différences, on retrouve d'importantes similarités entre la configuration familiale et celle de l'institution d'accueil, à la façon d'un jeu de rôle où se positionnent des pères, des mères, des sœurs, des ennemis, des absents, de chaque côté. C'est ce qui se passe dans le récit n°1 dont voici un dernier extrait :

RECIT 1.b

Dans l'équipe, il y a des gens qui ont très peur de cette enfant. C'est moins le cas des hommes qui fonctionnent un peu plus normalement (car elle s'y attaque moins facilement!). De ce fait, nous avons un manque de cohérence vis-à-vis d'elle. Ceux qui en ont peur recherchent cette cohérence mais il y a aussi deux ou trois personnes dans l'équipe qui ont un attachement tout particulier à l'enfant et qui ont tendance à avoir une autre attitude, moins collaborative, quand elle se fait sanctionner. Je dois demander à mon équipe de rester cohérente. Car il y a une attitude professionnelle à maintenir car la fille peut être très attachante. J'imagine qu'on retrouve cette même division au sein de la famille avec des gens qui en ont peur et d'autres qui la flattent.

En analysant en groupe cette présomption de similarité des rôles, il s'est avéré qu'il y avait parfois plus d'un professionnel endossant chaque rôle connu dans la famille de l'enfant. Selon une psychologue systémicienne, cette homologie est suscitée et en partie maintenue par l'enfant elle-même, «*c'est quelque chose comme un miroir : il y a quelque chose dans l'institution et quelque chose dans la famille. On retrouve des mêmes logiques qui se jouent en famille et en institution. Des choses qui se jouent dans la famille et se rejouent au centre de jour et inversement. Les professionnels, sans s'en rendre compte, fonctionnent comme les acteurs de la famille. Mais c'est aussi la personne qui amène un fonctionnement de sa famille au sein de la structure institutionnelle. Elle vient questionner les limites, le cadre de flottement, son histoire, le clivage (entre cadre stricte et cadre lâche de la famille)*». Dans le cas du récit ci-dessus, ce jeu de miroir semble distribuer de chaque côté la culpabilité face au sentiment d'impasse, au risque d'exclusion tant du côté institutionnel que du côté de la famille :

« la culpabilisation de la famille : ‘je dois m’en occuper sinon qu’est-ce qu’elle va devenir ?’. Cette même question semble aussi se poser dans l’équipe : ‘si on ne la garde pas, qu’est-ce qu’elle va devenir ?’ ».

Si ce jeu de traduction et d’échange des rôles n’est pas une observation nouvelle dans le secteur du travail sur autrui (éducation, santé, aide sociale, etc.), il n’en consiste pas moins, dans notre contexte de recherche, un levier potentiel pour le développement interculturel des relations de collaboration entre professionnels, personnes handicapées et aidant-proches. On peut alors s’interroger sur l’étanchéité de la frontière « eux / nous » lors des situations critiques et commencer à entrevoir des possibilités d’ouverture à partir de la reconnaissance des similarités, une des nombreuses tactiques des médiateurs interculturels.

② LE SENS DU SOIN ET DE LA PRISE EN CHARGE

② i UN PSY? POURQUOI FAIRE ?

L’expertise médico-sociale s’oppose parfois à celle des proches de la personne handicapée. Souvent, les professionnels déplorent la méconnaissance des différents métiers du secteur du handicap par les publics. Dans le récit ci-dessous, l’écart entre l’appréhension professionnelle et parentale quant aux besoins d’un enfant est sensible :

RECIT 2

« C’est l’histoire d’un bébé. Il a traversé plusieurs pays avant d’arriver chez nous. Il n’y a pas de solution à sa situation. Il est l’enfant du milieu entre le cadet et l’aîné. Pas de crèche, pas d’allocations familiales, pas de famille pour soutenir, pas de réseaux, des attentes démesurées, un vide culturel ... et pourtant une maman pleine de ressources. C’est une maman pleine de ressources humaines, dans sa souffrance ou son angoisse, elle est pleine d’affection pour ses enfants et elle est derrière eux. Elle va se battre et s’expliquer. Elle essaie, elle va jusqu’au bout. Mais son enfant n’est absolument pas stimulé. Nous, nous proposons des interventions à domicile. Mais la mère n’y croit pas. Son enfant est « comme une plante », dit-elle. C’est un être qui dort et qui mange. Mais elle n’est jamais négligente avec lui. Cependant, elle ne donne pas un espace psychique à son enfant. [...] Nous, nous proposons de stimuler l’enfant, de faire un travail psycho-

logique. Mais là, elle nous regarde avec un air 'Avec quoi est-ce qu'ils viennent?' [...] Elle se demande ce qu'est d'être psychologue. On ne dit pas des trucs du genre 'vous êtes dans la parole et vous ne faites rien'. Ce n'est pas du dénigrement du métier mais du questionnement : on ne sait pas très bien ce qu'est un psy ».

Selon les professionnels interrogés, il existe une échelle des priorités chez les publics qui peut expliquer aussi leur refus d'investir plus de temps dans leur enfant. Dans le cas, plutôt fréquent, des refus d'accompagnement psychologique, certains professionnels rappellent que

« Les gens qui savent accéder à un questionnaire sur soi, c'est parce qu'ils ont déjà réussi à satisfaire les autres besoins plus urgents ! ». D'autres se demandent sincèrement : « Oui, avec quoi on vient ? Elle, elle a besoin de manger et de dormir. Voilà la situation ! ».

L'absence d'aide et d'accompagnement dans le pays d'origine peut aussi expliquer l'interrogation de la mère en regard d'une proposition de suivi psychologique. L'absence d'expérience antérieure d'un cadre professionnel complexe qui dépasse le traitement médical du handicap participe d'une certaine approche qu'ont les aidants-proches du handicap de leur enfant. Au contact des services multiples qu'offre le pays d'immigration, la mère, évoquée dans notre récit, se trouve face à une autre définition, un autre regard posé sur son enfant, l'invitant à investir sa situation familiale et son rôle de mère autrement. L'intérêt de ce récit montre justement que cette mère est en tension entre deux univers de signification et est dans un processus d'acculturation où sa conception habituelle des besoins de son enfant s'accompagne d'un questionnement sur l'accompagnement, sans le rejeter pour autant.

2 LA PROMOTION DU DIALOGUE PARENT-ENFANT

Autre point de divergence : la place accordée au dialogue entre les aidants-proches et la personne handicapée. Le récit ci-dessous met en évidence le choc culturel entre une culture professionnelle accordant une grande valeur à la communication et une culture domestique où cette communication est absente.

RECIT 3

«J'ai eu la chance de travailler avec des parents de tout jeunes enfants qui sont en crèche et c'est vrai qu'on remarque que la parole est très peu présente dans la famille. Cela d'autant plus quand l'enfant a un handicap. Ce sont peut-être des habitudes de vie où on ne parle pas à l'enfant. Déjà cette communication de la famille avec l'enfant handicapé est difficile dès le départ, il faut établir une relation qui ne va pas de soi. Mais les familles maghrébines ont l'habitude de s'occuper de leurs enfants comme ça : Hop! Je le prends dans les bras, je le mets dans le fauteuil. Hop! Je le mets sur la chaise haute, je lui donne à manger. Et hop, la cuiller dans la bouche... et tout ça n'est pas accompagné de parole. Or, c'est quelque chose à laquelle on invite les parents : il faut le prévenir ('on va faire ça') et si vous n'êtes pas tout près, on dit 'Maman n'est pas loin, je te vois, je te regarde ', etc. Tout ça fait partie de l'éducation de l'enfant où il peut être rassuré par la parole de la mère et celle du père».

Ce silence est aussi décelé lors de la rédaction du «journal de bords» ou l'élaboration de «l'album de vie» de la personne handicapée où se racontent et s'illustrent ses histoires, ses vécus, sa famille, tel un album personnel. Certaines familles refusent de participer à cet exercice qui, selon les professionnels, reste pourtant indispensable tant pour la prise en charge de l'enfant handicapé que pour ce dernier. A ce propos, une professionnelle se rappelle avoir bénéficié d'une intervention du service Grande Dépendance étant donné le risque d'exclusion que courrait une personne accueillie dans son centre de jour. *«Leur intervention a permis de travailler un peu avec la sœur mais il y avait très peu de choses qui sortaient de la vie familiale. Par exemple on avait demandé de pouvoir faire un album de vie pour restituer son histoire en parlant aussi du décès de la mère... Mais c'était «non!».* Ils ne voulaient pas ... *Cet album de vie aurait pourtant permis d'expliquer à l'enfant d'où elle vient, de lui expliquer sa vie».* Si l'histoire intime est oblitérée ou déniée, la parole au quotidien est elle aussi confisquée. L'un ne semble pas aller sans l'autre. Les professionnels, quant à eux, sont dépossédés d'une importante ressource pour évoluer dans l'accompagnement sans connaître finalement les enjeux de la parole dans les apparentes traditions familiales du silence, où le bruit est ailleurs. Face au refus d'aide et d'accompagnement, les professionnels apprennent à se faire une raison:

« Les familles nous disent à leur façon 'nous, nous avons les solutions ... et ce ne sont pas les vôtres ! ».

La famille s'organise pour garantir la prise en charge sans devoir recourir à un service professionnel. Selon l'enquête de terrain, les aidants-proches s'arrangent de deux façons. Soit un membre de la famille, déjà présent en Belgique, se désigne (ou est désigné) pour la prise en charge à domicile

du membre en situation de handicap ; soit on intègre un nouveau membre dans la famille (par voie matrimoniale ou par regroupement familial) qui prendra en charge la personne handicapée.

2 3 LA FAMILLE QUI S'OCCUPE DE TOUT

Dans la première logique comme dans l'autre, les proches aidants sont en général des femmes. Selon certaines études, les mères, plus impliquées dans le soin quotidien de leur enfant seront moins enclines à recourir à une aide extérieur, au contraire des pères (Lambert et Lambert-Boite, 1995). Quelle que soit l'appartenance ethnique, "les soins quotidiens exigés par l'enfant handicapé sont souvent sous la responsabilité entière de la mère. Pour elle, les problèmes qu'elle rencontre avec son enfant sont centraux pour son concept de soi. La recherche d'aide peut donc être considérée comme une reconnaissance partielle d'incapacité" (1995:120). S'il est étonnant de voir des pères se tourner vers l'extérieur pour obtenir de l'aide, notons qu'il s'agit en général de pères seuls face à leur enfant. Dans le cas où les pères vivent auprès de la mère et de l'enfant handicapé, les observations les plus courantes montrent plutôt la prévalence de comportements d'évitement des pères à l'égard de l'enfant (1995:120).

Selon la première logique, les mères sont engagées dans le soin de leurs enfants selon plusieurs facteurs. D'abord, entre mère et enfant handicapé, un univers de codes et de langages se crée. Par conséquent, lors de la transition du soin domestique vers la prise en charge institutionnelle, une incertitude plane sur les capacités des professionnels à reconnaître les signes émis par l'enfant handicapé. Lors de l'analyse du récit n°1 cité précédemment, une psychologue avançait également cette hypothèse :

« Je pense que la mère se demande 'est-ce que quelqu'un d'autre pourra comprendre mon enfant quand il donne un signal?' ».

Les professionnels interrogés expliquent l'appréhension des mères par leur peur de l'abandon. Selon les ethnopsychiatres et anthropologues qui étudient la condition des mères dans les cultures traditionnelles, renoncer au soin de l'enfant, c'est renoncer à la maternité et donc courir le risque de perdre l'unique statut, l'unique légitimité sociale que ces traditions accordent aux femmes. Par conséquent, l'enfant reste à la maison, quel qu'en soit le coût.

¹ Le mariage endomixte consiste en l'union de personnes de même origine mais ayant été socialisées pour l'une dans le pays origine et pour l'autre, dans un pays d'immigration (Moussaoui, 2008).

Selon la deuxième logique qui consiste à se trouver un membre de la famille pour assurer la prise en charge, l'enquête relève un cas, qui ne serait pas isolé, de mariage endomixte¹ forcé avec une personne handicapée :

RECIT 4

« Elamine, comme beaucoup d'ouvriers d'origine maghrébine dans notre ETA, même s'ils sont belges aujourd'hui, a été marié avec une personne trouvée par la famille pendant les vacances au Maroc... C'est la manière dont les personnes de cette culture agissent pour avoir quelqu'un qui s'occupera du fils. C'est essentiellement le cas quand il s'agit du soin des fils car je n'ai jamais entendu ça dans le cas des filles (chez moi en tout cas). Il est physiquement un homme mais a un grand handicap mental : dans sa tête, il a trois ans. Après son mariage, son épouse tombe enceinte assez rapidement. (...) Malheureusement pour Elamine, quelques temps après, sa femme est partie. Elle était en Belgique, elle était mariée, avait un enfant. Et donc lui, il s'est effondré... et je me retrouvais avec ce grand gaillard en larmes dans les bras ! Sa femme est restée environ six mois avec lui après la naissance de sa fille puis est partie avec elle ».

Selon El Boujaddayni (2012), l'arrivée d'un enfant handicapé ou la survenue du handicap chez un enfant, qu'elle soit considérée comme un don de Dieu ou une punition, modifie la perception qu'ont les parents des opportunités futures de leur enfant. Selon la chercheuse, une part importante de ces désillusions serait liée aux possibilités de mariage et de descendance. Cependant, le récit d'Elamine remet en question cette observation. Le mariage endomixte à un homme handicapé, tactique bancaire, serait organisé par des parents qui, vieillissant et isolés socialement, n'ont pas d'autres issues pour assurer la prise en charge de leur fils à l'avenir. Les raisons d'un tel agencement familial ne sont pas connues mais quelques hypothèses peuvent être avancées comme l'attribution traditionnelle des tâches reproductives (alimenter et soigner) à la mère, la soeur ou l'épouse. Cependant cette hypothèse serait-elle toujours pertinente si Bruxelles disposait d'une plus grande offre en structures d'accueil de la personne handicapée ?

3 ENGAGEMENT, TABOUX ET RESPECT DE LA VIE PRIVÉE

3.1 LE SENS DE LA COLLABORATION DANS LA RELATION D'AIDE

La cohérence du travail tout comme la résolution de conflits avec les familles reposent sur un des outils centraux du travail social : la collaboration. Celle-ci peut être vue comme un contrat qui unit les deux parties en vue d'un objectif commun et s'accorde sur les moyens pour y parvenir. Mais en cas de divergences, comme dans le cas du récit ci-dessous, ce contrat devient dissymétrique :

RECIT 1.c

«Vis-à-vis de la famille on avait dit que c'était 'ça ou c'est l'exclusion'. On trouvait du soutien ou on avait besoin d'un relais. On a beaucoup monopolisé le superviseur d'équipe. La famille n'a pas été concertée sur l'accord mais on lui a fait part de notre travail avec ce monsieur et des conclusions tirées. On est restés transparents sur ce point tandis que pour l'AFRHAM, on a collaboré avec la sœur. Elle comprenait bien que c'était ça ou... C'était une collaboration un peu forcée en effet...».

L'appel à la compliance de la famille, puisqu'elle répond à la nécessité de la prise en charge d'un de leurs membres confié à l'institution, est un acte d'autorité, certes, mais aussi accompagné d'une recherche de confiance, comme le souligne une participante à l'analyse du récit ci-dessus, «*c'est vrai que la famille ne va pas se rendre compte tout de suite des avantages qu'elle pourra tirer de ce travail puisqu'elle ne le connaît pas. On a peur en général de ce qu'on ne connaît pas. C'est donc tout un jeu de confiance à trouver*».

D'autres centres recourent à cette forme d'appel à la compliance en durcissant le ton comme le disait cette participante :

«À un moment donné, j'en ai eu marre qu'on mette les jeunes en porte-à-faux constamment entre ce qu'on leur dit ici (t'es un adulte, tu as le droit de penser et d'agir) et ce qu'ils vivent une fois rentré chez eux («tu es un handicapé qu'on déplace à gauche et à droite»). Au départ, je faisais pas mal de visites dans les familles pour discuter du coup, faire le lien, mais ce n'était pas suffisant : à un moment donné, il faut asseoir l'autorité du centre de jour parce qu'on a aussi une autorité de centre de jour ! Donc dire : 'Voilà, notre exigence de travail, c'est celle-là. On a besoin que vous veniez discuter avec nous'».

Il arrive que cette compliance du public manque à l'appel des professionnels et que l'équipe ne puisse plus travailler selon ses missions, alors, comme le dit cette directrice d'un centre de jour, «*parfois, c'est l'exclusion. Ce problème arrive,*

peu importe l'origine de la personne. C'est déjà arrivé chez nous : s'il n'y a pas de collaboration et que ça devient invivable, on a déjà dû le faire... Mais ce n'est jamais avec gaieté de cœur !». Il s'agit en effet d'un échec que tous les professionnels redoutent lors de situations de crise profonde avec certains aidants- proches. Les situations conflictuelles peuvent donc durer un certain temps comme l'explique cette responsable d'un centre de jour et d'hébergement : *« On sait qu'à Bruxelles, quand on arrive pour faire une demande chez nous, c'est qu'on a été refusé d'un peu près partout. Donc, nous sommes un peu en bas de l'échelle. C'est notre mission, on est comme ça. (...) Je ne pense pas qu'on culpabilise mais on attendra la dernière minute avant l'exclusion car on sait qu'après nous, il n'y aura plus rien. On ne le fait pas par culpabilité mais par souci de protection. Je crois qu'on essaie toujours de protéger ceux qu'on a...sinon, c'est la catastrophe pour eux, pour nous et pour tout le monde »*.

3 2 LA TRANSPARENCE : ON SE DIT TOUT ?

La communication est l'outil numéro un de tous les travailleurs du secteur du handicap. Les entretiens avec le public permettent l'accueil, l'accompagnement, l'annonce des diagnostics, l'explication des issues ou offres adéquates, la négociation du suivi, etc. La parole est partout. Pourtant, elle n'est pas simple. Les professionnels disposent-ils toujours du temps nécessaire pour que les personnes s'expriment ? Cette expression est-elle objective et exhaustive ? Comme le note Geneviève Piérart (en évoquant les travaux de Bricaud, 2012 ; Ragazzi, 2009 ; Vatz Laaroussi, 2008), « l'injonction à parler peut également bloquer certains parents : dans la migration, tout n'est pas dicible ; le secret ne signifie pas nécessairement le mensonge mais peut aussi receler des ressources, la capacité à sélectionner ce dont on se souvient et ce qu'on oublie, pour avancer » (2013 :128). Les professionnels doivent donc agir avec une connaissance partielle des enjeux en présence.

Expliquer, montrer, informer sont les moyens d'établir une relation de confiance en misant sur la transparence. Certains travailleurs ont le temps de présenter l'association en en faisant le tour du propriétaire afin d'en montrer le fonctionnement et les valeurs, d'autres regrettent de ne pas disposer de ce temps, comme le disait cette professionnelle, *« chez nous, on a plein de choses à faire : interroger les parents sur leur vie à la maison, voir comment on peut en faire des partenaires. Mais, souvent, on grille cette phase où nous pourrions dire qui nous, nous sommes »*.

Cependant, miser sur la transparence peut s'avérer risqué si l'on ne s'assure pas d'un partage autour des valeurs, de la définition des besoins et de la situation de la personne accueillie. Une responsable d'un centre de jour le confirme avec regret : *« moi, je suis persuadée quand on accueille une personne adulte que nous devons être honnêtes et respectueux. Mais à essayer de faire la même chose avec les familles, on se plante royalement ! »*. Voici son récit :

RECIT 5

Quand Houria est arrivée, elle était fermée, quasi-mutique, obèse. Elle avait un QI de 34, mais cela ne voulait rien dire puisqu'elle était fermée et mutique. Au bout d'un an chez nous, on a découvert quelqu'un qui pouvait être rieur, farceur mais qui fabulait aussi. Elle est issue d'une famille de 10 frères et sœurs. La personne de contact est une sœur, très occidentale, mariée, enfants, ne portant pas le voile. Nous avons tout un panel de handicaps et de personnalités. Les personnes choisissent leurs activités elles-mêmes. Ce n'est pas très cadré: les groupes se constituent selon les envies des uns et des autres. Sauf pour certaines activités (équitation ou piscine). Pour avoir accès à toutes ces activités, ils doivent fournir un travail au sein de la ferme, du resto, de la production des produits. Toute chose productive et utile à la collectivité. Historiquement, on a instauré ce système car d'une part je n'aime pas considérer les personnes handicapées comme des assistées: on n'est pas un Club Med, une école ou un hôpital. On développe les compétences mais l'apprentissage n'est pas un objectif. L'autonomie non plus. Elle ne doit pas être l'objet de stress. Le pédagogique n'est pas un objectif, moi ça me donne des boutons d'entendre qu'il faut que les personnes aient un projet pédagogique. Les personnes accompagnantes ne sont pas des «éducateurs» car les personnes n'ont pas besoin d'être éduquées. Ce sont des «accompagnateurs». Ces choses-là je ne prends pas toujours le temps d'en parler. Ce que je fais par contre avec chaque famille: je passe du temps pour leur montrer combien les personnes sont libres, qu'elles ne sont jamais seules longtemps, qu'il ne peut pas leur arriver grand'chose. Nous sommes un cadre de travail. Le flirt par exemple n'est pas autorisé sauf pendant les moments de fêtes. D'ailleurs un couple s'est déjà formé à cette occasion.

Tout se passait relativement bien jusqu'en 2010 où toujours dans le cadre des activités. A un moment, Houria a demandé à aller aux toilettes. Elle est adulte, elle y va. Elle prend son temps, comme d'habitude. Mais quand elle revient à l'atelier en disant à l'accompagnatrice «j'ai vu Salim comme ci et comme ça» en se touchant le corps. L'accompagnatrice ne s'inquiète pas trop jusqu'au moment où elle voit effectivement Salim dans le couloir. L'accompagnatrice savait bien qu'il ne pouvait pas s'être passé grand'chose puisque toutes les portes sont toujours ouvertes. Mais comme Houria fabule parfois, l'accompagnatrice signale par téléphone les faits à sa sœur. Tout d'un coup, ça a pris une ampleur phénoménale, et la sœur a appelé la police qui est venue sur les lieux. Houria a été embarquée par trois de ses sœurs pour faire un examen gynéco à Brugmann qui n'a rien montré. Houria a une minorité sexuelle prolongée.

Houria était tellement choquée qu'elle est tombée dans un mutisme total. Ses parents ne l'ont jamais autorisée à revenir dans nos ateliers.(...) C'est de loin notre plus gros échec.

Cette expérience, analysable sur de nombreux niveaux, démontre l'impact des stéréotypes sur la représentation que le professionnel peut se faire des

membres de la famille qui collaborent activement à l'accueil de la personne handicapée. Selon une des participantes à l'analyse en groupe de ce récit, une des clés du problème est bien l'illusion de partager une même culture :

« Tu avais dit que la sœur avait une allure occidentale puisque pas voilée. Tu t'étais fait une idée de la famille qui fondait moins ses raisons sur la coutume ou la tradition. Quand on a une personne en face de soi, on se fait une image, on a une impression et une idée de comment elle va se comporter. Parfois on creuse soit-même le piège dans lequel on n'a pas envie de tomber ».

Le stéréotype en vigueur dans ce récit s'est ancré sur base de caractères individuels d'un seul membre d'une famille et sur l'opposition entre culture traditionnelle et moderne. Si cette dichotomie a des vertus sur le plan théorique, elle peut s'avérer contre-productive quand on considère que les immigrants établissent des choix précis dans leur processus d'acculturation. Les modifications culturelles et visibles opérées ne peuvent laisser préjuger d'une transformation globale de toutes les références culturelles de l'immigré.

En outre, il existe dans l'histoire d'Houria, une divergence autour du statut de la personne handicapée. Dans la culture institutionnelle, les participants aux activités ne sont pas considérés comme des personnes à éduquer. Cette prise de position se manifeste notamment dans la dénomination du personnel de l'institution : soit les « accompagnateurs » et non les « éducateurs ». Les participants sont des adultes et sont considérés comme tels. Il s'agit là d'une définition que les aidants-proches ne sont pas toujours prêts de concevoir. Comme le disait une participante à l'analyse de ce récit, *« pour eux, c'est leur bébé ».*

Sans négociation avec la personne accueillie et la famille autour de son statut et de ses variations selon qu'elle se situe dans l'espace d'accueil ou l'espace familial, les crises deviennent difficilement gérables.

3 2 RAPPORTS DE GENRE ET VIE PRIVÉE

Devoir traiter avec les familles, amènent parfois les travailleurs du handicap à rencontrer d'importants obstacles posés par les rapports de force qui sévissent dans la vie privée des familles. Parmi eux, le plus fréquent est celui

du genre, soit les rapports sociaux de sexe. Le genre joue un rôle déterminant pour la qualité des entretiens et peut déstabiliser les professionnels dans la poursuite du suivi, censé tenir compte des propos tenus par les membres de la famille ou les aidants- proches. C'est ce qui s'est passé dans ce récit :

RECIT 6

C'est un jeune homme qui fréquente les ateliers, est polyhandicapé et a 24 ans aujourd'hui. Il est issu d'une famille marocaine avec Papa, Maman et 5 enfants. Nous aimerions travailler plus en profondeur les besoins de la famille au-delà de la simple prise en charge du jeune homme dans les accueils répits. Certes, le père est affable, accueillant et aimable mais a des positions très tranchées... Quand on arrive avec des propositions, la réponse est nette: c'est «non». «Non» mais toujours dit de façon très aimable: «Mais non, nous n'en avons pas besoin. Non, la maman de ce jeune-homme est là»... Elle est là pour tout faire. Quand j'apprends au père que son enfant se mutile, il me répond qu'il a le diable en lui. Mais les besoins exprimés par la maman sont différents de ceux du papa. Les rares fois où j'ai pu la rencontrer seule, j'ai eu un tout autre discours. Nous devons actualiser le journal de bords de jeune homme avec les parents. Le père était notre personne de contact habituelle mais n'était pas disponible pour ce rendez-vous. La mère est venue Elle a parlé, elle s'est effondrée en larmes. Elle nous disait qu'elle était malheureuse et que son mari ne la considérait que bonne à s'occuper de son fils. Elle est sortie d'elle-même. Elle disait également qu'elle pensait que son mari allait la quitter.

Ensuite nous lui avons refixé un rendez-vous... elle est arrivée alors accompagnée d'un de ses enfants, son fils, un adolescent. Il a attendu sa mère dans la salle d'attente pendant l'entretien, il maintenait la porte de notre bureau entre-ouverte. Il écoutait. Néanmoins, Nous avons réussi à aborder des questions qu'on n'aurait pas pu discuter avec la famille: les difficultés digestives et le fait que l'enfant se frappait beaucoup. A l'époque, le père me disait que l'enfant avait juste le diable en lui et qu'il ne fallait pas de médecins alors que pour la mère cette proposition était envisageable. La situation de ce dernier entretien fut telle que les professionnelles qui l'ont écoutée craignent que le suivi s'interrompe par la volonté du père. L'une d'elles me disait 'comment on fait avec tout ça car on ne sait pas ce que le père sait de tout ça!' Mon idée est de se dire que, quelque part, cette question ne nous concerne pas. C'est à la mère à gérer cela. Ca les regarde eux. Le Papa est invité à être là et il laisse sa femme nous rencontrer. Donc ce n'est pas notre problème. L'information dont dispose le père, c'est que sa femme est là pour compléter le carnet de bord.

Lors de l'analyse en groupe de ce récit, une des participantes pointait ce qu'elle percevait comme une intrusion dans l'institution de la famille:

«La question de la place de la mère... J'ai une image d'ouverture de la dynamique familiale au forceps. J'ai l'impression d'une... Je suis étonnée de ma réaction... Je précise pourquoi: l'alliance qui s'est créée entre les travailleuses et la maman en l'absence du père me donne l'impression d'une intrusion qui sépare le couple. Et ça me trouble. (...) J'ai déjà été coincée dans des situations similaires quand j'étais plus jeune. J'avais des principes de libération de la femme, etc. Mais rien n'avait bougé finalement. Cette femme était certes en souffrance mais avait besoin de rester dans son couple». Pour une autre participante, l'interprétation du récit va dans le sens inverse: j'avais l'impression que ce n'était pas vous qui aviez créé les conditions de ces entretiens: la famille avait tout mis en place pour permettre cette ouverture, cette opportunité. La mère aurait aussi pu lors du premier entretien se taire. Elle a pris la responsabilité de parler. Je n'ai pas eu l'impression qu'on ait profité de l'absence du père pour profiter de la parole».

Un autre éclairage peut être apporté par la prégnance du modèle individualiste dans notre société. Cette vision est fortement ancrée dans la culture associative par-delà la seule question du statut de la femme². Or, les usagers des services ne partagent pas tous cette culture de la parole libérée, héritée des années 1960. Se retrouver dans un dispositif où immigrer dans un pays de culture individualiste, quand on vient d'une société holiste, n'implique pas qu'on se conforme à la culture du pays d'accueil où règne l'individualisme. L'entretien individuel devient un leurre dans ce cas car l'individu tient son identité et ses logiques d'actions d'un cadre social, éminemment collectif qui fonde sa condition.

Afin de trancher sur les deux interprétations ci-dessus, une hypothèse plausible serait que la mère se situe entre le cadre de référence holistique de la famille d'une part et le cadre de référence individualiste du dispositif d'entretien d'autre part. Cet équilibre instable, activé par l'entretien autour du journal de bord de l'enfant, une obligation posée par l'institution, met en compétition les règles de la famille et l'opportunité de changer ces conditions.

² CF Chapitre 6, point 2.2.1

4 TEMPORALITÉS DIFFÉRENTES

Il existe d'importants décalages entre le rythme de travail qu'essaient d'imposer les professionnels et celui des familles. Dans le cas des migrants, les allers-retours au pays d'un des parents ou de l'enfant déstabilisent le programme d'accompagnement et placent les professionnels dans l'incertitude. C'est le cas du premier récit ci-dessous, tandis que le second met en tension le rythme de l'institution d'aide et le rythme familial.

RECIT 7

Mohamed est né en Belgique. Il est arrivé avec sa maman en Belgique depuis 8 ans. Il a un handicap moteur, est sans école, reste à la maison. Le handicap

a été reconnu par le père qui a vu son enfant pour la première fois à l'âge de deux ans et demi, lorsqu'il est revenu du Maroc. Et puis, plus de nouvelles... et c'est seulement à l'âge de cinq ans que le mari refait surface. Quand je dis plus de nouvelles, c'est par rapport à l'hôpital où le père s'était présenté. A ce moment nous avons pu seulement démarrer un projet avec eux. Mais nous nous demandons si nous allons encore vivre une telle interruption. Il y a du retard... une école à chercher...

RECIT 8

Nous sommes souvent confrontés au temps des familles, en particulier celui de celles issues de l'immigration. Effectivement elles sont très stressées par leur statut de séjour et ne savent pas combien de temps elles pourront rester en Belgique. Leur stress génère des difficultés pour la mise en place d'outils d'accompagnement pour soutenir leurs enfants autistes. C'est une question de temps. Quel temps on laisse aux familles en essayant de ne pas perdre trop de temps avec les enfants autistes? Le style de vie de ces familles fait qu'il est difficile d'essayer d'amener une certaine routine, une certaine rigueur dans leur emploi du temps et en lien avec les besoins spécifique de l'enfant.

D'importantes périodes de silence compromettent la qualité du suivi et contribuent à une représentation négative des familles. *«Personnellement, j'ai le sentiment d'immobilisme et de lourdeur»*, disait une professionnelle. Pour d'autres, les familles *«disparaissent dans la nature»* ou le bénéficiaire cherchant par essai-erreur des solutions donne l'impression de courir *«comme une poule sans tête»*.

Or, pendant ce temps de nombreux événements sont vécus du côté du bénéficiaire. Lors de son retour au service d'aide, il faut alors resynchroniser les temps institutionnels et familiaux et négocier un nouveau programme. Lors de ces retrouvailles, certains professionnels déplorent le ton parfois paternaliste de certains collègues :

« Quand on parle de 'disparaître dans la nature', nous, on se dit parfois 'mais elle est dingue, elle est bête de partir, etc.'. Et lorsque la personne revient, on la culpabilise : 'et alors Madame, on ne vous a plus vue?'... Je trouve ça très tendancieux.... La personne a le droit de disparaître dans la nature, mais certains professionnels ont du mal avec ça ! »

Prenons un peu de recul. Deux paradigmes courants s'opposent dans ces divers témoignages : l'approche du public comme ayant une série de besoins, ou l'approche du public comme posant une série de choix, dont celui de ne pas recourir aux aides officielles. Le premier paradigme relève d'une approche institutionnelle où l'individu est une fiction atomisée, en situation d'un manque et pour qui l'institution a une solution. Dans ce cadre, il existe autant de besoins qu'il existe de services et d'offres dans les institutions (et pas l'inverse). Le second paradigme, où le public est un acteur qui pose des choix, repose aussi sur une vision individualiste mais reconnaît l'existence d'un art de composer avec les offres de services et d'un art aussi de ne pas y recourir... et par conséquent de ne pas se constituer en tant que public. Ce qui signifie que ces individus échappent aux institutions et à l'ingénierie censée produire des connaissances sur eux afin d'instruire l'action publique, bref, d'en faire une réalité publique. Cette seconde appréhension du public est la plus rare dans les discours recueillis et pourtant, elle a la capacité de mettre en lumière les logiques de nombreuses personnes handicapées issues de l'immigration. Il compte alors de saisir « le contexte culturel particulier dans lequel se trouvent les personnes handicapées qui va déterminer la définition et la gestion du handicap par la personne et sa communauté » (Albrecht et al., 2008 : 5). L'expérience migratoire et les conditions d'intégration ou d'exclusion dans la société belge sont donc déterminantes pour comprendre la débrouille des personnes. Une participante le soulignait sur base de son expérience avec une famille indienne :

« Il y a souvent des retours au pays, souvent assez longs. Un jour, on les a revus avec un enfant plus épanoui et avec un nouveau prénom. Dans cet esprit d'interculturalité qui nous occupe, c'est un phénomène à creuser ! ».

⑤ HOMOGÉNÉISATION ETHNIQUE : LA PEUR DU GHETTO

Découlant des différences culturelles autour de la notion de prise en charge de l'enfant, la formation de « ghettos » interpelle les professionnels. Elle est manifeste dans le cas des différences de fréquentation des centres de jour et d'hébergement selon la catégorie ethnique. Elle se prolonge aussi à l'occasion d'activités censées favoriser la convivialité entre les bénéficiaires.

RECIT 9

Comme je suis directrice de l'A.S.B.L., j'ai dans l'idée de faire de l'interculturalité partout dans les trois centres de l'association. Mais à Schaerbeek, le centre de jour est composé de 98% d'immigrés tandis qu'à Ixelles, qui se compose d'un centre d'hébergement, il n'y en a pratiquement pas du tout! Nous, on arrive pas à comprendre ou à trouver le moyen d'éviter ce ghetto qui pose un problème lors des rencontres... Si on fait une rencontre autour de la musique, par exemple, il y aura les tables essentiellement marocaines, puis les autres. On est loin de la mission fondatrice de l'A.S.B.L. parce qu'on a des listes énormes à l'hébergement, on a des Européens mais pas des personnes maghrébines ou d'origine maghrébines. D'où la question: est-ce que c'est nous formons ce ghetto ou ...? Je n'ai pas de nom à donner au problème...

RECIT 10

Nous avons des difficultés pour avoir des Belges dans notre centre de jour: nous n'en avons que deux. La rencontre avec les familles n'est pas facile non plus. Nous organisons des fêtes de Noël où les familles sont invitées à participer. Nous nous retrouvons là avec des difficultés pour avoir des conversations, un dialogue avec les personnes qui sont là. Les personnes participantes sont pour la plupart des Maghrébins et des Turcs. Les femmes font des repas délicieux... Mais au-delà de cet aspect, il est difficile de parler d'autre chose que ce qu'il y a dans notre assiette. D'ailleurs, ces femmes sont plus intéressées de parler entre elles que de parler avec les autres personnes. Manifestement, ces personnes ne comprennent pas nos activités.

La mixité ethnique perdue, certains centres de jour semblent condamnés à une homogénéité ethnique défavorable à l'accès de tous aux services. Une travailleuse dans un centre de jour le confirme: *«On n'arrive plus à se défaire de ce ghetto car à Ixelles, les familles 'belges' ne viennent plus»*. Si cette homogénéité culturelle semble exogène pour certains, on peut très bien imaginer que ces logiques reposent aussi sur certains choix opérés chez les centres de jours et d'hébergement eux-mêmes, comme le dit la narratrice du récit 7:

« Est-ce que c'est nous qui formons ce ghetto ou ... ? Je n'ai pas de nom à donner au problème... ».

Pour d'autres professionnels, ce problème relève de la politique urbaine: *«on est là en face d'une problématique qui submerge. On est de plus en plus en difficulté face à des ghettos et c'est une question qui est au-delà de nous, qui est politique»*.

Enfin, l'écllosion d'organismes ethniques dans le paysage bruxellois inquiète certains professionnels interrogés. Tout en étant reconnues comme service à la personne handicapée, les offres d'accueil et d'accom-

pagement sont aussi analysées par le public sur le plan ethnique à la fois des professionnels mais aussi des bénéficiaires. Sans trancher sur la dimension agrégative ou ségrégative de tels organisations sociales, les discours des professionnels empruntent facilement le terme de ghetto comme dans cette interrogation recueillie durant l'enquête : *« Je ne suis pas sûre qu'il faille laisser se développer toutes ces petites ASBL qui évoluent dans un ghetto »*. Peu connues, ces petites structures locales sont implantées au cœur des quartiers où se concentrent les populations issues de l'immigration peu-qualifiée. Nous poserons comme hypothèse explicative que leur capacité à s'organiser « entre eux » semblent répondre à une incapacité de la société d'accueil à composer avec sa diversité sociale (les pauvres) et culturelles (les immigrés). Sorte de miroirs accusateurs d'une société qui peine à inclure la diversité, ces structures suscitent la méfiance auprès de nombreux professionnels rencontrés, qui y voient des indices du repli communautaire.

Cependant ce « ghetto » est relatif. Certains organismes sont en étroite collaboration avec d'autres qui n'ont pas à souffrir du qualificatif de ghetto et qui présentent un certain pluralisme, ou du moins ont fait vœu de neutralité. C'est le cas dans le secteur de handicap où une collaboration, s'est mutée en fusion³.

⑥ CONCLUSION

Curieusement, rares sont les récits où le choc culturel est vécu directement avec la personne handicapée. Visiblement, on ne se fâche pas entre professionnels et personnes handicapées. Et même si cela arrive parfois, cela n'en fait pas une expérience digne d'être rapportée dans une réflexion sur l'interculturalité. Autrement dit, le choc culturel semble émerger en tant que tel dans la relation avec les aidants-proches, en général la famille. Lors de l'enquête de terrain, la mise en récit des situations critiques occulte la personne handicapée – en tant qu'actrice de la situation – et met seulement en scène les professionnels et les aidants-proches, acteurs dont on connaît souvent peu de choses mais dont on pressent une étrangeté difficilement compatible avec le fonctionnement de l'institution.

L'intensité du choc est d'autant plus forte que les aidant-proches se constituent progressivement, aux yeux du professionnel, comme une institution tout aussi forte et cohérente que l'organisme qui accueille la personne handicapée. En effet, certains récits permettent de poser l'hypothèse d'une compétition interinstitutionnelle entre familles et professionnels. Par conséquent, les chocs culturels observés ici ne peuvent être considérés uniquement sur le plan interindividuel.

S'il existe certes une dimension psychologique, le phénomène a un ancrage social où la lutte a pour enjeux principaux la préservation de la structure institutionnelle (familiale ou professionnelle) et la légitimité de la définition de la situation de la personne handicapée et de ses besoins. Ce dernier point n'est pas sans rappeler les dissensions observées entre expertise profanes et expertises professionnelles (médicales ou scientifiques). Ce qui revient à se demander, dans une optique plus interculturelle « qui profane quoi chez qui ? »⁴ ou encore « quelles sont les expertises en jeu dans les deux parties ? ». Or ces questions n'ont pas toujours d'espace ou de temps pour être posées à cause de l'émotion générée par le choc et la rapidité de la reconfiguration (ou de la rupture) du lien.

Quant à la personne handicapée, enfant ou adulte, il est remarquable que les récits recueillis le mentionnent en tant qu'acteurs plus ou moins passif ou acteur dans le sens où il réagit somatiquement aux contradictions entre deux univers de référence, l'institution d'accueil et sa famille. Cette dissonance n'est pas sans rappeler aussi les études sur la réussite scolaire des jeunes issus de l'immigration et vivant dans la pauvreté (Jacobs et al., 2007 ; Arnoldussen, 2013). On y note l'importance de la dissonance cognitive et affective entre la culture scolaire et la culture familiale. Cette tension est largement reconnue comme pathogène.

Enfin, dernière remarque, la majorité des chocs culturels interpellent par leur portée plus large, dépassant le cas particulier des familles migrantes. Cela est probablement dû à un biais de taille : les professionnels amenés à parler de leurs expériences évoquent le plus souvent des situations conflictuelles ou des impasses où très peu de choses sont connues des publics impliqués. Comme le recueil de l'expérience migratoire n'est pas une démarche courante dans l'accueil et l'accompagnement, il n'est pas étonnant de constater que tant les récits apportés que leurs interprétations sont faiblement instruits des enjeux liés à la migration des personnes : le projet initial, le souvenir du pays, l'effet de la migration sur les descendants, l'organisation quotidienne autour de la personne handicapée, etc...

Ces lacunes suscitent fallacieusement une minimisation de la dimension migratoire. Or, comme nous le verrons dans le chapitre 6, consacré à l'approche interculturelle, le décodage ne peut nier cette dimension.

³Ces fusions entre petites organisations ethniques et structures non ethnicisées ne se font pas sans questions. Notamment sur la question du port de signes convictionnels. Voir à ce sujet le récit n°14 dans le chapitre suivant.

⁴CF Chapitre 6 point

CHAPITRE (5)

**CHOCS
CULTURELS
—
ENTRE
PROFES-
SIONNELS**

INTRODUCTION

La fréquente rencontre des professionnels avec des primo-arrivants ou des immigrés de première génération contribue à reformuler l'organisation et le sens du travail des professionnels du handicap. Dans ce présent chapitre, nous nous pencherons donc sur les situations inhérentes au travail en contexte multiculturel en interrogeant directement les compétences et les pratiques professionnelles. Ces dernières sont révélées à partir de 4 types de contexte particuliers.

Premièrement, les enjeux inhérents à l'intégration et à l'accomplissement du projet migratoire des personnes handicapées et de leur famille amènent les professionnels du handicap à traiter avec des acteurs très divers. Ces derniers peuvent jouer un rôle précieux tant dans l'accès des personnes handicapées aux offres d'accompagnement et de soin que dans différentes formes de soutiens (juridiques, médicaux, éducatifs, affectifs, spirituels, etc.). Cependant, cette sélection de partenaires n'est pas insensible au caractère ethnique.

Deuxièmement, les professionnels sont conscients des éventuelles inégalités d'accès aux services entre personnes socialisées en Belgique et nouvelles arrivantes. Afin d'enrayer toute discrimination, les pratiques professionnelles débordent parfois de leur prérogatives et la solidarité s'organise en faveur de l'une ou l'autre personne du public accueilli. Cependant, cet effort particulier, que l'on peut qualifier d'*affirmative action* ne peut se systématiser pour toutes les situations injustes. Certaines mobilisations semblent plus faciles que d'autres, ce qui interroge les limites du métier.

Troisièmement, le travail en contexte multiculturel implique aussi de reconnaître que le français n'est pas toujours le moyen le plus efficace pour communiquer. Bien qu'il existe certaines compétences linguistiques au sein même des équipes il est remarquable de noter les logiques inhérentes aux diverses réticences à parler directement avec l'utilisateur dans sa propre langue. C'est ainsi qu'on recourt aux interprètes sociaux. La question est alors de savoir comment le travail s'effectue non plus en dyade mais en triade dans un contexte où souvent l'interprète partage la même ethnicité avec la personne aidée et les aidants- proches – ce que nous nommerons « homéoethnicité ».

Quatrièmement, la diversité convictionnelle au sein des équipes de travail soulève un important questionnement sur le sens du travail et ses conditions sine qua non. Entre une réappropriation utilitariste des signes convictionnels et la crainte d'attenter au professionnalisme, il existe un écart parfois difficile à appréhender. Et cela, d'autant plus dans un contexte normatif flou.

L'ensemble de ces quatre problématiques est étudié sur base des expériences concrètes des professionnels et de l'analyse qu'ils en font. Tout comme pour le chapitre précédent, certains points seront repris dans le chapitre suivant afin de nourrir une introduction à l'approche interculturelle.

1 COLLABORATIONS PROFESSIONNELLES AUTOUR DE LA PERSONNE HANDICAPÉE IMMIGRÉE

L'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées issues de l'immigration invite à une prise en compte individualisée afin d'assurer, entre autres, la défense des personnes pour des besoins aussi diversifiés que le droit de séjour, le droit au logement, la mobilité, la traduction, la formation, etc. Ces collaborations occasionnelles ou à long terme requièrent un travail supplémentaire et une connaissance du réseau des intervenants en matière d'immigration et d'interculturalité... ce qui n'est pas toujours aisé, à en croire ce témoignage d'une professionnelle : «*Notre premier réflexe c'était d'aller sur Google !*»⁵. Afin de donner un aperçu de ces acteurs externes, nous recourons à des idéaux-types, soit des formules ou appellations qui permettent d'identifier et de différencier des acteurs selon leurs logiques d'action, leurs statuts ou rôles. Bien sûr, il s'agira d'une fiction intellectuelle car, dans la réalité, il n'est pas rare qu'une même personne (ou organisation sociale) puisse relever de plusieurs de ces idéaux-types en même temps. Ainsi, nous énumérerons les acteurs-aiguilleurs, les acteurs-relais, les conseillers, les justiciers et les acteurs communautaires. Une dernière catégorie, les intervenants linguistiques, fera l'objet d'une analyse approfondie lorsque nous traiterons des problématiques inhérentes à la gestion linguistique⁶.

Premièrement, le public peut avoir été aiguillé vers les services par certains opérateurs d'autres secteurs que nous nommerons «*acteurs aiguilleurs*». Il s'agit souvent d'agents de CPAS et de Maisons Médicales. La force de ces acteurs se situe dans leur pluridisciplinarité et leur permet de communiquer une approche plus globale des personnes en recherche d'aide. Ils ne sont probablement pas les seuls. Cependant, l'enquête n'a pas permis de savoir le rôle joué par des acteurs primordiaux comme le Service PHARE ainsi que les réseaux sociaux dans l'orientation des personnes vers les services bruxellois du handicap.

Deuxièmement, le travail d'accueil et d'accompagnement de la personne handicapée issues de l'immigration s'assortit d'une recherche de collaboration, d'acteurs ou d'opérateurs qui prendront le relais d'une sollicitation. Ce sont les «*acteurs relais*». Parmi eux, Lire et Ecrire Bruxelles permet l'accès à l'alphabétisation en français à de nombreux immigrés. Cependant comme le signalait un professionnel du handicap, «*ces structures avaient des craintes*

⁵ Afin de soutenir le développement des collaborations multiples, le présent ouvrage propose une annexe composée de coordonnées de professionnels actifs dans le champ de l'immigration, du droit, de l'interculturel, des services sociaux et de la santé.

⁶ Cf. ce chapitre, point 3

concernant le handicap : il a fallu les rassurer, travailler en partenariat pour que les personnes puissent accéder aux groupes de Lire et Écrire ».

Une troisième catégorie de collaborateurs est celles des acteurs jouant un rôle de conseillers en regard des pratiques professionnelles à développer spécifiquement pour le public issu de l'immigration. C'est ainsi que des formateurs en approche interculturelle ont déjà rencontré certains professionnels. Cela reste néanmoins une exception malgré l'observation lors de l'événement Let's Go d'un besoin criant en intervention pour des situations décrites par certains professionnels comme de véritables crises.

Quatrièmement, certains acteurs sont aussi mobilisés pour jouer un rôle de justiciers dans une perspective de défense des droits des personnes handicapées. Les recours en cas de double discrimination se font au Centre pour l'égalité des chances. Dans certains cas, le secteur du handicap mobilise et sensibilise, entre autres, des médecins: *« il y a tout un réseau de professionnels que nous activons autour de ces situations et notamment les médecins, qui ont un pouvoir certain face à ces situations et certaines décisions d'extradition, etc. Leur avis est déterminant et nous devons sensibiliser ce corps médical, pour qu'il ne tombe pas dans certains préjugés faciles, où l'on perçoit les personnes en demande d'un diagnostic comme des personnes cherchant par tous les moyens à rester ici et à gratter des allocations' ».* En cas de difficultés administratives et juridiques, certains professionnels recourent à des associations comme l'Oranger, l'Atelier des droits sociaux, l'Espace social Télé Services, l'ADDE, le CIRÉ et le SIREAS. Enfin la défense des droits des immigrés ayant un handicap est aussi assurée par leurs avocats qui contactent spontanément les services bruxellois afin de compléter leurs dossiers.

La liste n'est bien sûr pas exhaustive mais montre par cette typologie un aperçu des différentes relations externes des professionnels du secteur du handicap. Restent alors, parmi les aides éventuelles, les acteurs communautaires, soit les membres de la communauté de référence de la personne handicapée, compétents tant sur le plan de la solidarité sociale que sur celui du soutien spirituel. En général, les travailleurs évitent de recourir à ce type d'acteurs, comme l'explique ce directeur d'un service d'accompagnement :

« Nous constatons que les personnes issues de l'immigration cumulent souvent les 'handicaps' : handicap, couleur, non-maîtrise de la langue, etc. On doit donc travailler ces différents aspects et on refuse d'enfer-

mer les personnes dans une communauté en allant par exemple consulter un Imam, etc. La philosophie de base du service est de ne pas enfermer les personnes dans des circuits mais il est vrai que parfois nous sollicitons une personne importante de la commune (un homme politique par exemple) pour faire avancer les choses».

Porter une aide à la personne handicapée et ses proches ne revient donc plus à poser un acte professionnel en regard du handicap lui-même, soit l'inclusion, mais aussi en regard d'une éthique d'intégration, imaginée à partir de valeurs telles que la foi en la diversité, facteur supposé d'harmonie, d'égalité et de paix sociale.

Par conséquent, il s'agira pour certains professionnels d'éloigner le bénéficiaire de sa communauté afin de ne pas encourager un éventuel communautarisme, la solidarité intra-communautaire n'étant pas reconnue comme bénéfique pour les personnes, comme l'explique ce directeur de service d'accompagnement : *« nous n'essayons pas d'orienter les personnes vers des circuits communautaires et culturels de service (communauté turque, marocaine, ou autre) car nous ne voulons surtout pas enfermer les personnes dans des circuits spécifiques, dans des filières un peu fermées. Cela est aussi vrai pour le handicap, ce qui fait que nous faisons appel le plus possible à des services généralistes... Nous voulons éviter des phénomènes de ghettoïsation en les incitant à apprendre une des langues du pays, à envisager une ouverture plus large »*. Les pratiques d'éloignement ne se font pas toujours en regard de la communauté et de la crainte du communautarisme mais aussi en vertu de la pesanteur du contrôle social du quartier : *« il s'agit de trouver un thérapeute qui pratique en dehors du quartier, afin de diminuer la pression sociale du quartier, etc. C'est en travaillant de cette manière que l'on est arrivé à ce que la population nous fasse confiance »*. Entre crainte de participer à un repli communautaire et prise en compte objective du contrôle social, les professionnels penchent tantôt pour une posture assimilationniste en s'attribuant d'autorité le rôle d'agent d'intégration, tantôt pour une posture pragmatique en tenant compte des logiques en vigueur auprès des publics, et donc de leurs besoins.

Enfin, l'acteur communautaire peut aussi être un membre de l'équipe de travail. Ce type de situation nous permettra d'aborder en profondeur, dans les pages qui suivent, deux grandes problématiques : celle de la mobilisation des compétences linguistiques et celle de la reliance symbolique, notamment au travers du port de signes convictionnels.

2 MOBILISATIONS INTERNES

L'irruption d'une question interculturelle dans le quotidien des équipes de travail requiert un temps de réaction mais aussi une intervention et une remédiation. Comment dès lors motiver l'équipe, l'intéresser au sujet et soulever le nombre nécessaire de montages pour remédier aux problèmes vécus ?

C'est la question que pose le récit suivant, rapporté par une directrice d'un service d'accompagnement.

RECIT 11

C'est l'histoire d'une petite fille de 5 ans (...) Sa maman est d'un statut hyper précaire et d'une fragilité psychique tels qu'elle n'arrive pas à maintenir une cohérence et une continuité dans ses décisions, ses choix. Elle gère difficilement l'offre d'aide. A l'école cette maman fatigue les professeurs et la direction. Les intervenants sont dans un énervement extrême. Il se fait qu'on organise chaque année un atelier pour les enfants déficients visuels. La petite en avait fortement besoin mais elle habitait trop loin de notre service. Nous avons donc assuré nous-même l'aller et le retour de la petite fille durant l'année passée. Mais cette année-ci, il n'y a pas eu de mobilisation de l'équipe ? C'est une exigence extrême que je ne peux pas demander à mes collègues qui viennent déjà travailler un samedi. C'est extrêmement regrettable pour cette enfant... quand on sait que cette même équipe a réussi cette année à se mobiliser pour qu'un enfant d'origine étrangère – mais d'un statut social très élevé – puisse trouver sa place dans notre atelier en tant qu'anglophone ! C'était d'une exigence extrême aussi ! Nous nous sommes posé des questions : Est-ce qu'on peut exiger un surinvestissement de l'équipe ? Et aussi, qu'est-ce qui fait qu'un surinvestissement est plus facile qu'un autre ? Cette petite fille est restée sur le bord du chemin... Quelle égalité alors ? Et jusqu'où aller dans l'adaptation ? Je sens bien qu'il y a une partie de l'équipe qui est fâchée que ce soit toujours le même type d'enfant qui puisse participer... il y a beaucoup de valeurs là-dessous

Ce récit n'a pas fait l'objet d'une analyse en groupe mais mérite qu'on s'y attarde en posant deux hypothèses. Premièrement, il se pourrait que l'aide soit d'autant plus facile que l'aidant et l'aidé appartiennent à la même catégorie sociale. Deuxièmement, il existe des dimensions pragmatiques (horaires, charge de travail, transports, logistique, offre d'intervention spécifiques) qui déclenchent ou non la motivation des professionnels à s'engager dans une démarche collective d'aide spécifique.

3 GESTION LINGUISTIQUE

3.1 MOBILISER LES COMPÉTENCES LINGUISTIQUES DES TRAVAILLEURS

Dans le cadre du travail auprès et avec les personnes handicapées et issues de l'immigration, certaines équipes de travail présentent l'avantage d'être polyglottes et/ou de disposer en leur sein de travailleurs issus des mêmes groupes ethniques que ceux accueillis par le service. Ceci dit, est-ce vraiment un avantage ? Les travailleurs interrogés n'en sont pas tous convaincus... Voici les « pour » et les « contre »...

3.1.1 LES « POUR »

Les arguments en faveur de l'usage de la langue maternelle évoquent surtout l'objectif de favoriser une information claire : *l'accompagnateur qui accompagne le stagiaire ne doit pas nécessairement maîtriser la langue d'origine de la personne. On ne se préoccupe de cela que quand le message qui est transmis à la personne doit être clair et que l'on doit s'assurer qu'il est vraiment bien compris.* La mobilisation de la langue maternelle du migrant n'est perçue que dans une optique de clarification. Son usage sert une relation univoque allant du professionnel qui informe à la personne aidée qui est informée. Le recours à la langue maternelle de l'autre ne sert donc pas un échange mais bien à mieux faire passer le message du professionnel qui, lui, ne reçoit pas en retour des messages du public. Il s'agit donc d'une mobilisation linguistique détachée de ce qu'elle pourrait, dans un contexte de réciprocité, procurer : la reconnaissance sociale et la confiance.

3.1.2 LES « PAS CONTRE » ET LES « PAS POUR NON PLUS »...

Les professionnels s'accordent pour dire que le multilinguisme est l'outil d'un service universel et égalitaire. C'est dans l'idée d'un accès de tous aux services que les compétences linguistiques des travailleurs sont appréciées par leur direction, comme le souligne ce directeur d'un service d'accompagnement : *« la volonté du conseil d'administration est de pouvoir toucher tous les publics concernés, de pouvoir prendre en considération les compétences des personnes comme des professionnels engagés ».* Mais, il apparaît souvent que le recours à la langue maternelle du migrant ne soit une solution à long terme mais toujours temporaire. Ainsi, poursuit ce même directeur, les objectifs d'une équipe multilingue sont voulus mais, en même temps, la direction comme le conseil d'administration sont soucieux de ne pas s'y enfermer ». La diversité est encouragée mais n'est pas une finalité en soi, auquel cas, on pourrait s'y enfermer. Il s'agit plutôt d'un état de fait qu'il faut gérer en attendant que le migrant intègre la langue du professionnel.

3
1
3

LES « CONTRE »

Même si le multilinguisme est apprécié au sein de l'équipe en tant que compétence qui prouve son ouverture à la diversité, même si l'usage de la langue de l'autre permet une information claire de celui-ci, les professionnels tentent d'en réduire l'usage direct avec le public. Les trois raisons principales sont l'évitement du renforcement ou repli communautaire, la crainte d'instaurer un système de privilèges (favoritisme) et le maintien de l'identité professionnelle.

3
1
3
1

LE SPECTRE DU REPLI COMMUNAUTAIRE

De nouveau resurgit la peur de participer au repli communautaire en accordant de l'importance à la culture de l'autre, notamment en recourant à sa langue maternelle ou à un membre du même groupe ethnique. Pour une professionnelle interrogée, « *ce n'est pas toujours la solution d'avoir un professionnel de la même origine ethnique que la personne accompagnée, car il ne faut pas enfermer la personne dans cette filière. On ne proposera donc pas nécessairement un professionnel de la même origine, mais on discutera en équipe des situations et c'est là que certains éclairages culturels peuvent être donnés, échangés* ».

Les éclairages culturels proviennent donc de sources indirectes, entre professionnels, en équipe, et non à partir de l'expertise des premières personnes concernées. Cet évitement est dû, selon nous, à une appréhension de la culture comme tout homogène et déterminant.

Autrement dit, les personnes handicapées issues de l'immigration et leurs aidants-proches sont catégorisés directement à partir de traits saillants et des préjugés qui y sont associés. On retrouve cette même appréhension dans cet autre propos tenu par un professionnel interrogé :

« C'est aussi parfois confortable pour la personne d'être suivie par une personne de la même culture mais l'idée est de ne pas l'enfermer dans une relation et une communication en arabe par exemple. C'est un aspect qui fait débat et qui suscite la discussion dans l'équipe ».

3
1
3
2

CRAINTE DE GÉNÉRER DU FAVORITISME

L'autre crainte dans le recours aux compétences linguistiques des travailleurs est de privilégier certains usagers au détriment d'autres lorsqu'on ne retrouve pas dans sa propre équipe la diversité des langues parlées par le public pris en charge...

« Sinon, on ne s'en sort pas au niveau des différentes langues à maîtriser, des personnes qui veulent plutôt un tel que tel autre, etc. ».

Au nom de l'égalité de traitement, il est donc préférable de ne pas mobiliser les quelques compétences linguistiques disponibles directement dans l'équipe puisqu'elles ne pourraient servir à tous les publics. Ce qui peut être vu comme une aide fondée sur la reconnaissance culturelle et l'établissement de la confiance, est vue ici comme du favoritisme.

3
1
3
3

RISQUER DE DÉSTABILISER LES IDENTITÉS PROFESSIONNELLES

Compris comme un acte professionnel informel, l'usage de la langue maternelle du public suscite chez le travailleur le sentiment d'une atteinte à son identité professionnelle, autrement dit, une menace identitaire.

La menace surgit lorsqu'il y a décalage entre l'image de soi et celle renvoyée par les autres. Elle se manifeste par une atteinte à au moins deux des trois dimensions de base de l'identité professionnelle : le sentiment de continuité, le caractère distinct de la personne et l'estime de soi (...) De nombreuses causes peuvent être à l'origine de ce dysfonctionnement ; elles sont généralement en rapport avec des changements dans les structures sociales et des modifications dans les statuts personnels (...) Mais ces différentes ne seront sources de menace que parce que les modifications qu'elles véhiculent sont porteuses de sens, à la fois dans l'environnement social à travers les idéologies dominantes (système de représentations sociales) et pour l'individu lui-même.

(Cohen-Emerique et Hohl, 2002 : 208)

Cette menace identitaire chez le travailleur social ou de la santé est souvent générée dans des relations où leur public leur assigne un rôle qu'ils n'ont pas. Le travailleur est incité à produire une attitude et une fonction qui n'est pas prévue au programme et y déroge fondamentalement. Lors des entretiens, il fut souvent admis que la distanciation et le respect des

rôles aidant/aidé permettent le maintien d'un travail social de qualité où le soin porté au public se distingue nettement du « care » du monde domestique et profane. En situation de menace identitaire, le professionnel s'inquiète de l'éventuel débordement affectif que cette proximité produirait chez la personne accompagnée et les aidants-proches. L'aisance ressentie grâce à l'usage d'une langue commune, mais étrangère, entraîne, malgré son efficacité, une crainte d'assimilation à un groupe ethnique et non plus à un groupe non-ethnique, celui des professionnels.

« On a par exemple travaillé avec une personne qui nous était adressée par un service d'accompagnement parce que c'était un jeune colombien avec qui ils avaient des problèmes de communication. Je parle espagnol, donc cela facilite les choses. La personne est de suite plus détendue car elle voit quelqu'un de sa culture. On arrive alors plus vite à cerner les besoins et la demande de la personne. Alors, la question qui se pose est celle de la limite : dans quelle mesure je suis encore considérée comme professionnelle et pas simplement une personne de la même culture, une amie ? ».

Franchir la frontière entre professionnels et usagers, c'est un appel au tabou dans son sens le plus littéral : inviter le profane à toucher ce qui est sacré, ici, l'autorité et la légitimité du professionnel.

Régler la communication dans une langue autre que celle du groupe de professionnel ne passe pas inaperçu auprès de l'entourage professionnel. « Chez nous un problème similaire est arrivé lorsqu'une collègue espagnole parlait avec un usager dans cette langue. Est-ce que c'est encore bien professionnel tout ça ? Est-ce qu'il y a assez de recul, nécessaire pourtant, dans notre travail ? » Parler la langue de l'autre peut selon ce témoignage constituer non pas un atout mais bien une désolidarisation des valeurs centrales du groupe de professionnels.

③ ② LE RECOURS À L'INTERPRÉTARIAT SOCIAL

La mobilisation des compétences linguistiques en interne étant, nous venons de le voir, bien problématique, il est plus commode de recourir aux services d'un interprète social ; ce qui est fréquent dans le secteur bruxellois du handicap. Outre les collègues polyglottes, ce soutien permet d'éviter aussi le recours aux membres de la famille, dont l'objectivité et la neutralité fait parfois l'objet de sérieux doutes de la part des professionnels. Comme le disait une participante à l'enquête :

« On a des problèmes avec les interprètes qui sont l'enfant du père ou la sœur : ils vont censurer, omettre, contourner ».

Dans certains organismes, le recours à un interprète social sera systématique même si un membre de la famille peut rendre ce service. En effet, il existe un refus de la part de certains professionnels d'introduire dans la famille un énième rapport de force en instituant *« un interprète familial qui prend la responsabilité de transmettre et de censurer »*.

Dans le récit qui suit, nous analyserons les différents facteurs de chocs culturels dans la triade « professionnel du secteur handicap/public/interprète ». Cette dynamique complexe montre que derrière le masque du professionnel, subsiste toujours un être aux socialisations multiples et susceptibles de l'entraîner au-delà de son protocole habituel.

RECIT 12

Je suis interprète. C'est l'histoire d'un suivi que j'ai fait pendant presque deux ans. C'était une famille venant de Macédoine. Ils étaient arrivés clandestinement et ont demandé l'asile. L'enfant a été opéré à Saint-Pierre des oreilles et de la gorge. Après la demande d'asile, ils ont eu droit au CPAS. Le garçon a été suivi dans un centre de santé mentale. Peu après, les parents ont demandé la régularisation 9ter Médical. Pendant ces deux années, je traduisais pour eux dans le centre de santé mental. Le plus difficile pour moi, c'était de toujours les entendre dire à la psychologue : « il gueule, il a des crises, il crie ». La psychiatre avait beau prescrire des médicaments. Ils disaient ça ne marchait pas, qu'il était toujours malade.

Tous les deux ou trois mois, ils demandaient un rapport médical pour le transmettre à leur avocat. Et à un moment, la psychiatre a dit « Bon, Monsieur.. » - parce qu'à chaque fois les parents ajoutaient un nouveau

symptôme que l'enfant n'avait pas en réalité! Mais ils exigeaient! Ils exigeaient! ...Et me disaient que je ne traduisais pas bien: «tu dois dire que notre enfant, il ne dort pas bien, il crie, il gueule, on ne sait pas le calmer». Toutes les semaines, il y avait ce suivi. Je sentais que le père mentait. Je connais les miens, leur mentalité. Je suis parfois un spécialiste dans le mensonge. Ils sont prêts à tout faire pour obtenir quelque chose! La femme était plus logique. Mais son mari lui disait, en bon Albanais: Tais-toi et ferme ta gueule. J'ai entendu ça! Il y avait deux points de vue. Dans la salle d'attente, je suis avec eux. Je connais leurs conditions. On ne peut imaginer faire deux salles d'attentes: une pour eux, une pour moi. Alors j'ai entendu ça.

A la fin de ce suivi, ils ont eu une réponse négative pour la régularisation. Le père a fini par m'insulter et m'a dit que je travaillais pour le secret belge et que c'était moi qui les avait dénoncés. La psychiatre qui me connaît bien (je suis bien vu dans son milieu et je suis très respectueux)... elle m'a dit «Tu restes calme». Mais moi, j'étais calme et j'ai répondu au père. Alors, il m'a menacé. La psychiatre m'a demandé d'arrêter et de sortir. Mais si je sors, j'allais passer pour un fautif dans les yeux du père. Mais je suis sorti. Une heure après, je suis revenu dans le cabinet et nous avons parlé, la psychiatre et moi. Mais on m'a dit qu'ils allaient trouver une solution et prendre quelqu'un d'autre pour la traduction.

J'ai discuté de cette affaire avec la DRH. J'ai bien dit que je n'avais pas peur. Ce qui me dérangeait, c'est que l'enfant était une victime. Ils faisaient passer l'enfant pour une victime pour obtenir la régularisation. Mais il a eu une réponse négative et il m'en a voulu. Il m'a menacé et moi j'ai dit que je n'avais pas peur de lui. Je connais les miens: si je m'étais laissé faire, il aurait été au-dessus de moi...

Pourtant, je n'ai jamais autant servi pour lui. Pourtant c'est moi qui l'ai emmené au CIRÉ, qui ai fait les démarches pour qu'il obtienne un avocat. Pourquoi je m'implique plus pour eux? Moi, je suis un professionnel: si on me demande la traduction, je le fais. Mais quand je vois la femme, (chez nous, les femmes sont soumises, ma mère l'était, mon père faisait ce qu'il voulait)... J'en ai fait plus pour la femme, quelque part... Mais quand il a eu la réponse négative, le père est devenu furieux.

Je suis très déçu sur le plan humain... en plus avec un compatriote! S'il avait été d'une autre nationalité des Balkans, je n'aurais pas été si fâché. Je ne peux pas dire que c'est parce que ça arrive aux miens que j'en fais plus. Mais j'ai fait plus. Juste pour vous expliquer: mon père a été expulsé du Kosovo. Il est passé par cinq pays (Kosovo, Macédoine, Turquie, Autriche, Belgique...). Il m'a dit, «dans ta vie, si tu sais faire du bien fais-le!». Bien sûr on ne peut pas accueillir toute la misère du monde mais...

L'analyse de ce récit peut s'effectuer à plusieurs niveaux : le cadre normatif de l'interprétariat social, la distribution des rôles selon les statuts de chaque acteur de la triade

3
2
1

LA DÉONTOLOGIE DE L'INTERPRÈTE SOCIAL

Les centres d'interprétariat social disposent d'une charte (ou d'un code déontologique) qui régit le niveau d'implication de l'interprète dans la relation de traduction. Le SETIS, par exemple, demande dans son document instituant le « profil-métier de l'interprète social qu'il gère la charge émotionnelle qui peut survenir dans une prestation, et gère toute circonstance exceptionnelle, prendre distance par rapport à son propre vécu. Dans le code déontologique de ce même organisme on retrouve les 5 principaux engagements : le devoir de discrétion et de confidentialité ; la restitution objective, intégrale et fidèle des messages ; la non-intervention ; l'impartialité et, enfin, la limitation (ou refus) de l'intervention en raison d'un motif nuisant de façon importante à la qualité de la prestation ou du non-respect du code d'éthique minimal du respect de la personne.

Au regard du récit 12, ce qui nous interpelle est cette « non-intervention » et « impartialité ». Elles sont détaillées dans le code déontologique du SETIS en trois. Premièrement, « l'interprète en milieu social intervient toujours en position de tiers, dans la relation qui doit rester triangulaire. Dans cette optique, il est important que l'interprète en milieu social ait pris suffisamment de recul face à sa propre problématique d'étranger pour que son vécu n'interfère pas dans la relation entre le bénéficiaire et l'utilisateur ». Deuxièmement, « l'interprète en milieu social doit rester objectif. Il ne peut, en aucun cas évoquer ses convictions philosophiques, religieuses ou politiques lors de ses prestations ». Troisièmement, « l'interprète en milieu social ne pourra en aucun cas se substituer à l'utilisateur, prestataire de services sociaux de première ligne, ni assurer des services de quelque nature que ce soit au profit direct du bénéficiaire ». Or sur ce point, l'interprète social de notre récit s'est investi personnellement en faveur du bénéficiaire, induisant une relation non-professionnelle, emprunte d'un sentiment de proximité ethnique et, peut-être, d'un devoir de solidarité accru. Cette empathie qui dévie le professionnel de ses rails prend principalement sa source dans la situation d'homéoethnicité. Explications.

L'interprète social est souvent de la même origine ethnique que la personne pour qui il traduit. Cette situation, dite d'« homéoethnicité » (Sterlin, 1988), comporte certains avantages comme une forme spontanée d'anthropologie culturelle, réflexe déclenché par le sentiment de partager une expérience commune. En outre, l'interprète social homéoethnique dispose d'une connaissance du contexte national du pays d'émigration et peut aisément saisir, avec empathie, les défis rencontrés par le migrant désireux de s'établir dans le pays d'accueil. L'interprète peut se projeter dans la personne aidée...avec les biais inhérents à cette posture : l'illusion de similarité et donc de connaissance. C'est justement ce que

pointe l'expression de l'interprète quand il dit «*je connais les miens*». Cette attitude est aussi, en retour, celle du bénéficiaire qui peut voir dans l'interprète, «un sien» qu'il croit connaître aussi... et donc un «traître» si les démarches échouent. «*On me voit parfois comme un sauveur*», disait l'interprète du récit n°12. Cette réciprocité fondée sur le sentiment d'appartenance ethnique entraîne le professionnel à se poser aussi comme membre de la communauté:

« Parfois j'en fais un peu plus pour eux, mais c'est de l'ordre personnel (...) c'est parfois plus fort que moi de dépasser cette limite. Plus âgé je suis et plus sûr de moi je suis (...) Quand vous me dites jusqu'où aller? Moi je ne sais pas. Je n'ai pas de règle. C'est au cas par cas ».

3
2
2

QUELLE DISTRIBUTION DES RÔLES ENTRE LE PROFESSIONNEL ET L'INTERPRÈTE SOCIAL ?

Autre point sensible : la répartition des rôles et leurs limites. Selon le texte «Profil-Métier de l'Interprète social» du SETIS, principal organisme bruxellois d'interprétariat social, «la responsabilité des prestations d'interprétariat social est partagée entre l'interprète social, le SETIS et l'utilisateur. Chacun fait en sorte que la prestation se déroule le mieux possible et rencontre les résultats attendus. L'utilisateur et le bénéficiaire sont responsables du contenu et du déroulement de la conversation». Les rôles sont donc distribués. Mais, face à l'événement relaté ici, l'interprète social regrette le désengagement de la psychologue : «*elle aurait pu remettre le père à sa place. Ce n'était pas mon rôle dans le fond!*». Étrangement, et à la différence des interprètes en langage des signes, il semblerait qu'il n'existe pas de rapport contractuel entre professionnels «utilisateurs» et les interprètes sociaux. Or, un tel «contrat» permettrait sans doute d'établir mieux les rôles des deux parties.

3
2
3

TRADUIRE ... EN CONNAISSANCE DE CAUSES ?

Plusieurs filtres s'imposent entre l'interprète et la situation d'interprétariat qu'il va rencontrer. Premièrement, la relation triangulaire interprète/bénéficiaire/utilisateur du service n'est pas uniquement soumise aux règles de l'interprétariat social mais aussi au code déontologique de l'utilisateur, dont le secret médical. Par conséquent, l'interprète ne dispose pas de toutes les informations pour saisir

le sens des expressions à traduire comme ici, dans notre récit, la nature de la maladie qui a suscité une opération de l'enfant. Deuxièmement, si l'interprète social semble manquer d'informations d'une part, il en reçoit « malgré lui » d'autre part, dans les lieux informels tels que la salle d'attente. Or il y a une différence entre ce qui est confié informellement à l'interprète et ce qui sera dit en présence du professionnel du handicap. Troisièmement, une autre source d'information est celle construite par l'expérience professionnelle et personnelle de l'interprète. Cette connaissance peut se parer d'une certaine objectivité, elle n'en reste pas moins construite par l'interprète lui-même. En situation d'homéoethnicité, l'illusion, pour reprendre notre exemple, de « connaître les siens » mène à un biais « humain », comme le notait cette professionnelle :

« Je connais les miens ... Oui, d'accord, dans les milieux multiculturels, ce n'est pas évident. Voyez-moi : je suis française mais je ne connais pas les français ! (...) Un être humain qui traduit, il traduit avec ce qu'il est. Connaître la culture d'origine de l'autre ça peut être très efficace quand vous évoquez le concept d'homme d'honneur, par exemple. Mais si on s'enferme là-dedans, on limite la diversité des prises de position. Il faut essayer chaque jour de deviner comment interagir avec l'autre au lieu de fonctionner par catégorie ».

③ INTERPRÈTE SOCIAL ET MÉDIATEUR SOCIAL : MÊME COMBAT ?

Nous l'avons vu, l'implication de l'interprète social peut déborder les cadres de sa déontologie. Lors d'autres entretiens de notre enquête, des professionnels ont souvent évoqué le refus des familles à l'égard du recours à l'interprétariat social. Cela signifie que pendant des années, un bénéficiaire peut être « suivi » sans que les travailleurs ne puissent vraiment accéder au sens des mots échangés avec la famille... jusqu'au jour où un intermédiaire légitime se propose, comme le raconte ce petit récit :

RECIT 13

On avait quelques difficultés avec une maman et sa fille. Elle ne parlait pas le français. Au départ on a tenté de faire sans interprète. Puis on a eu un coup de main d'une interprète mais on n'avait pas pu tirer des infos essentielles à l'époque et qui nous auraient permis d'avancer. Au bout de près de trois ans, on a pu apprendre beaucoup plus quand elle est venue avec son prof de néerlandais. Ce qui a joué, c'est que la maman n'avait pas confiance en l'interprète alors que la prof de néerlandais connaissait mieux son élève!

Cette expérience n'est pas sans faire écho aux observations de Matanga et Freeze (2008) qui notaient que la présence d'avocats ou d'interprètes sociaux dans la relation service/personnes handicapées est beaucoup moins efficace que le contact direct avec des professionnels de l'aide qui connaissent la langue et les besoins spécifiques des personnes handicapées immigrées⁷. Cela ne signifie pas systématiquement l'homéoethnicité mais bien une connaissance de l'autre dans un rapport de confiance. Ce qui pourrait être le cas de l'expérience précitée.

A présent, nous pourrions prendre un peu de recul par rapport à ces expériences d'interprétariat. Dans le désir de dépasser le débat sur la légitimité des intervenants pour les problèmes de gestion linguistique et d'homéoethnicité, le groupe d'analyse du récit n°12 avait suggéré que l'on repense la fonction de l'interprète, intervenant extérieur devenu désormais indispensable dans le secteur bruxellois du handicap. Concrètement, certains professionnels avaient relayé une suggestion formulée, il y a près de dix ans, par Francine Rosenbaum, une ethnoclinicienne suisse. Il s'agirait de créer un nouveau métier : la médiation linguistico-culturelle qualifiée. Cette compétence serait celle du «*professionnel de la même origine que les usagers, qui a la capacité de faire transiter le discours exprimé dans la langue locale vers celle de l'utilisateur et vice-versa. En plus des compétences linguistiques, c'est une tâche qui demande des capacités telles que la décentration culturelle, l'écoute et l'aptitude à transmettre la parole de manière à créer des liens entre des modèles de pensée et des pratiques éducatives et thérapeutiques différents. Le médiateur linguistico-culturel devient alors celui qui permet aux interlocuteurs de connaître, malgré – et paradoxalement – grâce à l'écueil linguistique, les cultures respectives, dans le but d'éviter les conflits et de faciliter le développement de liens sociaux non encore consolidés*» (Rosenbaum ; 2000 : 3).

Pour Francine Rosenbaum, cela implique :

- ⊙ de comprendre le discours du professionnel européen parce qu'il en connaît la langue et le modèle culturel et institutionnel;
- ⊙ de trouver, dans la langue de l'utilisateur qui est la sienne, les mots culturellement signifiants pour transmettre le sens du discours du professionnel;
- ⊙ de comprendre le discours de l'utilisateur, parce qu'il en partage la langue, les modèles culturels et, toutes proportions gardées,

⁷ Cf. Chapitre 2, point 2.

- l'expérience migratoire;
- ⊙ de trouver, dans la langue du professionnel, les mots aussi signifiants pour transmettre le discours de l'utilisateur ;
 - ⊙ de suspendre le dialogue pour permettre à chaque locuteur de découvrir – en interrogeant ses propres énoncés ainsi que ceux de l'interlocuteur – combien les mots de chaque langue sont porteurs de mondes différents. Donc qu'il est indispensable de lier les mots aux univers qui les ont suscités (et vice-versa) pour octroyer un espace et un sens aux différentes manières nommer le monde.

Alors que les médiateurs interculturels ne sont pas obligatoirement de la même origine ethnique, les médiateurs linguistico-culturels qualifiés viendraient combler ce vide dans l'offre d'intervention, quelque part entre les médiateurs classiques et les interprètes, voire remplaceraient ces derniers étant donné les failles inhérentes à l'illusion de neutralité. Cependant, cette proposition de Francine Rosenbaum ne semble pas prendre en compte la notion d'empathie, telle que révélée dans le récit n°12. Or le public peut rechercher dans l'interprète homéoethnique, un ami, un guide, un conseiller privé. Cet investissement complémentaire et peu réglementaire prouve, de notre point de vue, qu'il manque des accompagnateurs pouvant franchir les deux sens la frontière qui sépare la sphère publique de la sphère privée. Mais ne serait-ce pas alors toucher à un tabou du travail social, et plus largement de tout travail sur autrui (éducation, santé, santé mentale, etc.) ?

4 LA DIVERSITÉ CULTURELLE ET CONFESIONNELLE DANS LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Une stagiaire musulmane qui porte le burkini lors d'activités nautiques avec les enfants d'un centre de jour, des employées d'un service d'accompagnement qui refusent de servir des bières à l'occasion d'un moment de convivialité avec d'autres professionnels, un candidat à l'embauche qui « ressemble à Ben Laden » ... Lors des entretiens individuels et collectifs, les récits de gestion des ressources humaines en contexte multiculturel n'ont pas manqué. Ils sont venus compléter à juste titre les récits uniquement focalisés sur le rapport professionnel/public.

Ici, nous relaterons brièvement le cas d'une employée, portant le voile islamique au sien d'une équipe dans laquelle la neutralité convictionnelle s'est imposée, en demandant la plus grande discrétion des signes convictionnels qui étaient, à l'époque des signes religieux chrétiens.

L'émergence du signe convictionnel, n'est certainement pas une manifestation marginale à saisir en mineure à côté de la problématique du rapport interculturel avec le public issu de l'immigration. En effet, travailler avec ce public implique un questionnement sur la dimension multiculturelle des équipes de professionnels qui n'est pas sans rappeler la problématique évoquée plus haut sur l'usage des langues.

La mise en récit d'un problème vécu par une directrice d'association et sa reformulation en groupe a permis d'analyser en profondeur les tenants éthiques et pragmatiques du port du voile dans ce contexte. Voici le récit :

RECIT 14

Voilà en quelques mots ce qui m'a occupé cet été. C'est plus une question de direction du personnel, par rapport à des collègues. Je suis non seulement directrice du service d'accompagnement (qui est subsidié et soumis à toute une série de règles) mais je dirigeais aussi une petite ASBL sœur qui, elle, n'est pas subsidiée (ce qui a son importance !). Dans ce cadre-là, nous avons engagé une jeune psychologue musulmane qui portait le voile. Nous en avons un peu parlé à son engagement en disant qu'il y avait certaines valeurs que nous défendions et notamment, l'égalité entre les hommes et les femmes... A ce titre- là je ne savais pas ce que signifiait le port du voile pour elle mais qu'en tout cas il fallait qu'elle adhère aux valeurs collectives. Donc on a eu une petite discussion là-dessus – elle était assez ouverte – mais je ne lui ai pas interdit le port du voile dans cette ASBL. Je ne me sentais pas tenue de le faire étant donné que la structure où elle allait travailler n'était pas subsidiée par la COCOF. Je pense que j'ai très clairement esquivé une difficulté que j'avais à obliger quelqu'un à abdiquer quelque part d'un signe d'appartenance fort. Le fait est que, grâce à ce voile, cette travailleuse très compétente par ailleurs a pu pénétrer le milieu des jeunes filles trisomiques à Molenbeek avec qui elle anime des groupes de paroles (sur la sexualité, sur l'avenir notamment). Ces jeunes filles ne sont inscrites dans aucun autre système d'aide existant car ils sont tous mixtes (puisque subsidiés par la COCOF). Pour les parents, il n'est pas question que ces jeunes femmes trisomiques soient mises en présence de garçons. Et donc le voile de ma collègue a été son moyen d'entrée dans ce milieu-là, ce qui a permis aux pères et aux mères de ces filles d'accepter qu'on vienne à leur rencontre.

Aujourd'hui, la petite ASBL sœur ferme et je dois rapatrier la collègue voilée dans ma structure subsidiée COCOF, donc soumise à des règles différentes. Donc, je dois prendre des décisions à cette rentrée afin de choisir entre le respect de la règle de la COCOF (car il est clair que je ne respecte pas la loi actuellement !) ou l'éventualité que cette collègue s'en aille. Mais comment justifier, si elle reste, de lui demander de retirer son voile mais que néanmoins je lui demande de poursuivre son travail dans cette communauté en le remettant juste pour y aller ? Notre

service a déjà été confronté à la question des signes religieux au moment où il s'est créé, au moment du décret 1999-2000. Nous avions des personnes catholiques pratiquantes qui portaient des croix. A l'époque je n'étais pas encore directrice, mais le conseil d'administration a exigé que ces croix soient retirées pour se mettre en conformité avec l'obligation de neutralité des services subsidiés par la COCOF. Car en effet, il y a un point dans le règlement d'ordre intérieur qui interdit le port de tout signe d'appartenance religieuse. Ça a été difficile pour la travailleuse catholique en question mais elle a compris que dans le cadre du travail, ça pouvait effectivement poser un certain problème à certaines familles de voir cette croix. Que ce soit justifiable ou pas c'est en tout cas une règle et elle a été appliquée à ce moment-là. Quand j'ai accueilli en début d'année mon autre collègue de l'autre ASBL à temps partiel dans le service d'accompagnement, j'étais prise par d'autres événements et je n'ai pas amené cette question du voile et personne ne l'a soulevé dans le service. Néanmoins je constate qu'il y a quand même une certaine agitation.

Je pense que ce foulard est un fantôme dans ce service. Parce qu'on voit réapparaître depuis quelques temps des nouvelles collègues qui jusque-là n'affichaient rien du tout et qui se mettent à porter des grands décolletés avec une croix... Des grosses médailles avec des grosses croix d'un demi-kilo!! Je n'osais évidemment rien leur dire. Je ne pouvais pas dire à mes collègues 'Tu sais, la croix n'est pas autorisée' je vais tout de suite m'entendre dire 'Et pourquoi le foulard?'. Donc rien n'a été dit. Rien n'a percé. Mais il y a néanmoins des difficultés dans le climat qui ne sont certes pas uniquement liées à ça mais je pense en tout cas que ce foulard est un fantôme qui est sur le point de sortir de sa boîte. J'ai bien conscience que je dois décider quelque chose. Alors, oui, je peux décider. Ce n'est pas si compliqué que ça : je peux simplement appliquer la règle. Oui, on pourrait appliquer la règle. Puis on discutera en équipe du mode nécessaire pour poursuivre les projets en cours. Il faudra donc bien aborder la question de notre collègue. Peut-elle remettre son foulard dans le cadre d'un projet particulier où ce foulard est la porte d'entrée? Mais peut-être qu'il est cette porte d'entrée, nous ne savons pas au fond. Je n'ai pas de réponse à ça mais peut-être que c'est réellement la porte d'entrée et qu'il n'y en aurait pas sans cet aspect-là. Alors soit elle part car elle décide de ne pas l'enlever. Soit elle reste mais alors... la question n'est pas si simple. Parfois ces signes d'appartenance religieuse permettent de toucher une population qui échapperait autrement à 100% tous les acteurs de l'aide à la COCOF.

4
1

LE PRISME DES STÉRÉOTYPES ET DES NORMES FANTASMÉES

Dès l'entretien d'embauche, il y a un lien immédiat entre le port d'un signe religieux, le foulard, et l'égalité homme-femme. Sans que cette valeur soit

centrale dans l'association, elle constitue néanmoins un argument de négociation de l'embauche car elle touche aux compétences implicites du travailleur social: son ancrage dans l'idéologie moderne et égalitariste laïcisée. Par contre, les compétences explicites ne sont pas remises en question et semblent même prometteuses... au point que la travailleuse sera effectivement engagée.

La directrice va manifester une attitude ambivalente à l'égard de la travailleuse: d'une part elle s'inquiète des valeurs de celles-ci (dont l'égalité homme-femme) et d'autre part elle reconnaît a priori l'utilité du port du voile. En effet, celui-ci permettrait selon la directrice de gagner la confiance de publics plus sensibles sur le plan religieux. Elle le disait par ces mots:

« Et pourtant... et pourtant... ce foulard, il nous donne accès à certaines familles! En tout cas je le pense. Est-ce que je me trompe ou non? Je pense que ça nous aide à apporter ce que nous voulons apporter: cette aide, cet accompagnement pour ces jeunes femmes trisomiques d'avoir une vie meilleure avec toutes les valeurs que nous mettons dans tout ça ».

Cette ambivalence se joue sur un fond normatif fantasmé où la directrice pense qu'il est interdit de porter le voile dans les structures financées par la COCOF. Elle réalisera plus tard qu'il s'agit d'une disposition prise par son conseil d'administration et non la COCOF. Suite à la confirmation par l'Observatoire du service PHARE de l'absence de normes concernant le port de signes convictionnels dans les normes fédérales et communautaires; et suite à une consultation auprès du Centre pour l'Égalité des chances et la Lutte contre le racisme, la directrice rebondit et résout la situation: « On a fouillé la législation au Centre pour l'égalité des chances sur la liberté d'expression. Ça m'a permis de sortir de ma peur. J'ai appris ce qu'il se passait dans les écoles: quelle confusion! J'ai vu l'interdiction dans le règlement d'ordre intérieur qui venait de notre conseil d'administration. Du coup, j'ai fait la proposition de revenir sur la règle de la COCOF et de ne pas nous mettre des choses qui nous coincent. Je parlais toujours de voile alors qu'il faudrait parler de foulard. Il ne me gêne pas dans la pratique. Je suis plus apaisée ».

Il n'en reste pas moins que la question pragmatique du port du foulard n'est pas tranchée. La directrice s'interroge alors: « Comment j'ai pu faire silence sur les inconvénients dus au port du voile? Pour les immigrés ce sera bien mais pour les autres familles? (...) J'ai fait l'impasse sur le malaise du port de voile. Je ne me suis pas interrogée sur les

bénéficiaires; ce serait bien pour certains bénéficiaires immigrés et pas pour d'autres...». Selon une des professionnelles présente à l'analyse en groupe de ce récit, on peut suspecter chez les personnes religieuses de ne pas être compétentes sur certaines matières incontournable dans le secteur du handicap, telles que la vie affective: «Si je me pose la question des bénéficiaires: comment cette jeune femme se pose-t-elle sur la question de la vie affective qu'elle introduit? (...) Quelqu'un qui se montre avec des signes spécifiques, j'ai l'impression qu'elle pourrait manquer d'ouverture. Nous avons eu une indienne. Elle était choquée par la façon dont nous gérons la vie sexuelle et affective». La suspicion s'établit sur base de traits saillants (le foulard) et laisse croire que les personnes sans marqueurs physiques d'appartenance religieuse seraient plus compétentes. Mais, comme s'en inquiétait une participante: «est-ce qu'on questionne aussi la pratique des autres employés?».

4 2 CONSÉQUENCES DE IRRUPTION DU SIGNE CONVICTIENNEL ET SES CONSÉQUENCES

Sans préparation préalable des travailleurs et sans temps de réflexion possible, l'arrivée d'une travailleuse voilée dans l'équipe de travail a provoqué au moins deux effets secondaires: la réaffirmation convictionnelle et la dégradation des règles de cohésion et de vivre ensemble. En effet, comme le montre le récit analysé ici, l'irruption du foulard musulman a entraîné celle des croix chrétiennes. Comme l'interprète une participante à l'analyse, «ce qui peut paraître un affichage d'une appartenance crée d'emblée l'affichage d'une autre appartenance». Selon une autre participante, on retrouve un intéressant mouvement contradictoire entre la liberté accordée par la direction d'exprimer pacifiquement sa conviction religieuse et la division entre ces différentes convictions:

«Je vois dans ce récit la mise en évidence de la notion de conflit de valeur entre le respect des convictions de chacun et ... la remise en question de ces convictions. Comment tenir compte des convictions de chacun alors que chacun des collègues est remis en question dans ses propres valeurs?».

Pour la directrice, consciente de l'expérience passée du retrait des croix, il n'y avait plus de bonnes raisons d'empêcher le retour de celles-ci: «Je n'osais évidemment rien leur dire. Je ne pouvais pas dire à mes collègues 'Tu sais, la croix n'est pas autorisée'...Je vais tout de suite m'entendre dire 'Et pourquoi le foulard alors?'. Donc rien n'a été dit. Rien n'a percé». Pourtant, la perception que se fait la directrice de ces objets est différente: «C'est très bizarre parce que je me rends bien compte que je n'aurai aucune difficulté à demander aux collègues de retirer leur croix

mais le foulard, c'est autre chose: c'est ma peur d'y toucher. Ce n'est pas un bijou comme une croix, c'est un vêtement. Et le vêtement, c'est un rapport au corps différent».

L'acceptation du foulard dans l'espace professionnel et la réaction identitaire qu'elle suscite, contribuent aussi à une remise en question du règlement d'ordre intérieur. Remise en question qui passe par un effritement des règles, comme le constate la directrice: *«Pour l'instant, une série de règles sont dépassées par les employés. Par exemple, certains viennent faire leur lessive chez nous. Visiblement, on ne sait plus ce que l'on peut faire et ce que l'on ne peut pas faire. Il y a des règles différentes entre collègues. Ces derniers mois, ils se passent des choses qui ne se sont jamais passées. Il y a des fantômes qui hantent mes nuits et qui vont hanter le service si je ne réagis pas».* Là où les règles permettaient d'asseoir les pratiques professionnelles dans une certaine objectivité, se développent des comportements individualistes anomiques, comme le souligne cette participante: *«on arrive à la question du rapport interindividuel entre les directions et les employés qui est variable selon la facilité qu'on a à discuter avec l'un ou l'autre. Alors, comment sortir de la subjectivité? On est tout le temps là- dedans! L'équilibre est fragile...».*

Lorsque s'est posée la question du transfert de son employée portant le voile vers son organisme principal, la directrice n'a pas bénéficié de soutien de la part de son conseil d'administration:

«Avant d'engager cette jeune femme j'en ai parlé au conseil d'administration. Ils se sont rangés finalement comme un seul homme derrière mon malaise. Ils ne m'ont pas dit 'en tant que directrice soit cohérente!' et ne m'ont pas suggéré d'approfondir le débat».

La décision de la directrice s'est prise de façon arbitraire sur base de la reconnaissance des compétences de l'employée, sans tenir compte du règlement d'ordre intérieur. Mais, dès lors qu'une représentante de l'autorité enfreint la règle de neutralité convictionnelle, il n'est guère étonnant qu'une atmosphère anomique s'installe parmi les travailleurs.

5 EN GUISE DE CONCLUSION

Ce second chapitre d'analyse des données de terrain, en se concentrant sur ce que le multiculturalisme fait aux pratiques professionnelles et à la gestion des ressources humaines, amène au premier plan de la problématique

de la diversité celle de l'homeoethnicité. Celle-ci s'est illustrée ici dans les rapports entre publics et intervenants extérieurs mais aussi entre publics et professionnels du secteur bruxellois du handicap. Dans les deux cas, planait le spectre inquiétant de l'homogénéité ethnique. Cette appréhension n'est d'ailleurs pas sans évoquer celle relatée dans le chapitre précédent où nous parlions de cette « peur du ghetto »⁸. Comme souvent observée dans les études sur la mixité sociale, l'homogénéité se pense et se vit épidermiquement comme une forme d'entrave à ce qui caractérise la mixité, donne récurrente des politiques urbaines et sociales depuis les années 60. Dès lors l'homogénéité, ou non-mixité, rime à la fois avec « régression », « tradition », « inégalité » et « communautarisme » (Guénif-Souilamas et Macé *in* Faure et Thin, 2007), alors que la mixité évoque, pour ses défenseurs « l'échange et la tolérance, l'enrichissement mutuel et l'harmonie sociale » (Avenel, 2005 :127). Notons, en outre, que l'homogénéité est d'autant plus redoutable qu'il s'agit parfois de personnes exclues du marché du travail. Cependant, occultant la réalité des inégalités sociales entretenues par les groupes sociaux dominants, cette perception négative de l'agrégation entre proches suggère en général deux présuppositions : soit une incapacité de ceux-ci à s'intégrer à la société d'accueil soit l'existence d'un système social fondé sur la ségrégation et l'exclusion. Cette double appréhension porte à croire que les personnes à aider sont soit incapables de s'intégrer, soit des victimes de l'exclusion. Soit on verse dans le misérabilisme, soit dans le populisme. Au final, ni l'une ni l'autre de ces représentations ne restitue aux personnes leur dignité. Ces deux prédicats se lisent en filigrane de certaines pratiques professionnelles, surtout celles qui manquent d'espace et de temps pour mesurer leur part de violence symbolique. Dès lors, il existe des professionnels « pro-mixité sociale » qui sélectionnent soigneusement leurs partenaires externes, non seulement selon leurs compétences objectives mais aussi selon leur ethnicité, qui serait une « anti-compétence ». De cette façon, les professionnels opèrent un acte secondaire à celui, premier, de l'aide et de l'accompagnement de la personne handicapée. Autrement dit, le professionnel disposerait au contact du public issu de l'immigration une double casquette : l'inclusion (de la personne handicapée) et l'intégration (de la personne issue de l'immigration). Si l'on peut raisonnablement espérer qu'il soit compétent en termes d'inclusion, l'est-il tout autant en tant qu'acteur d'intégration des migrants et de leurs descendants ? Au nom de quoi faut-il porter cette double casquette ? Au nom de la « mixité » ? Au nom du risque de « participer au repli communautaire » ?

Cependant, à côté de ces pratiques, faut-il aussi rappeler celles reposant sur une approche plus compréhensive. Cette posture s'illustre par exemple quand des professionnels reconnaissent l'importance de mobiliser un membre du même groupe ethnique que la personne aidée, professionnel ou non. Cette approche compréhensive, on la retrouve aussi lorsque les professionnels mobilisent des personnes complètement extérieures à la communauté

⁸ CF Chapitre 4., point 5

et au quartier de la personne handicapées et des aidants-proches. Ces manœuvres sont différentes de celles présentées dans le paragraphe précédent en ce qu'elles se basent sur une observation concrète et une compréhension des enjeux liés au bien-être de la personne et des aidants-proches à partir de leur propre définition de la situation. D'où notre concept d'approche « compréhensive », terreau pour une approche interculturelle.

Cette distinction entre actes professionnels « pro-mixité » et « compréhensifs » revient donc éviter de tomber dans la dichotomie « assimilationnistes »/« communautaristes ». Elle invite plutôt à considérer la diversité des pratiques observables entre deux postures-types et sans doute pas opposables : d'une part, l'attitude « idéologique » où la notion de mixité sociale peut par exemple peser de tout son poids, et, d'autre part, l'attitude « pragmatique » qui n'établit pas de programme parallèle à celui de l'aide à la personne handicapée et qui se centre avant tout sur ses besoins et urgences. Etant donné la nature temporaire et fragile d'une étude qualitative comme la nôtre, il serait prudent de supposer que les pratiques professionnelles et les professionnels eux-mêmes, oscillent entre ces deux types d'attitude, idéologique et pragmatique, et ne peuvent être identifiés personnellement à l'une d'elles.

Ce second chapitre a permis de dégager aussi un second spectre planant au-dessus des situations d'homéoethnicité : la crainte d'une dégradation du professionnalisme. Cette situation de menace identitaire visant l'identité professionnelle permet, à un stade réflexif comme ce fut le cas dans notre processus d'enquête, de pointer quelques tenants de ce professionnalisme : la neutralité, la distance, l'absence de familiarité, la prédilection pour une action objective à prétention universelle, survolant la diversité grouillante et informe des particularismes dont l'ethnicité et l'expérience migratoire n'en sont que quelques manifestations.

Ces deux spectres, la crainte de l'homogénéité et la menace identitaire, devraient selon nous participer d'une réflexion plus large, dépassant les situations dyadiques (professionnel/public) et triadiques (avec l'intervention d'une tierce personne) pour penser plus largement cet enjeu de société : la mixité sociale, personne handicapées incluses⁹. Qu'elle soit analysée sur le plan urbain, de l'éducation ou de la participation politique, la mixité sociale se voit souvent attribuer une mission de pacification sociale : elle décourage les éventuelles résistances collectives de la part de populations fragilisées. Dans le cas des pauvres et des immigrés, ceux-ci sont, de ce point de vue, « un fardeau dont il faut répartir la charge » dans l'espace social (Bacqué et Simon, 2001 :23). C'est donc, souvent d'une façon assez techniciste, en agissant sur la connexion (mettre en lien l'immigré avec un médecin blanc) et la spatialisation (donner l'occasion à l'immigré de « sortir de son ghetto »), que cette répartition de charge s'opère, tant pour le bien des personnes que celui de la société. Reste à savoir si ce geste régulateur, faisant l'impasse des enjeux symboliques, de l'emprise des stéréotypes et

⁹ Il s'avère que les politiques locales bruxelloises relevant de cette notion de mixité sociale sont regroupées sous l'étiquette de Cohésion Sociale. Celle-ci prône dans ses textes normatifs divers types de mixité (« d'âge », « sociale », « culturelle », de « genre »). Elle n'énonce cependant pas celle qui permettrait une meilleure interconnaissance entre personnes handicapées et celles qui ne le sont pas. Cohésion sociale et Aide la personne handicapée sont deux champs politiques distincts.

du rapport de force entre professionnels et leurs publics, suffit pour accomplir la mission d'intégration que s'attribue le professionnel du handicap. Toujours est-il que dès que l'on reconnaît le secteur bruxellois du handicap comme un espace multiculturel, il n'est plus possible de penser l'inclusion sans l'intégration et inversement. En cela, l'approche interculturelle s'avère une méthode utile pour croiser ces deux dynamiques, ce qui sera le sujet du chapitre suivant.

CHAPITRE ⑥

L'AP-
PROCHE
INTER-
CULTURELLE

INTRODUCTION

Dans les chapitres précédents, nous avons situé les principaux enjeux du handicap dans les sociétés plurielles, ensuite nous avons défini les concepts de culture, de multiculturel et d'interculturel, et, enfin, nous avons découvert les chocs culturels analysés par les professionnels dans le cadre des entretiens réflexifs. Ces chocs portaient tant sur la relation d'aide au public issu de l'immigration qu'à la gestion de la diversité au sein des équipes et des partenariats. A présent, il est temps de se donner des outils. C'est pourquoi le présent chapitre met en valeur les réflexions des participants de l'enquête en mobilisant le cadre opératoire que l'intervenante Margalit Cohen-Emerique a construit pour mener à bien une approche interculturelle. Cependant, nous adapterons ce cadre à notre sujet d'étude. En effet, les trois étapes fondamentales de l'approche interculturelle (la décentration, le décodage et la négociation) structureront ce dernier chapitre tout en y accueillant les apports théoriques de sociologues, de médiateurs interculturels, les réflexions des professionnels du handicap et l'expérience de personnes handicapées issues de l'immigration.

ÉTAPES	ENJEUX/OBJECTIFS	MOYENS
Le décentration	Cadres de référence personnel/professionne	Les indices de MULLENS
	Zones sensibles	
Le décodage	Cadres de référence de l'autre	L'approche diachronique de PIERART
	Contexte de l'autre	Le cadre d'ALBRECHT et al.
	Cadre + contexte de l'autre	Les indices de MULLENS
Le négociation	Résoudre le conflit de valeurs	Les indices de MULLENS
		Les accommodement et ajustement

Ces étapes, leurs enjeux ainsi que les moyens ont été construits sur base des entretiens et des analyses présentées précédemment. Ce cadre, à l'allure théorique, n'est donc pas exhaustif mais permet d'illustrer au mieux ce que pourrait bien donner une adaptation de la méthode de Cohen-Emerique à la situation des professionnels du handicap.

1 LA DÉCENTRATION

1
: 1
BUT

« La question, c'est : dans quel monde voulons-nous vivre ? Sans être prisonniers de nos propres valeurs ... quel est ce monde ? ».

A cette question fondamentale posée par une des participantes à la recherche, il y a une réponse tout aussi primordiale : il n'y a pas de monde à créer pour l'intervenant social sans savoir de quoi il dispose déjà lui-même, comme « monde à lui ». Et, pour le savoir, Margalit Cohen-Emerique propose de pratiquer la décentration qui a deux objectifs. Premièrement, la découverte du **cadre de références personnel et professionnel** à travers lequel le professionnel ressent l'incident critique ou le choc culturel. L'important est alors de saisir que ce cadre n'est pas une grille de lecture erroné à bannir de soi mais justement à découvrir, à verbaliser et à préciser le plus possible. Il permet de sortir de l'illusion de neutralité. Deuxième objectif : la découverte des « **zones sensibles** », soit les thématiques au sujet desquelles le professionnel éprouve de façon redondante des difficultés avec son public.

1 : 2 CADRE RÉFÉRENTIEL ET ZONES SENSIBLES DANS LE SECTEUR BRUXELLOIS DU HANDICAP

1 : 2 : 1 LE CADRE RÉFÉRENTIEL

Les normes, le cadre médical occidental et l'individualisation de l'aide semblent les principaux cadres de référence des professionnels rencontrés. Bien sûr, la liste pourrait s'allonger grâce à d'éventuelles recherches ultérieures.

1 : 2 : 1 : 1 LES NORMES

De nombreuses normes légales imprègnent le travail dans le secteur du handicap. Des textes comme la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (juridiquement contraignante depuis 1990) et la Convention relative aux droits de la personne handicapée sont des sources majeures pour orienter l'action. Cependant, il n'existe pas de normes liées à une politique de l'interculturel, ni à l'échelle locale ni à l'échelle nationale.

Ces normes n'agissent pas mécaniquement sur l'action publique et les pratiques professionnelles. Elles sont parfois partiellement connues et il arrive parfois que des professionnels s'en créent là où elles n'existent pas. C'était par exemple le cas du récit sur le port du foulard, raconté dans le chapitre précédant. Son analyse a permis de montrer la dimension subjective des normes, leurs écarts parfois avec la réalité de terrain et la maîtrise relative de la hiérarchie des sources de droit pour orienter la décision.

Certaines normes se manifestent aussi sous forme coutumière, comme les principaux articles de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ou les acquis des luttes féministes en Europe. C'est ainsi le cas dans le récit n°6 où les représentations des rapports hommes-femmes jouent un rôle considérable dans la relation de travail avec les aidants-proches¹.

1.
2.
1.
2.

LE CADRE MÉDICAL OCCIDENTAL

Dans le secteur du handicap, un important cadre référentiel des métiers est le cadre médical occidental. Comme le dénonce une professionnelle rencontrée, ce cadre a une telle prégnance «*qu'on va dès lors très peu dans le fond des choses. On constate que l'on adopte très rapidement une lecture médicalisée occidentale...or pour eux, c'est un choc car la conception culturelle est court-circuitée par le médical, il y a un changement de sens du rapport au handicap*». Ce cadre reste à la base des diagnostics qui peuvent donc être contesté en regard du cadre référentiel des publics issus de l'immigration².

1.
2.
1.
3.

L'INDIVIDUALISATION DE L'AIDE

Certains chocs culturels racontés dans les chapitres précédents en disent long sur le cadre de référence professionnel et ses failles.

« Malheureusement, on a pris pour parti que la personne importante pour nous c'est la personne participante à nos ateliers. On fait l'économie de la découverte des familles. On doit faire des choix. On n'a pas le temps de rencontrer toutes les familles ».

Si un travail d'analyse systémique existe parfois dans les aides à la personne handicapée, la culture générale du secteur reste encore influencée par l'approche individualiste de la personne, une approche a-sociologique. Ce cadre de référence des métiers du secteur du handicap émane d'une approche humaniste moderne où l'individu existe en tant que tel

¹ CF Chapitre 4, point 3.3.

² CF Chapitre 4, points 1 et 2.

avec son potentiel propre, ses droits, son autonomie, sa capacité de juger. Effet secondaire des luttes sociales comme le féminisme, les droits civiques ou le renouveau ethnique, ce cadre référentiel de l'individualisme repose sur les cinq valeurs suivantes :

- ⊙ La dignité de l'homme : l'homme existe en tant que fin en soi et non en tant que moyen ;
- ⊙ Le développement de soi : l'objectif majeur de l'individu dans la vie est de s'affirmer et de se réaliser ;
- ⊙ L'autonomie : l'individu prend ses propres décisions, il évalue par lui-même les normes et règles de conduites et définit lui-même ses orientations de vie ;
- ⊙ La vie privée : l'individu jouit d'un espace qui existe au sein du monde public dans lequel il est libre de toute influence et capable de penser ses choix tandis que le monde public ou la société sont perçus comme des intrus potentiels ;
- ⊙ Les capacités et les besoins de l'homme sont en grande partie innés et tous les aménagements sociaux sont considérés comme des moyens pour le satisfaire

(Lukes, 1973 in Cohen-Emerique, 2011 :127)

Cette conception du lien entre individu et société s'oppose au paradigme holiste qui considère que ce n'est pas l'individu qui précède la société mais bien l'inverse. Or, cette logique existe en proportions variables dans les cultures des personnes handicapées issues de l'immigration et leurs proches. Selon Louis Dumont, on peut définir l'holisme à partir de trois caractéristiques :

- ⊙ Une valorisation des relations entre les hommes plutôt que la mise en relation d'individus pris isolément ;
- ⊙ L'organisation fondamentale hiérarchique du lien entre les hommes
- ⊙ La subordination de l'individu au tout social

(Dumont in Cohen-Emerique, 2011 : 130)

De façon assez paradoxale, les professionnels rencontrés semblent vivre des conditions similaires à celles d'une société holiste sur leur lieu de travail. En effet, si une certaine liberté semble laissée à la délibération de chacun dans ses tâches quotidiennes, elle ne se fait pas indépendamment d'une communion implicite autour de valeurs communes acquises pendant la formation professionnelle et tout- au-long de l'expérience professionnelle au sein d'un organisme. Elle ne se fait pas non plus sans un cadre hiérarchique et normatif. Non plus sans une considération préalable des liens entre les professionnels disposés à intervenir et leurs

objectifs institutionnels respectifs. Enfin, la question de son épanouissement professionnel est dépendante de l'épanouissement de la structure de travail. Bref, il est assez remarquable que les effets attendus de la relation d'aide de la personne handicapée relèvent du cadre référentiel de la société individualiste tandis que les conditions de mise en œuvre de ces objectifs, dans le cadre régulé du travail, relèvent – et c'est notre hypothèse – du cadre référentiel de la société holiste.

1
2
2

ZONES SENSIBLES : LÀ OÙ LE BÂT BLESSE

Lors d'un choc culturel, le dégagement émotionnel peut se déclencher au contact de certaines aspérités du choc : le fait qu'il s'agisse d'un enfant, d'une femme, de la santé, de l'alimentation, de violence, etc... Tous ces points qui rendent la relation sensible et le choc latent ne sont pas des réalités en soi mais des constructions socio-psychologiques, enracinées dans la part quasi-inconsciente de la culture. Ce sont des « images » qui orientent le jugement et l'action ; ce sont des « images-guides »

(Chomart de Lauwe, 1964).

Ces images « ont une force d'attraction qui les a fait appeler 'images guides'. Chacune d'entre elles fait figure de symbole. L'image du rôle traditionnel de la femme porterait ainsi les valeurs dites de 'féminité' et celle du rôle traditionnel de l'homme des valeurs de 'virilité'. La femme n'est plus la femme dans sa réalité vécue ; elle devient le symbole de la faiblesse, de l'intuition, de la sensibilité... et l'homme le symbole de la force physique, de l'audace, de la domination... »

(Chombart de Lauwe, 1964:139).

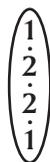
Pour prendre un autre exemple concret : là où le professionnel perçoit une négligence parentale de l'enfant, est le lieu précis d'une image-guide, peut-être celle de « l'enfant » ou de la « parentalité » ou de « l'amour ». Aller à la rencontre des images-guides ou « zones sensibles » (Cohen-Emerique, 2011 : 179-185), c'est aussi oser nommer les tabous, des valeurs enfuies, etc... Un exercice peu évident comme le montre ce témoignage d'une participante à notre enquête :

« Mon conseil d'administration dit que votre sujet de recherche est intéressant mais que ce n'est pas une priorité. C'est aussi un sujet un peu difficile qui remet les gens en question. »

Peut-être qu'ils n'en n'ont pas envie. Mais je reviendrai avec cette question! ».

Effectivement, l'exercice est ardu et requiert un dispositif qui ne soit pas uniquement identifié comme une simple participation à une enquête sociologique, mais aussi reconnu et attendu comme une intervention clinique avec tout un dispositif qui sécurise la prise de parole.

En général, les entretiens n'ont pas permis d'éviter l'habituelle externalisation causale des chocs culturels³ (« le problème, c'est eux »). Aussi il n'était pas possible de travailler systématiquement avec chaque professionnel sur leur implication, en tant qu'acteurs culturels, dans cette relation interculturelle, tant l'identification du problème était bien le public et non la relation avec lui. L'illusion de la neutralité, la prégnance inconsciente de l'identité professionnelle et la dissymétrie des rapports entre institution et public, ont donc pesé de tout leur poids sur le couvercle sous lequel sont enfermées les images-guides, bien délicates à dénicher. Néanmoins, certaines d'entre elles semblent manifestes à la lecture des deux chapitres précédents : l'image de l'enfant, celle du professionnel et celle de la femme. Descriptions.



L'IMAGE DE L'ENFANT

La majorité des chocs culturels énoncés concernent des enfants. Les âges sont variables et peuvent s'étendre jusqu'à l'âge adulte. Chez les professionnels, l'enfant est défini d'une part à partir d'un registre moral et opératoire tiré de lois et de conventions internationales, comme les droits de l'enfant, et d'autre part, d'un registre personnel où l'image de l'enfant est inspirée de l'expérience vécue du professionnel en tant que parent, ou en tant qu'enfant, lors de sa socialisation primaire⁴. Par conséquent, on obtient une image de l'enfant chez les professionnels parfois très différente de celle en vigueur dans les familles issues de l'immigration qui ne partagent pas la même socialisation primaire et ne s'impliquent pas sur le plan professionnel au nom de grands chantiers humanistes de l'Unesco. La première victime de cet écart est bien entendu l'enfant, comme le rappelle cette directrice d'un centre de jour : « à un moment, j'en ai eu marre qu'on mette les jeunes en porte-à-faux constamment entre ce qu'on leur dit (tu es un adulte, tu as le droit de penser et d'agir) et ce qu'ils vivent une fois rentrés chez eux (tu es un handicapé qu'on déplace à gauche et à droite) ».

Cependant, par-delà les différentes représentations de l'enfant, il existe une tendance à son invisibilisation⁵. C'est donc au nom de l'enfant que l'on parle... entre adultes. Situation que déplorait une professionnelle : « Quand on parle du faible dialogue entre les parents et leur enfant handicapé, nous-même nous devons aussi revenir vers la personne, l'enfant, même si c'est plus facile de parler à la famille. Nous avons la

³ CF Chapitre 3, point 2.

⁴ Pour une définition de la socialisation primaire et de son impact sur les ancrages culturels profonds : CF Chapitre 3, point 2.3.

⁵ CF Chapitre 4, point 6.

même tendance que ces familles à ne pas nous adresser aux enfants». Dans le récit relatant l'expérience d'un interprète social, se construit une triade Parent/Professionnels/Interprète social où l'enfant est le grand absent tant au niveau de l'expérience vécue du narrateur que dans son récit... ce qui fut dénoncé d'ailleurs par une participante à l'analyse en groupe du récit :

« J'ai l'impression qu'on parlait au-dessus de la tête d'un enfant de 6 ans en état de communiquer. Il y avait un interprète pour les parents... mais pour l'enfant aussi ! (...) Je suis choquée que les professionnels n'aient vu que l'aspect papier et non l'aspect du malaise de l'enfant ».

L'image de l'enfant chez les professionnels écoutés semble paradoxale : elle est à la fois un appel à une réelle considération de l'enfant mais semble subtilement accepter son insignifiance en tant qu'acteur de la relation.

1
2
2
2

L'IMAGE DU PROFESSIONNEL

« Nous, nous sommes dans une logique institutionnelle en nous disant 'mais, m'enfin, qu'est-ce qu'elle fait, cette mère ?' Mais elle, elle est mue par autre chose que par notre logique administrative ou institutionnelle : des émotions, des sentiments... Mais nous, on voit ça avec une logique qui n'a rien à voir ». La professionnelle qui tient ces mots, nous invite - consciemment ? - à reconnaître l'existence d'une culture institutionnelle et l'absence dans celle-ci d'émotions et de sentiments qui seraient plutôt du ressort des personnes extérieures à l'institution, le public. Tout en tentant une décentration, la professionnelle renforce la dichotomie entre rationalité objective du travail et pulsions subjectives du public. Cette dichotomie est forte et pointe combien l'identité professionnelle et ses valeurs sont pour une bonne part, la partie immergée de l'iceberg culturel du travailleur.

Pour les nombreux professionnels rencontrés, il importe de se sentir utiles et reconnus comme aides valables aux familles et à la personne handicapée. Derrière les différentes professions du handicap, une même image apparaît, celle d'une main tendue. Cette image se décline de manière différente selon que la personne handicapée est un enfant, un adulte responsable, un travailleur (donc un collègue), un patient, un bénéficiaire occasionnel, un usager régulier, etc...

Le bagage philosophique des métiers de l'aide et de l'intervention dans le social et la santé tient sa cohérence de nombreuses sources contradictoires comme la charité chrétienne, les mouvements de lutte contre les inégalités de Mai 68, la sécularisation des institutions, etc. L'idée de progrès et de modernité associée au développement de l'action publique dans la lutte contre les inégalités et l'exclusion s'est construite contre la rhétorique religieuse des corps, qu'ils soient marqués d'une croix ou chapeautés d'un foulard. C'est exactement sur ce point que ce concentre la majorité des chocs culturels: le rapport religion/laïcité et l'approche du genre dans les différentes cultures en présence durant le choc culturel. Dans certaines réactions de participants l'analyse du récit n°14, il y a un amalgame puissant qui lie d'une part modernité – neutralité – progrès et, d'autre part, tradition – religion – régression⁶. Comme l'exprimait cette professionnelle:

« Une personne qui se montre avec des signes spécifiques, j'ai l'impression qu'elle pourrait manquer d'ouverture ».

Les stéréotypes à l'œuvre montrent combien la saillance d'un signe peut devenir l'expression du reste de la personne. Dans le cas précité, il s'agit d'un «foulard métonymique», porteur à lui seul d'un sens global et englobant de la personne.

Il s'agit d'une saillance, autorisant la focalisation et occultant le reste. Pourtant tout professionnel porte de nombreux autres signes observables en situation de travail mais ils ne sont alors perçus qu'en regard du signe le plus saillant, ici, le signe convictionnel. Ce prisme est dû selon nous à l'appréhension de la culture d'autrui à partir des signes visibles et non sur base de l'interrogation des usages de cette culture au sein d'une biographie qui lui donne sens. Il s'agit d'une approche de la culture de l'autre comme un tout homogène qui dicte les comportements, n'offrant à son fidèle aucun autre statut que celui de marionnette.

Cette réflexion nous renvoie donc à ce qui fonde ce désir de neutralité dans l'image du professionnalisme: le besoin de se distinguer du particulier, du quotidien et donc des aspects considérés comme privé dont la religion (mais aussi le genre). Dans l'histoire des systèmes de soins aux personnes, la professionnalisation qui a permis la reconnaissance du métier d'infirmière s'est entre autres fondée sur une prise de distance avec tout le champ sémantique de la charité chrétienne, et donc ses croix, ses crucifix, ses gestes rituels, etc. Notre hypothèse serait que le secteur du handicap n'échappe pas à cette logique historique de rationalisation et de désenchantement du soin pour le ré-enchanter avec d'autres idéologies à la base de la pratique scientifiques (l'objectivité) et de l'action publique (l'universalisme). L'amalgame neutralité/universalité/ professionnalisme s'oppose désormais fréquemment à celui de prosélytisme/ particularisme/non-professionnalisme. Une issue serait celle de l'histoire multiculturelle qui est en train de se dérouler sous les yeux des professionnels, dont cette administratrice prête

⁶CF. Chapitre 5, point 4.

au changement : «*Et si le cadre changeait ? Si dans les équipes on avait un peu plus de personnels voilés ? Et si dans 10 ans, elles accédaient au C.A. ? On pourrait très bien imaginer avec tous les élus issus de l'immigration que les règles changent. Et qu'on accepte le foulard partout ?*».

1
2
2
3

LE GENRE ET LE STATUT DE LA FEMME

Lors de l'analyse en groupe du récit n°4, une des participantes faisait remarquer que «*dans nos tête on voit un processus, inconscient ou non, de libérer cette femme*»⁷. Margalit Cohen-Emerique a étudié ce processus dans lequel les professionnelles s'engagent. «*Généralement, dans leur vie personnelle, si leur conception de l'émancipation ne correspond pas totalement à sa mise en œuvre dans leur couple et aux attentes avec leur conjoint, ces professionnelles sont prêtes à faire des concessions dans une recherche d'ajustement et d'harmonisation et réussissent, le plus souvent, à trouver un équilibre entre une conception novatrice du rôle de la femme et des comportements plus traditionnels au sein du couple. Cependant, lors de leurs rencontres avec les familles migrantes issues de sociétés islamiques ou méditerranéennes généralement d'origine rurale ou populaire, on a l'impression que surgissent chez certaines d'entre elles toutes leurs revendications, aspirations, images guides qui sont actualisées, déplacées, jouées sans relativisation, ni concession au risque de disqualifier l'époux et le père*» (2013 : 231-236).

Pourquoi alors l'image de la «*femme à libérer*» est-elle aussi fortement opératoire dans l'aide aux personnes ? Le processus à la base de cette attitude des professionnelles est l'ethnocentrisme, où la différence est décodée à partir leurs propres référents culturels car ils correspondent pour elles l'aboutissement de la civilisation et de la lutte contre les inégalités sociales. Cette image du statut de la femme reste profondément ancrée dans la culture intériorisée⁸, au point que la professionnelle peut l'imposer de façon frontale et brutale par crainte d'un retour à une forme archaïque de sa propre société.

1
3

INDICES DE DÉCENTRATION

Selon Jean-Claude Mullens (2013), intervenant en approche interculturelle à Bruxelles inspiré des travaux de Margalit Cohen-Emerique, nous pouvons reconnaître qu'il y a bien un effort de décentration si l'on voit apparaître :

- ⊙ la méfiance des participants à l'égard de leurs premières impressions ;
- ⊙ leur questionnement à l'égard de leurs 'images guides', c'est-à-dire à l'attention qu'ils accordent aux valeurs implicites à travers lesquelles sont décodées et évaluées les comportements, attitudes, et représentations ;

⁷ CF Chapitre 4, point 3.3.

⁸ CF Chapitre 3, point 2.2.

- ⊙ le passage d'un mode de penser plutôt normatif et essentialiste à un mode de penser plutôt descriptif, relationnel et contextuel par rapport à l'altérité;
- ⊙ la remise en cause de leurs 'évidences' et de leurs modèles technico-scientifiques occidentaux;
- ⊙ d'un questionnement par rapport à la conception individualiste de la personne;
- ⊙ de la reconnaissance des conflits de valeurs;
- ⊙ de la méfiance des catégories sociales utilisées par les acteurs;
- ⊙ de la relativisation du concept de besoin;
- ⊙ du refus des approches diagnostiques qui disqualifient l'autre ou qui visent à masquer l'impuissance [du professionnel, NDLR]; etc.

(Mullens, 2013)

Compte tenu des données de terrain, il importe aussi de compléter cette grille en regard du phénomène de miroir⁹ où se configure un jeu de rôle similaire dans l'institution et dans la famille. Une méthode simple serait d'identifier clairement les statuts et leurs rôles puis de les interroger en les intervertissant d'un territoire à l'autre. Par exemple : Qui joue le rôle du père dans l'institution ? Qui joue le rôle de l'éducateur dans la famille ? Etc.

2 LE DÉCODAGE

«Auparavant, on gardait généralement la personne au sein du milieu familial, la personne était protégée mais en même temps elle était soustraite au regard de la communauté. Certains proches vivaient très mal la situation et le handicap de leur enfant. Maintenant, on constate qu'ils s'ouvrent progressivement, ils sont aussi rassurés par le fait que l'on prend en compte la dimension culturelle et les codes différents». Ce constat d'un directeur de service d'accompagnement souligne les effets bénéfiques d'un décodage réussi. Cependant, comment s'y prendre ?

2.1 ENJEUX

Toujours selon Cohen-Emerique, le décodage permet de saisir les contextes qui influencent les comportements du public. Comme le notait cette travailleuse bruxelloise, *«il faut oser poser des questions et essayer de comprendre leurs conceptions du handicap et de leur situation. Exemple, une famille Tibétaine avait une demande d'école pour leur enfant. Cette famille venait d'un tout autre modèle. Pour nous, il était même difficile de savoir le nom et le prénom de l'enfant et des parents!»*. Il existe au moins deux manières de questionner le public. Soit, l'interroger sur ce qui relèverait d'un substrat fondamental et immuable, la culture d'origine, soit l'interroger sur son appréhension des enjeux liés à la fois au handicap et aux projets de vies tels qu'ils se présentent à lui.

⁹ CF Chapitre 4, point 1.2

Cette seconde manière permet de saisir le projet migratoire et la relation qu'il entretient avec la survenue du handicap. Cette méthode est particulièrement structurante pour saisir la représentation du handicap et les attentes des familles en regard de l'offre médico-sociale. C'est définitivement pour cette seconde option, que certains chercheurs invitent à opter, chemin que semble prendre certains professionnels rencontrés dont cette psychologue :

« S'il faut faire le lien entre handicap et culture, je trouve que la question qui est sous-jacente, c'est finalement 'quelle est la conception du handicap dans une famille immigrée ici' ? La conception du handicap d'un enfant nous amène à comprendre sa place en tant qu'handicapé dans la famille. De quel désir est-il né ? Quel désir a pu faire grandir cet enfant handicapé ? Quelle place, quelle conception on a du handicap pour faire grandir une petite fille handicapée ? ».

A ces questions, nous répondrons par quelques propositions techniques, dépassant l'approche individuelle et psychologique, permettant d'amorcer le dialogue autour du sens du handicap et, plus globalement, des besoins de la personne venue chercher de l'aide.

2 2 A LA DÉCOUVERTE DU CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'AUTRE...

2 2 1 L'APPROCHE BIOGRAPHIQUE

L'irruption du handicap est un facteur à la fois de désorganisation et de réorganisation familiale. Son occurrence au cours du processus migratoire vient « bouleverser les représentations culturelles de la famille car celle-ci se trouve confrontée à d'autres repères, sans toujours pouvoir maintenir son cadre interne structuré par les représentations traditionnelles de la maladie ou du handicap » (Moro, 2007). Geneviève Piérart prouve au travers d'une importante thèse que les professionnels

« ont avantage à connaître les parcours migratoires plutôt que de se centrer sur l'origine des familles. Même s'il n'est pas toujours possible d'agir sur les difficultés d'ordre structurel que rencontrent ces familles, identifier ces difficultés peut éviter la cristallisation sur les divergences culturelles » (2008 : 17). Si, un renforcement de la référence à la culture d'origine peut être observé dans les attitudes des familles migrantes ou issues de l'immigration, les auteurs nous invitent à les resituer au cœur des trajectoires migratoires, du traumatisme familial et des conditions favorables ou non à leur adaptation socioculturelle et psychologique au contexte de la société d'accueil. De cette manière, la culture et la différence culturelle sont entendues au travers de différentes expériences sociales : la famille, le handicap, la migration, la culture de l'institution aidante, les identités professionnelles. Ces éléments ne sont en aucun cas des données préexistant à la relation d'aide à la personne handicapée mais bien des processus, qui de par leur hétérogénéité et leurs discontinuités, permettent, en tant qu'éléments culturels, de faire évoluer les situations et les acteurs.

Cependant, qui porte la parole, le récit familial ou l'expérience du handicap au professionnel ? Comme nous l'avons vu précédemment¹⁰, la parole, outil pour le professionnel, peut constituer l'enjeu de rapports de forces présents dans la famille. Pour cette professionnelle, « *au départ quand une personne rentre dans une institution, on parle et on voit qui on a en face de soi. Qui décide dans la famille ? Les pères ? Les frères ? Une fois qu'on a compris comment se prennent les décisions dans la famille, on comprend déjà beaucoup* ». Cependant, le questionnement est utile, même si les porte-paroles de l'expérience migratoire et du handicap sont impliqués dans un rapport de force dans la sphère domestique.

Concrètement, Geneviève Piérart conseille d'interroger le sens du handicap selon trois modes d'irruption de celui-ci dans le projet migratoire : croyances concernant le handicap de l'enfant. Et sa perception, positive ou négative, des soutiens qu'elle reçoit. Cette articulation entre handicap et migration est également modulée par le degré de réalisation du projet migratoire, selon que la famille peut poursuivre son projet (s'établir dans le pays d'accueil ou retourner dans son pays d'origine) ou s'en trouve empêchée.

(Piérart, 2013a :126)

- ⊙ Le handicap survient avant la migration ;
- ⊙ Le handicap survient ou est confirmé après la migration ;
- ⊙ Le handicap survient ou est annoncé en même temps que la migration. La configuration dans laquelle se trouve la famille exerce un impact sur ses buts et ses croyances concernant le handicap de l'enfant. Et sa perception, positive

¹⁰ C.F. Chapitre 4, point 3.

ou négative, des soutiens qu'elle reçoit. Cette articulation entre handicap et migration est également modulée par le degré de réalisation du projet migratoire, selon que la famille peut poursuivre son projet (s'établir dans le pays d'accueil ou retourner dans son pays d'origine) ou s'en trouve empêchée.

2
2
1
1

QUAND LE HANDICAP SURVIENT AVANT

Premièrement le handicap peut survenir avant la migration. Quitter son pays pour la Belgique est un projet chargé d'attentes. Comme le souligne ce directeur d'un service d'accueil, il n'est pas rare de devoir traiter des

« Désillusions liées à l'espoir qu'en Belgique on pourrait soigner et guérir l'enfant handicapé. Or, il y a tout un travail à mener pour expliquer que l'enfant ne sera pas réparé, qu'il ne pourra jamais marcher, etc. Il y a donc tout un travail de deuil à mener ».

Selon Geneviève Piérart la famille s'étant déplacée jusqu'ici pour trouver des solutions, reconnaissant dans le secteur belge du handicap une issue potentielle pour l'enfant, le contact et la collaboration avec les professionnels sont engagés plus tôt.

Les observations de Piérart concernent avant tout le cas d'enfants handicapés accompagnés de leurs parents. Le cas de personnes adultes handicapées immigrantes seules amène d'autres observations. En effet, le motif de l'immigration n'est pas toujours assorti directement d'un espoir de guérison ou de soins adaptés au handicap. Le parcours d'Hanane dans l'encart ci-dessous le montre : le motif est affectif : elle sentait que la vie au Maroc ne valait plus la peine sans la compagnie de ses parents, tous deux décédés trop tôt.

Alors que tout le reste de sa famille est au Maroc, elle quitte son pays croyant y retrouver des connaissances de la famille et changer d'air. Aujourd'hui, elle a 36 ans, habite Schaerbeek. Nous l'avons rencontrée via une association d'alphabétisation francophone à Evere. Sa sœur, présente lors de l'entretien, s'est chargée d'interpréter en arabe/français la conversation.

RECIT 15

La première fois qu'on lui a fait un diagnostic, elle était déjà en Belgique. Elle a dit « mais je sais bien que je ne vois pas bien ! » Mais, c'était très difficile pour elle. Hanane dit qu'aujourd'hui elle en pleure encore. Nos parents

étaient déjà morts quand elle a appris ça. Pour nous, les frères et sœurs, ça a aussi été un choc. Elle était toute seule, en Belgique, sans les parents et chaque frère et sœur avait déjà sa vie et tout ça. La plupart sont restés au Maroc. Il y a juste moi qui l'ai rejointe plus tard. Mais quand elle l'a appris, elle était toute seule en Belgique. Après mon arrivée, elle a fait une opération ici en 2008 et c'est à cause de ça qu'elle a perdu la vue. Elle voyait encore un petit peu avant l'opération mais après, le lendemain, elle ne voyait plus rien! C'est aussi à cause du diabète, du sucre. Le médecin, il avait dit « tu dois faire une opération : tes veines sont pleines de sucres ». C'est pour ça qu'elle ne voyait pas bien... Mais l'opération n'a rien donné.

Hanane est venue avec quelqu'un qui l'a conduite en voiture. Clandestinement. Hanane dit que c'est parce que sa maman était morte alors qu'elle était toujours avec sa mère et les amis de sa mère. Depuis la mort de sa mère, Hanane restait toute seule. Donc, elle a décidé de partir... pour la Belgique. A son arrivée en Belgique, en 2006, il n'y avait personne pour l'aider. Même si on a de la famille éloignée présente en Belgique, il n'y avait personne au final. Tu sais, on dit souvent que les Marocains, ils s'aident entre eux. Mais nous, on prévient au téléphone qu'on arrive. On nous dit « c'est super, je vais t'aider. Viens! ». Puis quand on est là, il n'y a rien! Tu appelles les gens dès que tu arrives dans leur ville et ils raccrochent tout d'un coup le téléphone au nez! Hanane voyait encore un peu à ce moment-là. Mais elle ne pouvait pas lire ni écrire. Elle était seule et clandestine. Elle s'est alors débrouillée comme ça. Elle a travaillé chez les Marocains. Avec 4 euros par heure. Elle s'en est tirée comme ça pendant un an. Tu sais, avec les Marocains, si on trouve un Marocain sans papier, on en profite: on l'embauche pour rien, on l'héberge puis on lui demande de faire le ménage en plus, des garder les enfants, etc. Eh bien, c'est ce que ma sœur a fait! Les Marocains profitent des Marocains! Mais ma sœur s'en est tirée... Elle dit que dès qu'elle a eu un petit peu d'argent elle a pu louer avec quelqu'un un appartement en mettant 180 euros... Ici, c'est très difficile pour vivre. Hanane dit qu'elle avait déjà demandé si ces gens [ses employeurs, NDLR] ne connaissaient pas un endroit où elle pouvait travailler pour mieux gagner sa vie mais évidemment ils disaient qu'ils ne savaient pas...Mais elle s'en est sortie.

Tu sais, quand elle était petite, on disait qu'elle était sociable. En Belgique, elle n'a pas changé: elle a pris sa place. Elle a toujours parlé. Je lui disais: « mais pourquoi t'es toujours à téléphoner et à parler? »... Mais elle est comme ça! Elle arrive à place Liedts et elle bla bla bla avec tout le monde! Elle a le courage de parler. Elle a toutes les informations! Je ne sais pas tout ce qu'elle, elle sait! Elle n'est pas comme les autres qui disent qu'il ne faut pas sortir dans la rue, tu ne vois pas bien, tu ne peux pas sortir et tous ces trucs! Hanane, elle trouve le moyen de sortir toute seule. Hanane, elle fait tout toute seule. Au Maroc, c'était déjà comme ça!

Moi, je me suis mariée au Maroc avec un Belge (un Marocain qui est belge). Une fois arrivée ici, vers 2009-2010, on a fait une lettre pour l'aide médicale urgente à Anderlecht. Puis on a vu l'assistante sociale à Saint-Josse qui nous a tout expliqué: à cause de la maladie, Hanane a reçu ses papiers. Elle a une carte de séjour renouvelable tous les ans... C'est sa 4ème carte maintenant. Mais elle doit attendre encore un an avant d'être reconnue comme personne handicapée. L'assistante sociale de la Ligue Braille a aidé Hanane pour lire ses papiers. A la maison sociale d'Anderlecht, Madame Annie nous a aidées aussi pour les colis alimentaires et les bons pour les vêtements car on n'a pas d'argent et mon mari est alcoolique donc... pas facile! C'est grâce à elle qu'on a obtenu la canne de Hanane. Moi, j'aidais ma soeur pour le français quand l'assistante sociale passait à la maison. Je traduisais et tout. Pour la visite du médecin qui a évalué son handicap, j'étais là aussi.

Immigrant en solitaire, n'ayant toujours connu qu'une vie domestique au pays d'origine, disposant d'un faible capital social et en situation d'illettrisme, Hanane n'a pas accédé aux ressources nécessaires à sa qualité de vie et était dans une logique de survie. Son accès aux soins hospitalier et aux services d'aides, elle le doit finalement à l'arrivée en Belgique de sa sœur, scolarisée et socialisée en dehors de la seule sphère familiale. Ainsi a-t-elle pu joindre une assistante sociale qui l'a mise en contact avec les services nécessaires. Par conséquent, on ne peut préjuger de la réelle corrélation entre l'antériorité du handicap à la migration, d'une part, et, d'autre part, une démarche rapide à l'égard des services d'aides à la personne handicapée. En effet, une des voies d'explication repose sur la compréhension du projet et de l'expérience migratoire. Hanane n'avait pas de considération particulière quant à sa vue extrêmement faible et ne cherchait pas à guérir. Elle a émigré et s'est débrouillée avec ses yeux mis-clos jusqu'au jour de l'opération censée lui redonner la vue.

2
2
1
2

QUAND LE HANDICAP SURVIENT APRÈS LA MIGRATION

Si le handicap survient alors que la famille est déjà établie dans le pays d'accueil, le projet migratoire est remis en question. Faut-il rester ou retourner au pays d'origine? Si le projet migratoire en Belgique impliquait tôt ou tard un retour au pays, un dilemme se pose: l'enfant ne serait-il pas mieux soigné en Belgique qu'au pays? Pour tous les récits entendus tant du côté des professionnels que des personnes handicapées, la survenue du handicap après la migration tend à ancrer la personne et ses proches sur le sol belge si le pays d'origine ne présente pas d'opportunités valables pour la personne handicapée. Voici le récit de Isham, rencontré dans une ETA.

RECIT 16

A Najdor, j'ai eu ma licence en Droit puis j'ai voulu poursuivre mes études. J'ai un peu travaillé puis j'ai rejoint ma sœur. Elle habite Lille et c'est mon beau-frère qui m'a amené à Anvers chez un ami de mon père. Lui, il m'a ame-

né à l'Université de Louvain-La-Neuve pour que je confirme mon inscription. J'ai démarré mes études. Je devais me stabiliser car j'arrivais en novembre, je devais trouver un logement. J'ai trouvé avec quelqu'un de Bruxelles. C'était un jeune qui était né ici. Il m'a aidé pour trouver un logement. A ce moment-là, je voulais habiter tout seul. Mais j'ai trouvé un kot à BXL. (...) Fin de deuxième année à Louvain, j'ai rencontré ma femme. A ce moment-là on a fait les démarches pour le mariage. Elle est éducatrice. Juste un an après notre mariage, j'ai eu mon accident.

J'étais allé à Louvain pour mes examens. Et sur le chemin, la roue a éclaté. J'ai fait un mois de coma. J'ai été transféré après Saint-Louis vers l'hôpital d'Ixelles. A mon réveil je ne comprenais pas ce que je faisais là. J'ai fini par comprendre que j'avais eu un accident. J'ai été transféré à Brugmann et de là on m'a dit de poursuivre ma thérapie dans un centre de réadaptation pour cérébro-lésé. J'ai été à la Braise, en centre pour réadaptation cognitive. J'étais parmi les douze personnes... suivies plus ou moins par onze thérapeutes. Là, on m'a mis face à mes difficultés alors que moi, je voulais retourner à ma vie précédente sans tenir compte de mes séquelles. Ils m'ont beaucoup aidé. C'était un travail hard! Je les remercierai toute ma vie. Après deux ans de réadaptation, j'ai fait des stages, notamment en Horeca.

J'ai fait un stage Manufast, une ETA, en mailing. Mais c'était très difficile pour moi de rester cloué sur ma chaise et je commençais à avoir des idées noires. On a demandé à La Braise si on pouvait me faire essayer autre chose, et à ce moment, on m'a fait passer un stage ici à Nos Pilifs. Je suis tombé amoureux de mon travail! C'est la verdure et l'accueil des gens! Mais j'y suis allé d'abord juste pour un stage. On m'avait prévenu qu'il n'y aurait pas de places libres. Alors j'ai passé d'autres stages à Nos Pilifs dans d'autres sections. Puis on m'a dit: tu vas travailler maintenant ici. Je me suis retrouvé à la jardinerie où j'avais passé mon premier stage. Ici, il y a de bons contacts avec tout le monde, il n'y a pas d'écarts entre les travailleurs. Chaque matin, je suis motivé de venir travailler. C'est tout juste dans la continuité de ce qu'on faisait déjà à La Braise: reprendre confiance en soi.

2
2
2
1

QUAND LE HANDICAP SURVIENT DURANT LA MIGRATION

Selon les observations de Geneviève Piérart, si l'annonce du handicap survient en même temps que la migration, les familles sont doublement en perte de repères. Les parents vivent certes le bouleversement psychique que vit tout parent à l'annonce du handicap mais à cela s'ajoute la migration qui leur ôte les ressources pour affronter la situation.

Cependant la migration ne peut être réduite à un seul déplacement. Il existe dans les parcours migratoires des personnes handicapées des opportunités de retour au pays ou de déplacement vers d'autres destinations.

En général, il s'agit de vacances où l'on retourne tous ensemble dans la famille restée au pays. Parfois, il s'agit de se faire soigner dans un autre pays. Il existe aussi des cas où il y a un besoin urgent de répit de moyenne à longue durée.

Si l'aidant-proche vit seul avec l'enfant et n'a aucune offre de répit adaptée à ses besoins et à celui de l'enfant, le recours ultime est de le confier à la famille. Entre la définition du handicap acquise par l'aidant-proche dans le pays d'accueil et celle qu'en a la famille dans le pays d'origine, certains écarts peuvent subsister. La prise en charge diffère et peut prêter à de nouveaux risques pour l'enfant comme à de nouvelles opportunités pour son épanouissement.

Dans le récit ci-dessous, un enfant né en Belgique d'une mère congolaise est déclaré autiste à un an et demi. A force de courage et d'obstination, la mère parvient à lui assurer un parcours scolaire jusqu'à ses 18 ans. Durant cette période, les parents vont se séparer et l'enfant se retrouve en situation monoparentale. A 18 ans, sans opportunité de transition vers de nouvelles structures de prise en charge et face à une mère qui tombe gravement malade, l'enfant immigre dans le pays de sa mère, auprès de grands-parents qui ont des conceptions différentes du handicap.

RECIT 17 a

En venant en Belgique, en 1978, je voulais faire la médecine mais je n'ai pas obtenu la bourse. Je me suis alors occupée de l'équivalence des diplômes. (...) J'avais 26 ans. Lors de ma formation, j'ai rencontré Annie, professeur, qui allait devenir mon amie et d'un soutien important pour mon fils. J'ai continué de travailler pour payer mes études. J'ai travaillé en prestations irrégulières de 1978 à 1982. Je faisais le bouche-trou. Puis en 1983, j'ai travaillé à plein temps. Le père de mon premier fils, je l'ai rencontré à l'époque où je travaillais à Air Zaïre. Il est revenu me rejoindre un an après mon arrivée en Belgique.

Peu avant la naissance de notre premier enfant, j'ai eu un accident. Renversée par une voiture. J'ai perdu connaissance. Après la naissance de Benjamin, on a proposé un suivi du bébé avec une neuropédiatre. À 18 mois, l'horreur est arrivée. (...) L'enfant va passer une semaine en pédiatrie. À l'époque, on ne connaissait pas bien le diagnostic de l'autisme. On me disait qu'il ne fallait pas en faire de trop. Peut-être que je ne savais pas ce qu'il fallait faire : c'était mon premier enfant. (...) Ensuite j'ai eu un garçon et puis une fille qui se débrouillent bien dans la vie. Après Lessines, une école primaire vraiment géniale, Benjamin est parti ensuite à Chièvres en enseignement spécial. En 2006, il est à la porte car il a plus de 18 ans. Je reste avec lui pendant trois mois à la maison. (...)

Après la naissance de Benjamin et durant les premiers mois, je n'ai rien dit à mes parents. Puis, quand il a eu quatre ans, j'ai fini par le dire. J'avais acquis à la longue de très bons rapports avec mon père. Je lui ai dit « Papa, Benjamin ne va pas bien ». Je suis rentrée en Afrique pour montrer mon fils

à mon père. Je crois que ça l'a détruit de voir mon fils. Ça montre qu'il était fragile derrière son agressivité, mon père. Il a vu Benjamin et il est resté perplexe. Il le regardait en hochant juste la tête (papa était quelqu'un qui ne disait pas beaucoup de choses). Maman a regardé Benjamin en me disant «Dieu t'as confié une croix : c'est Benjamin! Il faut la porter toute ta vie!». Elle m'a dit ça. Puis elle a mis des bûches dans le feu et Benjamin les regardait, un peu hypnotisé par les flammes. Ma mère avait un langage chrétien. J'ai été élevée dans cette culture que je connaissais mais pas profondément. A cette époque je ne connaissais pas la parole de Dieu comme aujourd'hui. J'ai connu cette parole via ma mère qui n'a pas arrêté de prier. Chaque fois que je lui parlais, elle me disait qu'elle priait. Pourtant, je suis infirmière, je suis du corps médical, mais ça me réconforte : l'idée qu'il y a une force au-dessus de soi...

Mais je suis tombée malade (tumeur au cou avec opération à la clé). Ma famille l'a accueilli alors au Congo pendant la période de mon opération. Le médecin lui avait administré un calmant mais ça restait sportif de le maîtriser. Il est resté là-bas jusqu'en 2011. Il n'a pas eu de prise en charge. Il a fait une crise d'épilepsie et s'est cassé les hanches. Pour le rapatriement, il ne pouvait plus rentrer en Belgique. De plus, il avait dépassé les 9 mois à l'étranger. On sait rapatrier des chevaux et des chiens, mais Benjamin, on ne le pouvait pas. Donc il restait en tant que citoyen belge bloqué au Congo.

Mon amie Annie, mon ancienne prof que j'ai rencontré lors de la poursuite de mes études en Belgique, m'a aidé. Elle fait partie du GAMP. Alors on a fait tous les bureaux. On a fait des sit-in devant les bureaux de la Ministre de la Santé, Laurette Onkelinx. Mais, à l'époque, nous n'avions plus de gouvernement! Mais la Ministre a fini par débloquent la situation et Benjamin a été rapatrié en Août 2012. Ensuite, il reste un mois et demi à l'hôpital. Puis on nous propose d'aller en home. Aucun centre de revalidation ne l'acceptait car il avait un double diagnostic. Dans l'un de ces centres, on m'avait même dit qu'on ne voulait pas «de ça ici». (...) Il est resté une année à la maison. Les infirmières venaient le voir. De nouveau, c'est en faisant pression au niveau politique que Benjamin a pu être accepté dans un centre. Depuis, il a changé : il était grabataire et là maintenant il va dehors, il est plus apaisé. Il devient plus autonome pour les repas. (...)

La survenue du double handicap de Benjamin, loin de son pays natal, la Belgique, n'est sans doute pas un cas isolé. L'enfant entre dans un autre rythme et une autre culture. Même s'il s'agit de ses grands-parents, Benjamin connaît avant tout le rythme de ses écoles et centres d'hébergement. Si la question de son rapatriement interroge en particulier les normes de la politique migratoire belge, il est intéressant de constater l'effort de mobilisation par la mère afin d'obtenir son rapatriement. Cette force repose avant tout sur son capital social, où Annie a joué un rôle primordial. A côté de cette mobilisation, s'en trouve une autre, spirituelle qui mène cette mère à une meilleure réception des défis

de sa vie et a y donner du sens. Récit extraordinaire, il interroge par sa singularité en regard des détreesses que rencontrent les immigrés dans leur quête de ressources dans le pays d'accueil. Par ailleurs, il permet d'ajouter au générique des acteurs du handicap, les lobbys ou groupes d'intérêt.

2
2
1
4

REMARQUES SUR CES TROIS MODES D'ENTENDEMENT

Selon Geneviève Piérart, ces trois modes d'irruption du handicap dans la biographie familiale produisent deux types de réaction. Soit le handicap accélère l'adaptation culturelle afin que la famille se saisisse des opportunités produites par la culture médicale et institutionnelle du pays d'accueil. Soit la culture familiale entre en résistance et refuse les diagnostics établis par les professionnels du pays d'immigration.

Cependant, comme le montrent nos récits recueillis auprès des personnes handicapées, cette ambivalence semble moins présente dans le cas d'immigrants solitaires et dans celui de pères ou de mères qui arrivent en Belgique seuls avec leur enfant. Nos quelques données de terrain, posent plutôt que l'isolement social des personnes handicapées les mène à une acculturation plus forte. Cependant, aucune conclusion ne devrait être prise en regard d'un si faible échantillon de témoignages.

2
2
2

LA GRILLE D'ALBRECHT

La grille offerte par Geneviève Piérart constitue déjà un outil important et exigeant en termes d'analyses. Une manière plus générale de le compléter serait de reprendre la proposition de Gary Albrecht et ses collaborateurs (2008) pour qui il importe de se poser en plus ces quelques questions :

- ⊙ Comment les contextes géographiques, historiques et culturels du pays d'origine influencent-ils la façon dont les immigrants handicapés vont s'intégrer au pays d'accueil ?
- ⊙ Inversement, comment les contextes géographiques, historiques et culturels du pays d'accueil affectent-ils la manière d'accueillir l'immigré ?
- ⊙ Pour l'immigrant, qu'est-ce qui constitue le noyau dur, invariable, de l'expérience du handicap ? Et quels sont alors les éléments de son handicap les plus susceptibles de varier ?
- ⊙ Que signifient pour eux leurs handicaps dans le contexte multiculturel de leur nouveau pays et comment leur appartenance à divers groupes sociaux modèle leur identité de personne handicapée ?
- ⊙ Comment les immigrés avec un handicap mobilisent-ils leurs réseaux sur le plan local mais aussi international afin de prendre en main leur handicap ?
- ⊙ Comment les inégalités sociales, économiques et culturelles affectent-elles la définition et le traitement du handicap ? Comment

- les rares ressources sont-elles allouées en réponse au handicap ?
- ⊙ Comment les inégalités liées au handicap influencent-elles en retour l'expérience du stigmaté, de l'isolement et de l'exclusion sociale ?

(Albrecht et al., 2008: 3)

Selon les données de terrain recueillies lors de l'enquête, il n'y a pas à proprement parler d'entretiens liés au parcours migratoire et à celui de handicap. Par contre, il existe d'importants outils de travail chez les professionnels qui mènent un travail de longue durée auprès des personnes handicapées et leurs familles. C'est le cas du *journal de bords* ou de *l'album de vie*. Ces deux outils permettent une entrée dans l'histoire individuelle, familiale et collective de la personne handicapée. Cependant, cette compréhension reste partielle tant qu'elle n'intègre pas les sept questions posées ci-dessus.

2.3 INDICES DE DÉCODAGE

Les indices relevés par Jean-Claude Mullens prouvant qu'il y a effectivement un travail de décodage en cours sont les suivants :

- ⊙ Une plus grande prise en compte des contextes socio-historiques sur les pratiques et les représentations des professionnels
- ⊙ L'adoption d'une attitude de neutralité axiologique par rapport à l'altérité (non- jugement)
- ⊙ L'identification d'informations sur l'interlocuteur et sur le contexte pour donner sens à la situation de choc culturel
- ⊙ La démultiplication des hypothèses explicatives du choc culturel
- ⊙ La production de représentations synthétiques (génogrammes, représentations de l'espace physique, etc.) pour analyser les relations entre les différents acteurs du choc culturel
- ⊙ La reconnaissance chez l'autre d'un égal degré de rationalité
- ⊙ La connaissance des normes culturelles de l'autre
- ⊙ La réflexion autour de la notion de cohérence par rapport aux gestes, aux paroles, aux pratiques, aux discours
- ⊙ La capacité de distinguer la dénotation de la connotation des mots
- ⊙ Lacapacité de s'interroger sur la façon dont nous acquérons des connaissances sur soi et l'autre et de s'approprier les concepts de culture, d'ethnie, de race, d'interaction interculturelle, etc.

(Mullens, 2013)

2.4 EXEMPLE: LE COPING RELIGIEUX

Le coping religieux désigne l'art de surmonter le stress en mobilisant des croyances et des pratiques religieuses. A la naissance de l'enfant handicapé,

rappelle Karima El Boujaddayni, « peu importe la religion, les personnes sont en général choquées. On est triste et on essaie de comprendre la situation en cherchant un maximum d'informations sur le diagnostic. Donc là, c'est le même pour tout le monde. Après ça, chacun pour soi essaie d'accepter les changements qui accompagneront le handicap » (2013). A ce propos, les Musulmans ont tendance à se distinguer des autres groupes religieux par un recours plus systématique au coping religieux, un recours pouvant se vivre dans un rapport serein avec Dieu (coping positif) ou insécurisé avec Lui (coping négatif) (Bhui et al., 2008).

Cette technique s'avère une précieuse ressource pour le professionnel afin de saisir le sens du handicap vécu par la personne ou ses proches et un puissant levier pour la médiation interculturelle. D'ailleurs, un directeur d'un service d'accueil le disait en ces termes :

« On essaie plutôt de s'ouvrir à ces aspects du religieux dans les entretiens avec les familles. On constate aussi que les familles nous testent un peu sur cet aspect. Au fur et à mesure, elles se confient sur leurs pratiques et leurs croyances du pays : donner des gouttes à l'enfant pour le faire marcher, etc. On se dit que l'on ne doit pas casser cela, ce sens qui est donné au handicap ».

Cependant, le coping religieux n'est pas un recours systématique chez les personnes croyantes. Par conséquent les lignes qui suivent ne sont en aucune manière des recettes à appliquer sans questionnement préalable auprès des personnes concernées. Il ne s'agit pas de se dire « puisque c'est une famille musulmane, je dois leur parler des mauvais esprits ou de la volonté d'Allah ». L'idée est plutôt d'œuvrer à une meilleure réception des interprétations du handicap que le professionnel juge exotiques, religieuses, erronées ou non-scientifiques. L'enjeu est de taille : une des raisons de la faible popularité du système officiel de santé est que les professionnels ignorent tout du coping religieux. Cette désaffection est aussi due à l'existence d'un écart entre d'une part les professionnels (refusant de recourir au discours religieux) et les patients ou usagers (pour qui la religion fournit un sens au handicap ou à la maladie) (Bhui et al. :2008).

De nouveau, comme tout élément culturel, le coping religieux est une pratique sociale qui s'apprend, se construit, se transmet, se modifie ou s'abandonne. Par exemple, dans le récit 17 dont voici un extrait, il est intéressant de noter la place progressive que l'interprétation religieuse prend chez cette infirmière belge d'origine congolaise à l'égard de son fils :

Récit 17 b

Après la naissance de Benjamin et durant les premiers mois, je n'ai rien dit à mes parents. Puis, quand il a eu quatre ans, j'ai fini par le dire. J'avais acquis à la longue de très bons rapports avec mon père. Je lui ai dit « Papa, Benjamin ne va pas bien ». Je suis rentrée en Afrique pour montrer mon fils à mon père. Je crois que ça l'a détruit de voir mon fils. Ça montre qu'il était fragile derrière son agressivité, mon père.

Il a vu Benjamin et il est resté perplexe. Il le regardait en hochant juste la tête (papa était quelqu'un qui ne disait pas beaucoup de choses). Maman a regardé Benjamin en me disant « Dieu t'as confié une croix : c'est Benjamin ! Il faut la porter toute ta vie ! ». Elle m'a dit ça. Puis elle a mis des bûches dans le feu et Benjamin les regardait, un peu hypnotisé par les flammes. Ma mère avait un langage chrétien. J'ai été élevée dans cette culture que je connaissais mais pas profondément. A cette époque je ne connaissais pas la parole de Dieu comme aujourd'hui. J'ai connu cette parole via ma mère qui n'a pas arrêté de prier. Chaque fois que je lui parlais, elle me disait qu'elle priait. Pourtant, je suis infirmière, je suis du corps médical, mais ça me ré!conforte : l'idée qu'il y a une force au-dessus de soi...

En plus de pointer la transmission intergénérationnelle du coping religieux et sa coprésence avec la culture médicale occidentale, ce récit ci-dessus conforte le constat fréquent du rôle central de la mère dans l'attribution causale et le sens à donner au handicap. Cependant, les mères ne sont pas les seules actrices du coping religieux puisque ce type d'action a un ancrage profondément social et participe d'un système cohérent qui le produit. En effet, selon Ali Aouattah, psychologue dans une maison de santé mentale à Molenbeek, une des communes bruxelloises connaissant un taux important d'habitants issus d'Afrique du Nord, « dans la société maghrébine, l'enfant qui naît s'inscrit dans un imaginaire et dans un projet parental et communautaire qui lui est antérieur. C'est un enfant qui contribue à l'élargissement de la communauté, qui parachève le statut d'homme viril et garant de la généalogie par rapport à son père, qui autorise sa mère à accéder au véritable et unique statut qui sied à une femme, et qui constitue le garant d'une lignée et une sécurité pour ses parents » (Aouattah, 2004:40). Un tel contexte symbolique et statutaire renvoie « nécessairement » à la mère le devoir d'explication du handicap et d'adaptation à celui-ci au travers d'un dialogue implicite avec les différentes autorités de la famille et la communauté. Le coping religieux permet d'introduire

un rapport au divin, et d'élargir ce dialogue avec une tierce instance, supérieure aux mortels.

Les modes explicatifs, ou étiologies, peuvent invoquer :

- ⊙ la volonté divine,
- ⊙ le mauvais oeil,
- ⊙ les "jnouns" (mauvais esprits).

Il est plus rare d'entendre les parents évoquer leur propre responsabilité ou culpabilité comme cela est plus fréquent chez les chrétiens. Néanmoins, ces attributions causales internes existent et pourraient se développer dans un contexte de plus forte acculturation des migrants et de leurs descendants dans les sociétés occidentales judéo-chrétiennes (Ciccone, 2013).

Premièrement, la cause du handicap peut relever de la volonté divine, indiscutable. Dans le cas d'une naissance d'un enfant handicapé, celle-ci est considérée comme toutes les autres naissances : un don de Dieu, à accepter avec sagesse, puisque Lui seul est capable de donner et de reprendre la vie. L'enfant est accepté avec résignation car cela était écrit, « mektoub » en arabe. On n'échappe pas au destin. Dans ce cas, un dépistage quelconque durant la grossesse est blasphématoire (Aouattah, 2004 : 39). Si tout est écrit, le handicap peut-être perçu comme définitif ou évolutif. Mais dans les deux cas, il appartient seulement à Dieu de connaître l'issue. Lors de son terrain en Flandre, la chercheuse Karima El Boujaddayni a repéré chez les mères une mobilisation positive de la religion afin d'accepter le handicap de leur enfant : « par exemple cette mère qui dit : ma fille, je l'aime comme tous mes autres enfants et les gens disent parfois 'oh pauvre fille', mais pour moi ce n'est pas une pauvre fille. Ok, elle ne peut pas marcher avec ses jambes... mais pour le reste, elle n'a rien: elle a aussi son émissions favorite à la télé, elle aussi elle aime le shopping, comme les autres filles etc. » (2013). Selon la chercheuse, il existe un second mode de réaction par rapport à la volonté divine où le handicap est perçu comme un test, une mise à l'épreuve. Au lieu de recevoir avec la pleine "sabr" (patience), les parents expriment "la charge émotionnelle, financière et sociale de l'arrivée du handicap dans la famille ou la vie. Par exemple: 'Mes enfants ne peuvent pas se marier car le handicap de mon fils' ou 'Ces enfants diminuent mon statut dans la société' ou encore 'Mon fils est un fou, il me ne donne que des misères' » (El Boujaddayni, 2013). Malgré tout l'amour qui lui est donné, l'enfant n'est pas celui qui perpétuera le lignage.

Deuxièmement, le handicap peut être attribué au mauvais oeil. Attisé par les personnes jalouses de l'enfant, le mauvais oeil peut le frapper d'un handicap s'il est exposé trop longtemps aux regards d'autrui. Comme le souligne Aouattah, « même une formule d'admiration innocente fait craindre une arrière-pensée et une mauvaise attention » (2004 :40).

Troisièmement, l'enfant peut développer un handicap dans les sept jours après sa naissance, période où il n'a pas encore reçu de prénom et est donc encore fragile. Durant cette période, sa mère doit le protéger à l'aide d'artefacts et ne le quitte jamais de crainte que les «jnouns», mauvais esprits, ne portent atteinte à l'intégrité du nouveau-né.

3 LA NÉGOCIATION

«Quand on bloque dans le travail, c'est quand l'institution essaie de trouver sa solution tout en allant à l'encontre de la solution de la personne», notait une professionnelle lors d'une analyse en groupe. Si la négociation se fonde sur la reconnaissance des raisons et cosmogonies des publics, le travailleur du social et de la santé pourra progresser dans son travail en s'accordant avec les personnes qui portent un regard et un discours différents et agissent en cohérence avec celui-ci. Cet accord, il ne peut le faire en tournant le dos à sa propre culture. Le défi est entier, comme nous l'a confié ce directeur de service d'accompagnement :

« Dans un même temps, on est confronté à la difficile question du respect de leur conceptions culturelles du handicap et de la vie en société, alors que nous devons rester dans le cadre du modèle belge... et que nous imposons parfois notre modèle belge ».

3.1 ENJEUX

Il s'agit d'assurer la prévention ou le dépassement « des conflits de valeurs et des questionnements d'ordre ethnique qui apparaissent lorsque les principes du professionnel – pour une grande part ceux de la société d'accueil – diffèrent de ceux de l'aidé et peuvent conduire le premier à considérer le second comme déviant, marginal ou en situation de danger, toutes ces situations qu'il se doit de traiter puisqu'elles sont au cœur de sa mission de prévention » (Cohen-Emerique, 2011 : 375).

L'exercice n'est pas simple. D'ailleurs, les démarches rapportées par les professionnels en matière de négociation ne relèvent pas à proprement parler d'une démarche interculturelle, quand bien-même elles peuvent toutefois faire évoluer les situations de décalage référentiel entre professionnels et leurs publics issus de l'immigration.

Premièrement, les professionnels déclarent recevoir souvent des personnes sans repères, mal informées, et donc aux prises avec de «mauvaises représentations» des enjeux inhérents à la démarche institutionnelle de l'accompagnement. Dans ce cas, certains travailleurs tentent de «rassurer», comme le montre ce témoignage : *«Notre travail est alors de sensibiliser l'entourage aux bienfaits d'un suivi psychologique, de rassurer sur la démarche, de préciser de quoi on parle réellement, de lever certaines craintes et représentations fausses»*. Deuxièmement, il n'est pas rare, pour obtenir la complaisance des usagers, de recourir à la loi : *«On a parfois le sentiment d'être un peu manipulés, il faut toujours énoncer et rappeler le cadre légal belge dans lequel ils sont»*. Troisièmement, certains professionnels adoptent un discours de type informatif en attendant de lui les vertus d'une médiation. C'est le cas par exemple quand ils déclarent prendre du temps avec les personnes pour leur expliquer le paysage institutionnel : *«Il faut également prendre plus de temps pour expliquer ce qu'est une mutuelle, un CPAS, une administration communale, un service comme Phare, etc.»*.

Le point commun entre ces trois types d'intervention sur les représentations des bénéficiaires est qu'il s'agit de discours de professionnels et moins de dialogues constructifs avec le public. Or, comme le constate Margalit Cohen-Emerique :

«La négociation interculturelle n'est pas une simple exposition d'idées ou un affrontement de positionnement dans lesquels chacun essaie de convaincre l'autre du bien-fondé de sa position : dans ce cas, on est dans un monologue persuasif»
(Cohen-Emerique, 2013 : 383).

Lorsque l'on «recadre» l'usager en rappelant les règles, les normes et les lois en vigueur dans l'institution ou le pays d'accueil, «on ne peut parler de tolérance, car l'accord ne peut surgir ni par l'exercice d'un pouvoir coercitif ni par un jeu de replis ou de concessions ; mais par un rapprochement des valeurs à travers un cheminement réciproque où chacun reconnaît la puissance et la vertu de ce qu'il expose et, admet, si certaines valeurs sont transgressées, le risque de perte de cohérence, de perte d'identité autant chez l'autre que chez soi» (2003 : 383).

Bien sûr, informer les personnes est important. Mais cet apprentissage, comme tout apprentissage ne vient pas s'opérer dans une tête vide au préalable. Il y a donc une nécessaire négociation de la réalité entre le devoir d'informer du professionnel et la perception des institutions qu'ont les publics.

Si l'écart entre les «mauvaises représentations» que se fait le public d'une situation et les «bonnes représentations» que se font les professionnels mène à la méfiance, au mépris, à un rapport asymétrique voire au conflit, la médiation interculturelle peut constituer un mode d'intercompréhension et de résolution efficace des problèmes.

3.2 MOYENS : ACCOMODEMENTS ET MEDIATIONS

3.2.1 L'ACCOMODEMENT ET AMÉNAGEMENT RAISONNABLE

La lutte contre les discriminations dans le champ du handicap et dans celui des inégalités ethniques, a débouché sur des dispositifs créatifs et conciliants baptisés respectivement « aménagement raisonnable » et « accommodement raisonnable ». Selon la Convention des Nations Unies relative aux droits de la personne handicapée, on entend par aménagement raisonnable, « les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou induite apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales » (N.U., 2007 : art.2). L'aménagement raisonnable est repris en Belgique dans la loi anti-discrimination du 10 mai 2007. Selon la Cour Suprême du Canada, confrontée dans les années 1980 et pour la première fois à une demande d'accommodement dans le cas d'expression pacifique d'appartenance religieuse, l'accommodement consiste à « prendre des mesures raisonnables pour s'entendre avec le plaignant, à moins que cela ne cause une contrainte excessive : en d'autres mots, il s'agit de prendre les mesures qui peuvent être raisonnables pour s'entendre sans que cela n'entrave indûment l'exploitation de l'entreprise et ne lui impose des frais excessifs » (O'Malley, 1985).

L'aménagement concerne directement de façon universelle toute personne handicapée tandis que l'accommodement est issu de la jurisprudence associée au monde du travail et porte a fortiori sur l'ensemble des situations de différends interculturels. Cependant, ces deux dispositions légales ont en commun une conception de l'égalité, non pas en tant qu'application d'un même traitement pour tous, mais en tant que processus d'ajustement s'appuyant sur la reconnaissance de différences pouvant mener à des discriminations

En Belgique l'accommodement raisonnable n'a pas d'inscription dans la loi. Celle-ci devrait, à la demande des Assises de l'Interculturalité qui se sont tenues en 2009-2010, être mise à l'étude afin de voir comment, en tant qu'extension du concept d'aménagement raisonnable, elle pourrait prendre toute sa pertinence, « afin que ces aménagements ne concernent plus seulement les personnes handicapées, mais qu'ils puissent aussi être appliqués à d'autres situations, notamment celles liées à la conviction religieuse ou philosophique » (Adam et Rea, 2010 : 7).

L'analogie entre situation de handicap et différence culturelle ne relève certes pas toujours du même degré d'urgence ou de gravité. Elle n'en est

pas moins une opportunité instructive pour éclairer justement la situation des personnes handicapées issues de l'immigration. Cependant l'accommodement raisonnable doit-il devenir une obligation juridique ? Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme s'y oppose en avançant sa préférence pour l'ajustement concerté, soit une pratique de négociation interculturelle, préalable à toute démarche d'accommodement. C'est pourquoi nous présenterons, dans les lignes qui suivent, quelques techniques propres à la médiation interculturelle et une courte réflexion sur la mobilisation de la langue maternelle.

3
2
2

LA MÉDIATION INTERCULTURELLE

Prévention ou résolution du conflit sont les deux aspects de la négociation. Les techniques de médiation proposées ici peuvent nourrir tant un travail quotidien d'accompagnement du travailleur, que constituer une vigilance particulière que développe lui-même le travailleur. Enfin, ces techniques peuvent être mobilisées par une tierce personne dans le cadre d'un conflit.

Afin qu'une médiation interculturelle soit efficace, Cohen-Emerique relève quatre conditions indispensables :

- ⊙ Considérer que le problème vécu avec le public n'est pas dû à son attitude mais à une différence culturelle partagée
- ⊙ Considérer l'autre comme un collaborateur, un acteur.
Ce qui requiert de reconnaître l'inégalité des statuts des professionnels et de leurs publics.
- ⊙ Considérer que le rôle du professionnel peut évoluer.
Cette condition ne serait qu'un vœu pieux si elle n'était pas observée par la hiérarchie du professionnel et les politiques sociales.
- ⊙ Mobiliser deux grilles de lecture de la situation
 - Une grille qui permet de voir les appartenances culturelles et les moments de rupture avec celles-ci. Cela permet de voir les modifications de l'iceberg culturel tout en observant les continuités, ce qui ne varie pas tout au long de l'expérience migratoire ou post-migratoire des personnes
 - Une seconde grille qui permet de voir les stratégies d'adaptation des personnes

(Cohen-Emerique, 2011 : 390-393)

A cela faut-il ajouter que le médiateur ait une pleine compréhension du système de distribution des rôles et des enjeux dans l'institution dans laquelle il va intervenir. Cela signifie aussi que la première étape,

la décentration, est bien engagée avec les professionnels impliqués dans la situation.

Une fois le terrain préparé, le médiateur va pouvoir opter pour les tactiques que nous ne décrivons ici que succinctement en reprenant Cohen-Emerique (2005). Premièrement, si l'intervention se fait en face-à-face avec la personne ou les membres de la famille, le médiateur (ou la médiatrice, ce qui est plus fréquent), va essayer de se faire accepter, d'inspirer de la confiance en s'adaptant aux codes. Il va, entre, autres :

Sur le plan attitudinal :

- ⊙ Parler la même langue
- ⊙ Adapter sa tenue vestimentaire
- ⊙ Respecter la manière habituelle de démarrer la conversation (pas d'entrée en matière à brûle-pourpoint)
- ⊙ Introduire progressivement la situation problématique sans mettre en avant ce qui pourrait comporter une forte charge émotionnelle. Eviter toute dramatisation, voire minimiser au départ le problème.
- ⊙ Respecter les codes de bienséance en tenant compte de la hiérarchie, des rapports de genre et les appartenances
- ⊙ Communiquer en veillant à ce que personne ne soit déshonoré ou ne « perde la face »
- ⊙ Reconnaître pour certains cas, la dimension intergénérationnelle entre les personnes et le médiateur (qui, à son âge, pourrait être le fils ou le père de la personne)
- ⊙ Jouer sur la proximité ou l'éventuelle parenté ou un même vécu migratoire.

Sur le plan technique :

- ⊙ Comprendre, en l'aidant à les formuler, les différences perçues par la personne ou sa famille entre son expérience au pays d'origine et celle au pays d'immigration. « Beaucoup de migrants n'ont pas d'emblée cette conscience qui est tout-à-fait nécessaire pour une acculturation harmonieuse, au sens d'une restructuration d'une identité qui combine à la fois le maintien des racines et l'acquisition de nouvelles valeurs, processus qui permet de trouver une place dans la nouvelle société, sans ruptures identitaires ».
- ⊙ Exposer les tenants et aboutissant des choix à éventuellement prendre dans le cas du conflit de valeur avec l'institution. Ce panorama permet à la personne ou sa famille de se situer par rapport à la société et ceux qui les entourent.
- ⊙ Manier deux niveaux de langage où l'un relève plutôt de la culture orale, l'autre, de la culture écrite, administrative, sco-

laire, juridique. Il s'agit donc d'une part des mots de la vie courante, du langage de la vie domestique, du code restreint de la famille et de la communauté, et, d'autre part du langage qui relève de la pensée universaliste, du code élaboré qui se retrouve en général chez les professionnels. Le recours au premier niveau de langage implique aussi la reconnaissance des croyances. Citons par exemple l'expérience d'Ali Aouattah, psychologue à Molenbeek, au Centre «D'ici et d'Ailleurs», qui est consulté par de nombreuses personnes musulmanes. Si l'ancrage religieux empêche les parents toute intervention médicale ou psychologique de leur enfant handicapé, le psychologue rétorque aux parents conseille toutefois de recourir à ce même registre religieux tout en faisant remarquer la bonté divine car «oui, tout le monde sait que Dieu a envoyé la maladie, mais il a aussi créé la façon de la soigner» (Aouattah, 2004:39)

- ⊙ Mobiliser une approche systémique de la famille
- ⊙ Exprimer sa propre expérience migratoire
- ⊙ Travailler le lien dans le long terme
- ⊙ Atteindre un rééquilibrage statutaire afin que la famille ne se perçoive pas dans une position de dominée par rapport aux professionnels (ni dans une position de dominante, ce qui est plus rare mais qui existe néanmoins).

Deuxièmement, si l'intervention s'effectue non pas en face-à-face avec la personne mais avec le professionnel et l'institution, le médiateur tendra à :

- ⊙ Discerner les références et les contraintes des professionnels
- ⊙ Apporter des connaissances aux professionnels en matière ethnologique mais aussi en approche interculturelle
- ⊙ Acquérir la reconnaissance de professionnels et devenir leur partenaire

Nous pourrions apporter comme critique à ce modèle d'intervention son asymétrie. En effet, il serait sans doute aussi intéressant de reprendre les compétences attitudinales et techniques mobilisées pour les personnes issues de l'immigration et de les adapter point par point aux professionnels en regard de leur construction culturelle, de leurs socialisations primaire et secondaire et de leur carrière professionnelle. Les enjeux tels que ne pas leur faire perdre la face ou respecter les codes en vigueur dans leur culture institutionnelle sont tout aussi indispensables afin de mener un processus de médiation et donc de transformation de ces enjeux.

3
2
3

LE RECOURS À LA LANGUE MATERNELLE DU BÉNÉFICIAIRE

Si le recours à l'interprétariat social ou de tierces personnes se systématisait dans le secteur du handicap, il apparaîtrait selon certaines études que «la présence

d'avocats ou d'interprètes sociaux dans la relation service/personnes handicapées est beaucoup moins efficace que le contact direct avec des professionnels de l'aide qui connaissent la langue et les besoins spécifiques des personnes handicapées immigrées» (Matanga et Freeze, 2008: 95). En outre, il existe dans le secteur interculturel, une telle remise en question de la neutralité de l'interprète social que certains formateurs à l'approche interculturelle proposent que les interprètes sociaux se forment à l'approche soit pour saisir l'importance de leur implication en tant qu'agents prétendument neutres soit dans l'optique de devenir eux-mêmes des médiateurs interculturels, les médiateurs interculturels étant en général bien accueillis dans la communication triangulaire.

3.3 INDICES DE NÉGOCIATION

Revenons une dernière fois à la grille d'évaluation de Mullens (2013).

L'intervenant interculturel a relevé 13 postures chez le professionnel qui indiquent qu'une négociation interculturelle est sur la bonne voie :

- ⊙ Il identifie les pistes de négociations pertinentes par rapport aux contextes, aux enjeux, et aux ressources mobilisables;
- ⊙ Il reconnaît la force des valeurs et des besoins de l'autre;
- ⊙ Il est capable de passer du registre personnel au registre professionnel et vice-versa;
- ⊙ Il perçoit la situation comme un défi, une occasion d'apprentissage, plutôt que comme une source d'anxiété
- ⊙ Il est disposé à faire des détours par rapport aux objectifs fixés;
- ⊙ Il sait mobiliser une parole transcendante (allégorie, proverbe, citation) qui permet de rapprocher les deux parties l'une de l'autre
- ⊙ Il peut anticiper les difficultés qui pourraient survenir;
- ⊙ Il recourt à un médiateur pour rapprocher les positions opposées ou éloignées
- ⊙ Il sait identifier les marges de liberté et de négociation des protagonistes
- ⊙ Il reconnaît l'interdépendance
- ⊙ Il instaure des espaces-temps de négociation

(Mullens, 2013)

CONCLU- SION

L'interrogation des situations critiques vécues auprès des personnes handicapées issues de l'immigration et de leurs proches, montre d'importants hiatus culturels sur fond d'expérience migratoire souvent mal connue. Dès lors, les professionnels sont en demande d'intervention, que ce soit celle du médiateur interculturel ou des défenseurs des droits des migrants afin de relever ces défis, quotidiens pour certains organismes, de la condition migrante et de l'interculturalité. À la demande, «*parlez-nous d'un problème typique de la présence d'une population issues de l'immigration dans votre public*», les professionnels du handicap ont contribué, grâce à leurs nombreuses réflexions, au développement d'une approche multidimensionnelle de la culture. En effet, pour reprendre l'échelle de Roy Preiswerk¹¹, chacun de ces niveaux s'est donc retrouvé dans l'analyse : le niveau national, régional, microculturel et macroculturel. Ces quatre niveaux ont été pointés dans une diversité de situations-problèmes relatives à la condition migrante, à la différence culturelle et à la collaboration avec des professionnels dont les compétences sont spécifiquement liées tant professionnellement que personnellement aux personnes aidées.

Par-delà la diversité et la spécificité des situations, certains constats transversaux devraient constituer autant de points de vigilance pour améliorer l'aide et l'accompagnement de la personne handicapée issue de l'immigration. Pour commencer, il existe un important rapport de force à la base de la relation d'aide. Ce rapport est perceptible à partir du moment où les expertises en présence reposent sur une distinction entre connaissance scientifique et connaissance profane. Penser que l'une prévaut sur l'autre mène droit au conflit et à la rupture, à moins que l'on ait recouru à la coercition pour obtenir la compliance des « profanes ». Ces rapports de force peuvent être évités lorsque du professionnel est établit une confiance nécessaire à tout travail d'accompagnement à moyen ou long terme. Dès lors, il tend à comprendre la personne dans toutes ses dimensions au travers de questions, dont nombre d'entre elles peuvent rester sans réponse. Que ce questionnement débouche sur des tabous familiaux, des rapports de genre, des trous noirs dans la mémoire familiale, le professionnel reconnaît dès lors que son rapport à l'autre repose sur un lit d'inconnues. Dès lors, c'est le principal outil de travail, la communication, qui est inopérant. Pour le professionnel, il s'agit bien souvent d'une situation dégradant son identité professionnelle, en tant qu'agent rationnel, instruit, professionnalisé. Pour la personne handicapée et les aidants-proches, dont les interrogations du professionnel peuvent menacer la structure échafaudée au tour de la personne handicapée et le sens de son handicap, ces inconnues constituent parfois la possibilité de maintenir l'organisation non-professionnelle de l'aide.

De part et d'autre de la relation, on pose le second constat d'une menace identitaire puisque chaque partie tente de maintenir sa structure, elle-même reposant sur de nombreuses valeurs. Cette obstination est d'autant plus forte que ces valeurs sont enfouies dans l'inconscient au point de paraître universellement justes et allant de soi. Or, comme nous l'avons rappelé à l'occasion

de notre introduction théorique au concept de culture, le fondement proprement idéologique de chaque culture est invisible à celui qui se pense comme neutre, objectif... deux traits habituellement attribués au « professionnalisme ». Comme cela s'est présenté à plusieurs reprises dans les récits portant sur l'homéoethnicité entre professionnels et publics, on voit apparaître un conflit de valeurs entre un pragmatisme décomplexé où la proximité est un outil en soi et un objectif... d'objectivité qui implique une égalité de traitement de chacun, « sans favoritisme » et un encouragement à la diversité, ce qui permet d'éviter une quelconque implication dans un redouté « repli communautaire », qu'il soit réel ou fantasmé. Non seulement le professionnel encourt un risque de débordement de l'affect de la part de son public mais aussi la désapprobation de son environnement professionnel. D'un côté comme de l'autre, le professionnel n'est plus « à sa place ». La proximité linguistique est en cela un exemple frappant qui n'épargne pas les interprètes sociaux, souvent confrontés aux situations homéoethniques. L'optique de transiter vers une médiation linguistico-qualifiée semble en cela une piste à explorer dans les métiers de l'interprétariat social. Un autre exemple notoire évoqué dans cet ouvrage fut celui du port de signes convictionnels, dans un secteur qui s'est progressivement dégagé de références à la chrétienté pour se créer des espaces et des corps professionnels neutres.

Aux prises, d'une part, avec la diversité des publics et, d'autre part, avec une diversité de métiers hors champ du secteur du handicap (acteur de la Cohésion sociale, militants, juristes, acteurs communautaires, médiateurs interculturels, etc.), les professionnels du handicap montrent une certaine aptitude à rebondir en mobilisant d'éventuelles collaborations. Ces expériences positives existent mais, n'ayant pas fait l'objet des entretiens et des analyses en groupe, elles n'ont pu montrer dans quelle mesure les professionnels sont réellement outillés. Il s'ensuit que la focalisation méthodologique sur les situations-problèmes ne devrait en faire de l'ombre aux succès anonymes et discrets qu'ont remportés professionnels et publics dans leurs relations, projets et épreuves. La typologie des différents acteurs mobilisés en dehors du secteur du handicap (aiguilleurs, conseillers, justiciers, linguistiques, communautaires, etc.) témoigne de ces compétences. Autres compétences sensibles dégagées au contact avec les professionnels : plus qu'avec d'autres catégories de professionnels du « travail sur autrui » (instituteurs, assistants sociaux, agents d'insertion socio-professionnelle, etc.) actifs dans d'autres secteurs, les professionnels du secteur du handicap ont exprimé leur volonté de comprendre par-delà la charge émotionnelle et, parfois, le poids des jugements de valeurs. Comment s'expliquer une telle volonté en vue saisir l'altérité ? Pour répondre à cette question, il nous faudrait une nouvelle recherche, complémentaire à celle-ci, qui analyserait la construction de l'identité professionnelle des métiers du secteur du handicap. Nous y verrions sans doute, dans les images-guides et les techniques inhérentes aux pratiques professionnelles, quelques hypothèses explicatives. Toujours est-il que, modestement, l'enquête qui s'achève ici met déjà le doigt sur une raison de cette aptitude à traiter l'altérité qui semble bien plus présente dans

les métiers du handicap que dans ceux du travail social tel qu'il peut être étudié sur le terrain de l'aide sociale ou de l'insertion socio-professionnelle (Jovelin, 2003). Cette aptitude, prouvée dans la qualité des réflexions retranscrites dans nos chapitres analytiques, semble, selon nous, amorcée par l'ancrage d'une définition proprement situationnelle du handicap. Cela laisse supposer, par conséquent, et même si cela est loin d'être la conviction de tous les professionnels rencontrés, que la culture, tout comme le handicap, est perçue comme un produit de la situation; toujours inscrite dans un contexte particulier et mettant en coprésence des individus producteurs de sens. Pour de nombreux professionnels du secteur du handicap, chaque personne handicapée est unique. En témoignent, les « albums de vie » et autres carnets de bords, prouvant cette volonté d'aller au-delà du simple outil de communication et de fonder la reconnaissance de la personne et de son histoire « à elle », en tenant à l'écart un recours systématique à l'explication culturaliste.

Cependant, subsiste une immense inconnue pour accomplir dans les deux sens, la reconnaissance et la communication interculturelle avec les migrants et leurs descendants. Cette inconnue est d'autant plus gênante que, sans elle, aucune médiation interculturelle ne peut voir le jour: les professionnels ne se connaissent pas en tant que groupe culturel. Non qu'il s'agisse d'un groupe homogène, ce qui serait une pure fiction, mais que ces professionnels répondent à des valeurs dont la compilation, plus ou moins cohérente ou contradictoire, leur est propre. La décentration n'est apparemment pas une pratique courante. Et cela se comprend: elle ne peut se faire sans filet de sécurité. Cette interrogation d'une professionnelle du secteur du handicap résume bien le problème:

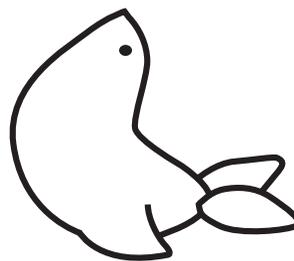
« Quel cadre met-on en place pour comprendre les valeurs et les connaître chez les employés? Quel cadre met-on en place pour que les valeurs de chaque employé soient questionnées? Au-delà du politiquement correct. C'est une confrontation. Quel cadre met-on en place pour se confronter? ».

Dans le cadre des analyses en groupe, il a été possible de pointer les principaux cadres référentiels (normes juridico- légales, approche médicale occidentale, individualisation de l'aide) et images- guides du professionnel (l'image du professionnel, de l'enfant, de la femme) tels que les récits ont permis de les révéler. Ces éléments de compréhension ne constituent pas bien

¹¹ CF Chapitre 3, point 2.

sûr une liste exhaustive: les séminaires réflexifs et les formations des professionnels pourraient aisément compléter notre topographie et la remettre en question, ce qui sera toujours bien reçu de notre part.

Le rapport fait aussi état d'un autre constat assez transversal: travailler et réfléchir sur la dimension culturelle peut aussi provoquer un glissement du sujet. L'immigration et la carrière post-migratoire des personnes ne sont plus au centre de la réflexion. Ainsi, de nombreux professionnels, interrogés lors de l'enquête, ont remis en question la primauté de la condition migrante sur les chocs culturels vécus en avançant le poids de la condition socio-économique, peu importe le caractère ethnique ou migratoire. Les critiques furent telles qu'il arrivait de penser, qu'au fond, il n'y avait pas vraiment de spécificités inhérentes au public issu de l'immigration et que la question de l'altérité devait être entendue pour tous les types de publics. Or, selon nous, cette tendance à occulter cette spécificité, est probablement dûe à un biais dans la recherche puisque celle-ci s'est basée directement sur les discours des professionnels et donc leur capacité à narrer des situations vécues tout en reconnaissant qu'ils détenaient peu d'informations sur l'expérience proprement migratoire de leurs publics et ne pouvaient donc pas faire les liens, pourtant nécessaires, entre le choc et la situation de ces migrants ou descendants de migrants. C'est pourquoi, nous avons insisté, tant dans le chapitre de contextualisation que dans celui portant sur l'approche interculturelle, sur la pertinence de quelques clés de décodage. Celle-ci interroge la carrière migratoire en la croisant avec l'irruption du handicap dans la vie de la personne et des aidants-proches. Cette émergence du handicap dans la biographie individuelle mais aussi familiale impacte le sens du handicap selon qu'elle s'effectue avant, pendant ou après la migration. Toute la structure institutionnelle de prise en compte de ce handicap, présente à ce moment, marquera aussi le sens et les modes d'intervention sur la personne handicapée. Ces constats tirés de terrains d'autres chercheurs outilleront valablement la relation d'aide à la personne handicapée issue de l'immigration.



Pour conclure avec quelques recommandations, cette étude à visée exploratoire n'est sans doute qu'un début de réflexion sur un terrain complexe mais présente déjà d'importants besoins tant sur le plan des techniques professionnelles, que de l'interdisciplinarité et des politiques à venir.

Premièrement, vu le succès de l'unique journée d'étude consacrée au sujet à Bruxelles et aux sollicitations en matière d'intervention interculturelle, la formation aux *migration studies* et à l'interculturalité est un recours autant évident qu'exigeant. Elle devrait amener les professionnels à développer une approche préventive du conflit interculturel, car, il est vrai que dans ce rapport de recherche, l'approche culturelle fut présentée souvent sous l'angle curatif et non préventif. Or, le professionnel du handicap peut aussi devenir, dans une certaine mesure, son propre médiateur, sans quoi les médiations culturelles ne s'adresseraient qu'aux personnes immigrées et non aux professionnels, les laissant non seulement en dehors de ce précieux processus de décentration mais confortant, par la même occasion, l'idée que la différence culturelle, c'est celle de l'autre. En outre, les formations pourraient s'adresser tant aux travailleurs de premières lignes qu'aux membres des conseils d'administration car il est toujours périlleux d'initier un changement dans le sens et l'organisation du travail sans partager ensemble et construire de nouvelles valeurs.

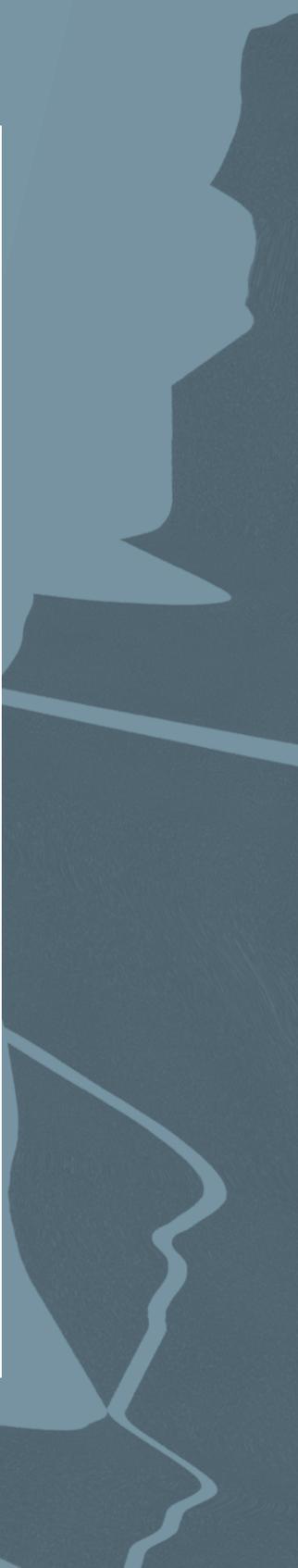
Deuxièmement, il existe déjà des outils de communication avec les familles et les aidants-proches. Pourquoi ne pas les améliorer dans une visée plus interculturelle ? D'autres outils pourraient aussi être imaginés... et le petit répertoire en annexe à cet ouvrage n'est qu'une ébauche à compléter et diversifier. Aux outils devraient sans doute correspondre de nouveaux profils de métier. Par exemple : celui de référent. Soit un professionnel tenant le rôle d'accompagnateur de référence, capable de jouer un rôle de traducteur et de médiateur et de se rendre chez les différents professionnels qui s'articulent dans le processus d'aide à la personne handicapée. L'existence d'un tel poste permettrait une meilleure transversalité « par le bas » tandis qu'une plus grande transversalité « par le haut » se construirait notamment par les nombreuses formations déjà offertes aux secteurs mais aussi par de nouvelles qui muniraient les travailleurs sur la question de la condition migrante et de la politique migratoire belge.

Troisièmement, ces améliorations devraient s'effectuer à partir d'une confrontation entre les bonnes pratiques observables dans d'autres secteurs et d'une participation directe des personnes concernées : les personnes handicapées et les aidants-proches.

Quatrièmement, ces recommandations ne seraient que légères si nous ne nous adressions pas aussi aux acteurs de la politique migratoire, politique répartie entre différentes instances décisionnelles et administratives ayant chacune des nomenclatures et règles propres, compliquant gravement l'intégration et l'inclusion de la personne handicapée issue de l'immigration. C'est pourquoi nous recommandons la mise en œuvre d'une plus grande cohérence entre les politiques régionales et commu-

nautaires autour de la définition des ayants-droits mais aussi des protocoles inhérents à la défense de leurs droits qui tiennent compte de leurs spécifiques.

Enfin tant la formation que l'action publique ne pourraient cheminer vers une meilleure inclusion des personnes handicapées issues de l'immigration sans que se développe activement des études universitaires et associatives sur ce sujet clairement passionnant autant qu'indispensable pour penser une société non seulement plurielle mais aussi, tout simplement, humaine.



**BIBLIO-
GRA-
PHIE**

BIBLIOGRAPHIE

ADAM I., REA A. (2010), « *La diversité culturelle sur le lieu de travail – Pratiques d'aménagement raisonnables* », Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

ALBRECHT G. L., DEVLIEGER P., VAN HOVE G (2008), “*The experience of disability in plural societies*”, *Alter: European journal of disability research*, 2 (1), pp. 1-13.

ALBRECHT G. L., DEVLIEGER P., VAN HOVE G (2009), “*Living on the margin: disabled Iranians in Belgian society*”, *Disability & Society*, 24 (3), 259-271.

ANSAY P. (2011), « *Charles Taylor, théorie et pratiques de l'interculturalisme* », *Politique*, n °69, <http://politique.eu.org/spip.php?article1449>

AOUATTAH A (2004), « *Handicap et familles maghrébines* », ...Bis, Dossier Bruxelles Handicaps admis!, Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique, pp. 39-40, 49.

ARNOLDUSSEN D. (dir.) (2013), « *Le rapport à l'école et aux savoirs des familles d'origine immigrée. Liens avec la réussite scolaire des jeunes – Synthèse des résultats* », Direction de la Recherche du Secrétariat général du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

BARTH F. (1995), « *Les groupes ethniques et leurs frontières* », in Streiff-Fénart J. et Poutignat Ph., *Théorie de l'ethnicité*, Paris, PUF, 206-216.

BELL C. (ed.) (2011), *Blackness and Disability: Critical Examinations and Cultural Interventions*, Münster, LIT Verlag.

BERGER P. L., LUCKMANN T., (1966), *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin [réédition de 1966].

BHUI K., KING M., DEIN S. (2008), “*Ethnicity and religious coping with mental distress*”, *Journal of Mental Health* , pp. 141-15.

BLANCHETT, W. (2006), “*Disproportionate representation of African American students in special education: Acknowledging the role of white privilege and racism*”, *Educational Researcher*, VOL.35, n°6, pp. 24-28.

BLANCHETT W.J., KLINGNER J.K., HARRY B., (2009), “*The intersection of race, Culture, Language, and Disability. Implication for Urban Education*”, *Urban Education*, VOL 44, n°4, pp.389-409.

- BOONE D. (2009), *Sakat, özürlü of engelli? – Een belevingsonderzoek bij personen met een beperking van Türkse origine*, Universiteit Gent, Masterproef neergelegd tot het behalen van de grade van Master in de Pedagogische Wetenschappen, afstudeerichting Orthopedagogiek.
- BOUCHARD G., TAYLOR C. (2008), *Fonder l'avenir – Le temps de la conciliation*, Québec, Commission de Consultation sur les Pratiques d'Accommodement liées aux Différences Culturelles.
- BUCHILLY (2011), *Partenariat avec les familles. Enquête auprès des professionnels romands dans des institutions spécialisées en déficience mentale*, Martigny, HES.SO Valais Wallis Domaine Santé et Travail social.
- BOSSET P. (2007), « *Les fondements juridiques et l'évolution de l'obligation d'accommodement raisonnable* », Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Québec, http://www.cdpcj.qc.ca/publications/accommodements_fondements_juridiques.pdf
- BRADSDCHER J.E. (1996), « *Disability Among Racial and Ethnic Groups* », Disability Statistic Abstract, U.S. Department of Education – National Institute on Disability and Rehabilitation Research, N°10.
- BRICAUD J. (2012), « *Accueillir les jeunes migrants. Les mineurs isolés étrangers à l'épreuve du soupçon* », Ed. Chronique Sociale.
- CHOMBART DE LAUWE P.-H. (1964), « *Aspirations, images guides et transformations sociales* », Revue française de sociologie, vol5, n°2, pp. 180-192.
- CICCONE A. (2013), « *Fantasme de culpabilité et culture familiale* », in SCelles R. (dir.), *Famille, culture et handicap*, Edition Erès, Coll. Connaissances de la diversité, pp. 61-70.
- CIRE (2013), « *9ter: une protection médicale juste et humaine? Communiqué de presse du 22 mars 2013* », consulté en juillet 2014 sur le site web de la Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers, <http://www.cire.be/presse/communiques-de-presse/826-9ter-une-protection-medicale-juste-et-humaine-communique-de-presse-du-22-mars-2013>
- COHEN-EMERIQUE M. (2013), « *Menace à l'identité des professionnels en situations interculturelles et leurs ressources* », in PRIEUR E., JOVELIN E. (éd.), *Travail social et Migrants*, Paris, L'Harmattan, Compétences Interculturelles, pp. 263-276.
- COHEN-EMERIQUE M. (2011), *Pour une approche culturelle en travail social – Théories et pratiques*, Presses de l'EHESP.

COHEN-EMERIQUE M. (2003), «*Les difficultés de la découverte et de la reconnaissance de l'identité du migrant chez les acteurs du social – Ses application en formation professionnelle et continue*», Les Cahiers de Sociologie Economique et Culturelle, Ethnopsychologie, Le Havre, N°136, pp. 61-90.

COHEN-EMERIQUE M. HOHL J. (2002), «*Menace à l'identité personnelle chez les professionnels en situation interculturelle*», in SABATIER C., MALEWSKA H., TANON F. (dir.), Identités, acculturation et altérité, Paris, L'Harmattan, pp. 199-228.

COSTEY P. (2006), «*Les catégories ethniques selon F. Barth*», Tracés. Revue des sciences humaines [en ligne], Genres et Catégories, n°10.

CRENSHAW K. (1989), *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex*, University of Chicago Legal Forum.

CUISENIER J. (2003), «*L'ethnicité en Europe dans les temps présents*», Ethnologie française, vol. 33, pp. 91-100.

DEMAS D. (1993), «*Triple jeopardy: Native women with disabilities*», Canadian Women's Studies, vol.13, n°4, pp. 53-55.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2010), «*Father Involvement – Children with Disabilities*», Responsible Fatherhood Spotlight, http://health.nv.gov/PDFs/BEIS/2010Feb_FatherInvolvementChildrenWithDisabilities.pdf

DEVLIEGER P. (1999), «*Handicap/Disability als interstitiële categorie*». In Patrick Devlieger & Anja De Greve (eds.), Handicap in Intercultureel Perspectief: Verkenning rond Classificatie, familieleven, en Discours. Pp. 11-30. Schaarbeek: Platform Handicap & Ontwikkelingssamenwerking.

DEVLIEGER P., ALBRECHT G. (2000), «*Your Experience Is Not My Experience: The Concept and Experience of Disability on Chicago's Near West Side*», Journal of Disability Policy Studies vol. 11, n°1, pp. 51-60.

DEVLIEGER, P. (2004), «*Naar een culturele aanpak van handicap*», in SCHILTMANS S., FIEMS A. (Eds.), Leven als (geen) ander. Over een vrienden-en kennissenkring, Vlaamse Vereniging Autisme, pp. 174-180.

DEVLIEGER P., DE COSTER J., VALDEBENITO C. (2010), «*L'expérience du handicap dans les sociétés plurielles*», Percentile, vol.15, n°2, pp. 1-6.

DUNLOP D., SONG J., MANHEIM L., DAVIGLUS M.L., CHANG R.W. (2007), «*Racial/Ethnic Differences in the Development of Disability Among Older Adults*», AM J Public Health, Vol. 97, n°12, pp. 2209-2215.

EL BOUJADDAYNI K. (2012), *Muslims in Vlaanderen over disability en 'zorg'*, Universiteit Gent, Masterproef neergelegd tot het behalen van de grade van Master in de Pedagogische Wetenschappen, afstudeerichting Orthopedagogiek.

EL BOUJADDAYNI K. (2013), «*Le handicap et le soin vus par les Musulmans en Flandre*», Bruxelles, Communication lors de la journée d'étude Let's Go : Handicap, Migration et Interculturalité, Service PHARE, Commission Communautaire Française.

GARDOU C. (2006), «*Handicap, corps blessés et cultures*», Recherches en psychanalyse, vol.2, n°6, pp. 29-40.

GEELKENS M. (2011), «*Pour une citoyenneté multiculturelle*», Réflexions, site de vulgarisation scientifique de l'Université de Liège, http://reflexions.ulg.ac.be/cms/c_38427/pour-une-citoyennete-multiculturelle

GUTIERREZ R. (2010), «*La Belgique compte 623000 musulmans*», in Le Soir, p.7.

HALL S. (1994), "*Cultural Studies: Two Paradigms*", in DIRKS N.B., ELEY G., ORTNER S.B., *Culture/Power/History: A Reader in Contemporary Social Theory*, Princeton University Press, pp.520-538.

HARRY B. (2005), *Why Are So Many Minority Students in Special Education? Understanding Race and Disability in Schools*, Teachers College Press.

JACOBS D., REA A., HANQUINET L. (2007), «*Performances des élèves issus de l'immigration en Belgique selon l'étude PISA: une comparaison entre la Communauté française et la Communauté flamande*», Fondation Roi Baudouin.

JONES M., TRACY I. (2010), *Ethnic minority customers' experiences of claiming disability benefits*, Ipsos MORI on behalf of Department for Work and Pensions, Norwich, Crown.

JOVELIN E. (2003), «*Le travail social face à l'extrémisme des professionnels du social - Le racisme au coeur de la pensée du travail social*», Pensée plurielle, De Boeck Supérieur, I, n°5, pp. 77-88.

KALKAN B., BEN DRISS R., PLYSIER S. (2014), *Brusselse Anderstalige Hulpverlening voor Welzijn and Geestelijk Gezondheidszorg*, Cultuursensitieve zorg CAW – CGG, Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, Vlaamse Gemeenschap Commissie, 24 P.

KOHL S., KNIGHT J. (1981), *Developing Cultural Awareness*, Washington D.C., Society for Intercultural Education, Training and Research.

KYMLICKA W., COHEN-ALMAGOR R. (2000), "*Democracy and Multiculturalism*", in COHEN-ALMAGOR R., *Challenges to Democracy: Essays in Honour and Memory of Isaiah Berlin*, London, Ashgate Publishing Ltd, Chapter 5, pp.89-118.

LAMBERT J.-L., LAMBERT-BOITE F. (1993), *Education familiale et handicap mental*, Ed. Universitaires Fribourg Suisse.

LIRE ET ECRIRE (2013), «*Questions sur l'alphabétisation - Réponses aux 61 questions les plus fréquentes*», 6ème édition, Bruxelles, http://communaute-francaise.lire-et-ecrire.be/images/documents/pdf/61_questions_sept2013.pdf

MARTINIELLO M. (2012), «*Promouvoir des relations interculturelles cohésives dans les villes européennes*», Conception du dialogue interculturel en Wallonie et à Bruxelles, Fédération Wallonie-Bruxelles Culture, Service Général de la Jeunesse et de l'Education Permanente, Coll. Culture-Education permanente, n°16, pp. 35-45.

MATANGA Z., FREEZE R. (2008), "*Disability and Diversity in Canada: Problems and Opportunities in Creating Accessible and Inclusive Learning and Service Delivery Environments*", The Journal of the International Association of Special Education, pp.88-104. <http://iase-biz1.webs.com/JIASE%202008.pdf#page=91>

MEDIMMIGRANT (2007), «*Comment prouver que les soins nécessaires ne sont pas disponibles ou accessibles dans votre pays d'origine ?*», <http://www.medimmigrant.be/?idbericht=66&idmenu=4&lang=fr>

MEDIMMIGRANT (2011), «*Allocation fédérale pour des personnes avec un handicap*», <http://www.medimmigrant.be/?idbericht=66&idmenu=4&lang=fr>

MEGRET F. (2008), «*La Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies: un espoir de progress*», Les actes du Colloque annuel du RIPPH 2008, <http://www.ripph.qc.ca/revue/revue-les-actes-du-colloque-annuel-du-ripph-2008-l/convention-relative-aux-droits-personnes-ha>

MERTON R. K. (1995), "*The Thomas Theorem and The Matthew Effect*", Social Forces, Vol. 74, n°2, pp. 379-424.

MOLLOY D., KNIGHT T., WOODFIELD K. (2003), "*Diversity in disability – Exploring the interactions between disability, ethnicity, age, gender and sexuality*", National Center for Social research, Department for Work and Pension, Norwich, UK.

MOUSSAOUI J. (2008), «*Mariage et migration : comprendre les enjeux, accompagner les familles et les jeunes autour des sujets des mariages intra-communau-*

taires et des projets conjugaux des jeunes», Journée de réflexion sur les enjeux du mariage chez les jeunes issus de l'immigration, Actes du colloque du 20 juin 2008.

MULLENS J.-C. (2013), *“Indices plutôt qu’indicateurs – Le changement au sein d’une formation à la communication interculturelle”*, Antipodes, Bruxelles, ITECO, <http://www.iteco.be/Indices-plutot-qu-indicateurs> National Ethnic Disability Alliance (2008), *“Refugees and Migrants with Disability and The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities”*, Australia.

NATION UNIES (2007), *“Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultative”*, <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

O'HARA J. (2003), *“Learning disabilities and ethnicity: achieving cultural competences”*, Advances in psychiatric treatment, vol.9, pp. 166-176. <http://apt.rcpsych.org/content/9/3/166.full.pdf+html>

O'MALLEY (1985), *Commission ontarienne des droits de la personne c. Simpsons-Sears*, 2 R.C.S., p.536

PENAFIEL T. (2001), *“Disability + Immigration – Document presented at the ONU World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance”*, Montréal, Multi-Ethnic Association for the Integration of Persons with Disabilities.

PIERART G. (2013a), *“Famille, handicap et migration. Jalons pour une intervention interculturelle”*, in SCELLES R. (dir.), Famille, culture et handicap, Edition Erès, Coll. Connaissances de la diversité, pp.123-134.

PIERART G. (2013b), *Handicap, migration et famille – Enjeux et ressources pour l'intervention interculturelle*, Genève, IES Edition.

PREISWERK R. (1975), *« Relations interculturelles et développement. Le savoir et le faire »*, Cahiers de l'Institut universitaire d'études du développement, Paris, PUF.

RAGAZZI R., (2009), *Walking on Uneven Paths. The Transcultural Experience of Children Entering Europe in the Years 2000*, Berne Peter Lang.

RODRIGUEZ R.J., BLATZ E.T., ELBAUM B. (2014), *« Strategies to Involve Families of Latino Students with Disabilities. When Parent Initiative Is Not Enough »*, Intervention in School and Clinic, Vol.49, n°5, pp. 263-270.

ROSENBAUM F. (2000), *“Passage d’une langue à l’autre: gués ou guet-apens? L’impact de la traduction sur le lien thérapeutique”*, 8ème Congrès interna-

tional ARIC, Recherches et pratiques interculturelles – Nouveaux espaces, nouvelles complexités?, Neuchâtel. <http://www.unifr.ch/ipg/aric/assets/files/ARICManifestations/2001Actes8eCongres/RosenbaumFr.pdf>

SAMOY E., MOLLEMAM C., VERBELEN J. (2005), *Allochtonen in het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap*, VAPH, document disponible sur le site de Erik H. Samoy: <http://publicationslist.org/erik.samoy>

SCHIEK D., LAWSON A. (ed.) (2011), *European Union Non-Discrimination Law and Intersectionality – Investigating the Triangle of Racial, Gender and Disability Discrimination*, Ashgate. <http://books.google.be/books?id=LF1chB4gwS-oC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

SOLDATIC K., FISKE L. (2009), “*Bodies ‘locked up’: intersections of disability and race in Australian immigration*”, *Disability and Society*, Vol.24, Issue 3, Ashgate. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687590902789453>

STERLIN C. (1988), «*L’intervenant homéoethnique en contexte interculturel*», *Interculture*, Juillet-Septembre, p.21-30.

STIENSTRA D. (2002), “*The Intersection of Disability and Race/Ethnicity/Official language/Religion – Draft*”, *Intersections of Diversity Seminar*, Canadian Centre on Disability Studies, University of Winnipeg.

STREIFF-FENART J., POUTIGNAT P. (1995), *Théories de l’ethnicité*, Paris, PUF.

TREMBLAY J., BLANCHETTE-MARTIN N., MONTREUIL P., BERTHELOT F., GAGNON D.L. (2009), «*Evaluation des croyances et des besoins spirituels et religieux des usagers du Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve*», Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, Centre de réadaptation en dépendances de Chaudière-Appalaches, Centre de Pastorale de la Santé et des services sociaux, Québec, Canada. <http://www.crdq.org/documents/Rapport%20spiritualit%C3%A9%20CRUV%2017juillet09.pdf>

UNGER J. (2013), «*Profil des nouveaux Bruxellois*», Bruxelles, Centre Bruxellois d’Action Interculturelle, Agenda Interculturel, n°311.

VALDEBENITO C. (à paraître), *Jewish Responses to Intellectual Disability: An Ethnographic Study of a Jewish School for Children with Intellectual Disabilities in Antwerp*, Leuven, KUL, IMMRC Anthropology, Advisor: Prof. Patrick Devlieger.

VAN CAMPENHOUDT L., FRANSSSEN A., CANTELLI F. (2009), «*La méthode d’analyse en groupe*», *Sociologies* [en ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 05 novembre 2009. URL: <http://sociologies.revues.org/index2968.html>



VATZ LAAROUSSI M. (2008), "*Les familles immigrantes et l'intervention intergénérationnelle*", in LEGAULT G. et RACHEDI L. (dir.), *L'intervention interculturelle*, Montréal, Gaëtan Morin, pp.229-250.



REPER- TOIRE

REPertoire

Les ressources présentées sont tirées en partie des rencontres avec les professionnels lors de l'enquête de terrain. Il s'agit pour la plupart d'organismes et de professionnels implantés en région bruxelloise qui se répartissent ici en 4 thématiques.

Premièrement, la liste des services sociaux et juridiques liés à la condition migrante reprend les principaux acteurs de l'accompagnement et la défense des personnes migrantes. Ces informations sont essentiellement tirées de l'important travail de compilation réalisé par Medimmigrant¹, centre (COCON) d'information sur l'accès à la santé et d'orientation des migrants dans l'offre des soins médicaux.

Deuxièmement, la liste « migration et action interculturelle » reprend l'essentiel de l'offre en formation et accompagnement des professionnels sur les questions migratoires et interculturelles.

Troisièmement, les listes des acteurs de la santé et de la santé mentale. Elles ont la spécificité de mentionner les compétences linguistiques, soit les langues directement parlées par les praticiens, sans médiation de l'interprète social. Tributaire du turnover professionnel, cette mention requiert néanmoins une petite vérification préalable à l'orientation du professionnel ou de l'utilisateur vers ces services. Nombreuses de ces informations proviennent du Steunpunt Cultuuresensitieve Zorg², organisme fondé par le Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Brussel, suite à l'initiative de la Communauté flamande et de la Commission communautaire néerlandophone. Sans équivalent connu du côté francophone bruxellois, le Steunpunt Cultuuresensitieve Zorg vise à une meilleure intégration de l'approche interculturelle dans les soins de santé et de santé mentale en région bruxelloise.

Ces listes ne prétendent pas à l'exhaustivité et peuvent être directement complétées dans ce répertoire. Toute remarque peut être envoyée à l'Observatoire du PHARE sur le mail hmarcelle@cocof.irisnet.be

¹Voir la page : <http://www.medimmigrant.be/index.asp?idbericht=251&idme>

²Voir la page : <http://cultuursensitievezorg.com/documenten/anders-talige-hulpverleners/>

Abréviations :

C.L. : compétences linguistiques de l'organisme sans que l'on prenne en compte d'éventuels médiateurs interculturels et autres interprètes.
M.I.I. : médiateurs interculturels intégrés à l'équipe. Il s'agit de

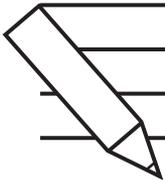
membres du personnel et non d'intervenants externes.

I.S. : interventions fréquentes d'interprètes sociaux

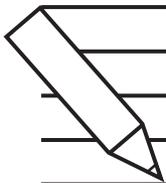
M.I. : interventions fréquentes de médiateurs interculturels

SERVICES SOCIAUX ET JURIDIQUES				
Organisme	Spécification du public	Rôle	Contact	Adresse
ABRACO	Ouvert à tous Spécificité : immigration portugaise	Service Social	0494 99 78 97 Mardi, mercredi et vendredi de 9h à 11h Lundi et jeudi de 9h à 14h	199, Chaussée de Forest, 1060 Saint-Gilles
ADDE (Association pour les Droits Des Etrangers)	Tout migrant	Accompagnement social général + aide juridique	02 227 42 41 Lundi de 9h à 12h et mercredi de 14h à 17h	22, rue du Boulet, 1000 Bruxelles
BAPA (Bureau d'Accueil pour les Primo-Arrivants)	Personnes d'origine étrangère inscrites à la commune d'Ixelles depuis moins de trois ans	Information et orientation vers les organismes ixellois compétents en matière de formation, d'équivalence de diplôme, d'alphabétisation, de logement, de santé, de petite enfance et de recherche d'emploi	02 629 77 10 Delphine Nouind	80-82 rue du Vivier, 1050 Ixelles
CARITAS – SERVICE SOCIAL	Ouvert aux personnes en situation de séjour précaire ou illégal, à l'exception des membres de l'U.E.	Accompagnement social, juridique et juridique services spécifiques dans le cadre du regroupement familial et du soutien au retour volontaire.	02 229 36 11	43, rue de la Charité, 1210 Saint-Josse-Ten-Noode
CIRÉ (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers)	Tout migrant. Spécificité : réfugiés	60 ans de lutte pour les droits des immigrés et pour une société multiculturelle.	02 629 77 10	80-82 rue du Vivier, 1050 Ixelles
CONVIVAL	Uniquement demandeurs d'asile	Soutien au regroupement familial, aide matérielle, logement, insertion socioprofessionnelle	02 503 43 46	33-35, rue du Charroi, 1190 Forest
EXIL	Tout migrant	soutien médico-psycho-social à toutes personnes victimes de violence organisée, aux exilés ainsi qu'à leur famille	02 534 53 30	282 av de la Couronne, 1050 Ixelles

Free Clinic	Attention : Si la personne ne satisfait pas aux critères d'accès à l'aide juridique 'gratuite' (prodeo), un tarif est appliqué en fonction des revenus de la personne	A côté des services santé principaux : service juridique général et défense juridique en matière d'aide sociale	02 512 13 14 Permanence tél. : Lundi de 9h à 12h et mercredi de 14h à 17h	154a, chaussée de Wavre 1050 Ixelles
FOYER	Tout migrant	Informers les migrants, développer l'autonomie, alphabétisation	Permanence sur place : de 9h à 12h et de 14h à 17h	22, rue Mommaert, 1080 Molenbeek
Medimmigrant	Tout migrant	Lutte pour le droit à la santé. Information/orientation pour les migrants et les professionnels qui les aident.	02 274 14 33 02 274 14 34 Lundi et vendredi: 10h à 13h Mardi: 14h à 18h	164, rue Gaucheret, 1030 Schaerbeek
SDJ (Service Droit des Jeunes)	Toute personne (migrante ou non) A conseiller pour les enfants et les familles	Service juridique + Spécialité : Info juridique et accompagnement social en droit des jeunes et de la famille	02 209 61 61 Tous les jours de la semaine (sauf le jeudi) de 13h à 17h	30, rue du Marché aux Poulets, 1000 Bruxelles
SESO (Service Social de Solidarité Socialiste)	Toute personne (migrante ou non) + Spécificité : Amérique-Latine, migrant en séjour irrégulier et Mineurs Etrangers Non Accompagnés (MENA)	Service juridique et social, information des migrants sur leurs droits et défense auprès d'instances.	02 533 39 84 Du mardi au vendredi : 9h- 11h Spécial Amérique latine : mardi et jeudi. Se présenter à 9h !	25-28, rue de Parme, 1060 Saint-Gilles
SIREAS	Toute personne + spécialisation pour les migrants et réfugiés.	Service juridique (à côté d'autres offres en cohésion sociale et éducation permanente)	02 274 15 51 Du lundi au vendredi de 8h30 à 13h et de 14h à 17h. Sans rdz-vous.	5, rue du champ de mars, 1050 BXL (Attention : plusieurs implantations spécifiques !)

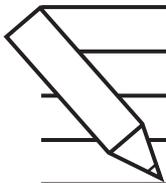


MIGRATION, ACTION INTERCULTURELLE, INTERPRETARIAT			
Organismes	Rôle	Personnes de contact	Adresse
BRUXELLES ACCUEIL	Interprétariat social	02 511 27 15	16, rue des Alexiens 1000 Bruxelles
BRUXELLES LAÏQUE	Service de médiation interculturelle développé en milieu hospitalier (CHU Brugmann Site Schaerbeek et Site Jette), insertion globale des personnes, luttés contre le racisme,	02 289 69 00	18-20, av. de Stalingrad, 1000 Bruxelles
CBAI (Centre Bruxellois d'Action Interculturelle) Service Accompagnement de projets	Accompagne les processus (dont dossiers, subvention, etc.) d'élaboration de projets locaux interculturels. Facilite la mise en réseau	Hamel PUISSANT 02 289 70 62	24, av. de Stalingrad, 1000 Bruxelles
CBAI Service de Formation	Groupe de formateurs appliquant notamment l'approche interculturelle telle que développée par Margalit Cohen-Emerique.	Judith HASSOUN (coord. pédagogique) 02/289 70 69 Xavière REMACLE (formatrice/intervenante) 02/289 70 58	24, av. de Stalingrad, 1000 Bruxelles
STEUNTPUNT CULTURSENSITIEVE ZORG	A réalisé une liste des professionnels de la santé selon leurs compétences linguistiques.	Stefaan Plysier, Redouane Ben Driss et Berna Kalkan 02 478 90 90	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Brussel 136, av. Houba de Strooper, 1020 Laeken
CIRÉ (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers)	Informe et forme aux questions migratoires, publie des recherches et un magazine, « MICMAG ».	Valentine de Muylder via la page http://www.cire.be/contacts/sensibilisation	80-82 rue du Vivier, 1050 Ixelles
FOYER	Médiation interculturelle	Johan LEMAN 02 411 74 95	51, rue des ateliers, 1080 Molenbeek
ITECO	Accompagnement, formation, intervention, évaluation	Jean-Claude MULLENS, Chaffik ALLAL et Rachida KABBOURI 02 243 70 30	2, rue Renkin, 1030 Schaerbeek
IRFAM	Formation, conférences, séminaires débats, coaching, sensibilisation.	Altay MANCO 0477 62 56 72	65, rue de la pacification, 1000 Bruxelles
MEDIMMIGRANT	Former et participer à divers groupes de travail et de réflexion. S'adresse à tout travailleur social et de la santé	02/274 14 33 ou 02/274 14 34 Lundi et vendredi: 10h à 13h Mardi: 14h à 18h	164, Rue Gaucheret, 1030 Schaerbeek
SETIS BXL	Service de Traduction et d'Interprétariat en milieu Social à Bruxelles		60, rue Gaillaits 1030 Schaerbeek



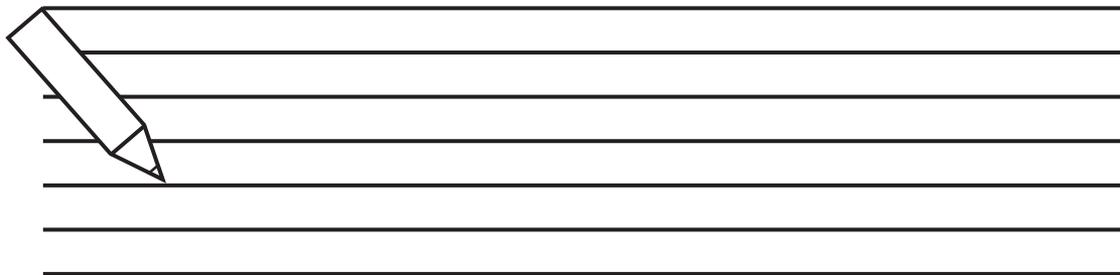
HÔPITAUX – CENTRES MÉDICAUX				
Organisme/ médecin	Langues parlées	Remarque	Contact	Adresse
BRUGMANN (HÔPITAL)	M.I.I. : Français, néerlandais, anglais allemand, grec, berbère, italien, hongrois + I.S. + M.I.		02 477 93 89	4, place Arthur van Gehuchten 1020 Laeken
SAINTE ANNE – SAINT RÉMI (Clinique)	M.I.I. : Arabe maghrébin	/	02 556 57 25	66, Graindoorlaan 1070 Anderlecht
ERASME (Hôpital)	M.I.I. : Arabe maghrébin	/	02 555 38 13	808, av. de Lennik 1070 Anderlecht
ETTERBEEK (Centre médical)	C.L. : Néerlandais, français, anglais, grec, allemand, russe estonien, espagnol, italien, tibétain, chinois.	Médecins, dentiste, acuponcteur, psychologue	02 648 39 97	239, ch. d'Auderghem 1040 Etterbeek
FOND ROY (Hôpital)	M.I.I. : Arabe maghrébin	/	02 609 03 88	49, av. Jacques Pasteur 1180 Uccle
JEAN TITECA (Centre hôpitalier)	M.I.I.: Arabe classique, ar abe maghrébin, berbère	/	02 735 01 60	11, rue de la Luzerne 1030 Schaerbeek
JETTE (Hopital universitaire)	M.I.I. : Turc, kurde, berbère, arabe		02 477 55 80	101, av. du Laerbeek 1090 Jette
JULES BORDET (Institut)	M.I.I. : Albanais, bulgare, serbo-croate, macédonien, turc, russe, ukrainien, biélorusse, anglais, roumain, espagnol, polonais, arabe maghrébin, arabe.	/	02 535 32 62	1, rue Héger-Bordet 1000 Bruxelles

LA CLÉ (Maison médicale)	C.L. : Néerlandais, français, anglais, arabe, arabe maghrébin, portugais, espagnol, tagalog	Médecins généralistes, infirmiers, psychologues de première ligne.	02 245 98 50	276, ch. de Haecht 1030 Schaerbeek
LE PONT (Maison médicale)	C.L. : Néerlandais, français, anglais, serbo-croate, arabe maghrébin	Médecins généralistes, infirmiers, kiné, promoteur de la santé, dentiste, nutritionniste, assistant social, psychologue de première ligne.	02 411 18 38	71, rue des Etangs Noirs, 1080 Molenbeek
MARITIME (Centre médical)	C.L. : Arabe, berbère, français	Médecins, psychologue, kiné	02 428 97 67	45, av. Vanderstichelen 1080 Molenbeek
MEDISINA (Centre médical)	C.L. : Néerlandais, français, anglais, turc	Médecins et psychologue	02 735 37 74	121, av. Eugène Plasky 1030 Schaerbeek
MOLENBEEK RENFORT	C.L. : Néerlandais, français, anglais, arabe maghrébin	Médecins, infirmiers, nutritionniste, assistants sociaux, psychologue de première ligne	02 411 11 03	25, rue Compte de Flandres 1080 Molenbeek Saint-Jean
NORD (Maison médicale)	C.L. : Néerlandais, français, anglais + I.S.		02 218 28 42	10, rue des Palais 1030 Schaerbeek
REINE FABIOLA (Hôpital Universitaire)	M.I.I. : Arabe maghrébin, arabe classique, berbère.	/	02 477 32 45	15, av. Jean Joseph Crocq 1020 Laeken
SAINT-JEAN (Hôpital)	M.I.I. : Berbère, arabe maghrébin, turc, albanais	/	02 221 90 19	32, Bd du Jardin Botanique 1000 Bruxelles
SAINT-LUC (Hôpital)	M.I.I. : Russe, Arabe classique, arabe maghrébin	/	02 764 15 80	10, av. d'Hippocrate 1200 Woluwé Saint-Lambert
SAINT-PIERRE et CÉSAR DE PAEPE (Hôpitaux)	M.I.I. : Albains, bulgare, serbo-croate, macédonien, turc, russe, ukrainien, biélorusse, anglais, roumain, espagnol, polonais, arabe maghrébin, arabe	/	02 535 3262	322, rue Haute 1000 Bruxelles
WIART (Centre médical)	C.L. : Français, néerlandais, arabe maghrébin, arabe	Médecins, dentiste, psychologue, logopède, kiné	02 411 89 51	141, av. Carton de Wiart 1090 Jette



DOCTEURS GÉNÉRALISTES			
Docteurs	Langues parlées	Contact	Adresse
AMAYAH Karima	Arabe, berbère, français	0489 62 11 44	146, av. Léopold II, 1080 Molenbeek
BICAK Nuran	Turc, français	02 734 53 24	173, av. Eugène Plasky 1030 Schaerbeek
BOGOZ Yalim	Arménien, russe, français	02 426 53 53	73, av. Vital Riethuisen 1083 Ganshoren
BULDUK Cengiz	Turc, français	02 218 56 61	13, place Houwart 1210 Saint-Josse- ten-Node
CHASAKIDIS Nikolaos	Grec, français	0475 27 46 79	40/22, square Ambiorix 1000 Bruxelles
CHAWAF Jasmine	Français, arabe maghrébin	0475 665 888	14, av. de la Brabançonne, 1040 Etterbeek
CRABBE Georges	Russe, français	02 344 03 05	29, av. des Archères 1180 Uccle
DEL CASTILLO Fernando	Espagnol, français, portugais, anglais	02 733 89 47	11, rue de l'industrie 1000 Bruxelles
FALEK Mauricy	Polonais, italien, anglais, français	02 217 65 32 0495 834 508	1, rue du pont neuf 1000 Bruxelles
FAROOQI Addnan	Punjabi, urdu, français, anglais	0478 75 68 90	80, bd de la révision 1070 Anderlecht
FUCHS DAIN Anna	Russe, français	0496 32 66 64	42, 46, av. Louis Mettewie 1080 Molenbeek
GUMUS Vedat	Turc, français	02 217 89 19	6, rue Royale Sainte-Marie 1030 Schaerbeek
HARAG Naima	Arabe, berbère, français, néerlandais	02 522 61 05 02 522 10 15	20, rue de l'enseignement 1070 Anderlecht
HARALAMMIDIS Yorgo	Grec, turc, français	02 241 89 88	82, av. Rogier 1030 Schaerbeek

KARA Abdülkadir	Turc, français	02 242 50 81	122, av. Rogier 1030 Schaerbeek
MAKAMBALA	Français, allemand, néerlandais, anglais, lingala, swahili	02 425 60 60	94, av. Marie-Christine 1020 Laeken
PALA Devrim	Turc, français	02 217 89 19	6, rue Royale Saint-Marie 1030 Schaerbeek
SEVDAYI Cebbar	Turc, français	02 216 27 84	115, av. Rogier 1030 Schaerbeek
SHARAFEDIN Refat	Arabe, néerlandais, français, anglais	02 502 14 07	10, rue du Rempart des Moines 1030 Schaerbeek
SIDEROVA Vania	Russe, bulgare, hongrois, français, anglais	0475 92 41 14 02 644 34 34	92, av. de Waterloo 1000 Bruxelles
TURKOZ Selma	Turc, néerlandais, français	02 203 56 13	35, 1000 Bruxelles
WONG Chi-Yiu	Chinois, anglais, néerlandais, français	02 217 32 71	44, rue du Nord 1000 Bruxelles
ZENGİN Gürcan	Turc, français	02 520 25 52	71, rue Georges Moreau 1070 Anderlecht



SANTÉ MENTALE				
Organisme/Psy	Langues parlées	Offre	Contact	Adresse
ARBORESCENCES	Français, anglais, espagnol, néerlandais, polonais, indien, urdu, punjabi.	Psychologue et psychothérapeutes	02 688 06 83 arborescences @skynet.be	18, av. Maurice Dekeyser, 1090 Jette
CENTRUM VOOR GEESTELIJKE GE- ZONDHEIDSZORG SECRETARIAT GÉNÉRAL	Albanais, russe, polonais, serbo-croate, kinyarwanda, arabe classique, arabe du Maghreb, turc.	6 implantations néerlandophones bruxelloises reçoivent enfants, adultes et personnes âgées pour des interventions et des thérapies spécifiques.	02 247 61 50	65, rue du canal 1000 Bruxelles

CHAWAF Adel	Français, arabe maghrébin	Neuropsychiatre	02 734 33 67	14, av. de la Brabançonne 1000 Bruxelles
D'ICI ET D'AILLEURS	Français, anglais, arabe, berbère, espagnol, indien, lingala, urdu et turc.	Psychiatres, pédopsychiatre, psychologue, logopède, thérapeute en psychomotricité	02 414 98 98 info@dieda.be Ali AOUATTAH Dominique VOSSEN	18b, rue Ferdinand Brunfaut, 1080 Molenbeek
IMBAMBA Gode	Français, lingala, swahili, anglais	Psychiatre	02 515 79 10	56, rue Longue vie, 1050 Ixelles
HANAK Catherine	Hongrois,	Psychiatre. Spécialité : les dépendances.	02 477 27 76 77	Hôpital Brugmann 4, Arthur van Gehuchtenplein 1020 Laeken
MARCHAND Paul	Français MAIS expertise sur la condition des migrants !!	Neuropsychiatre	02 647 45 11	43, rue Malibran 1050 Ixelles
NOUFISSA Atartouch	Français, arabe	Psychiatre	0476 92 03 27	216, rue des Côteaux 1030 Schaerbeek
ODR Karim	Français, arabe	Pédopsychiatre	02 891 09 20	Clinique Saint-Jean, 32, bd du Jardin Botanique 1000 Bruxelles
PAUNICA-SIMINEA ANCA	Français, roumain	Psychiatre	02 647 67 80	Community Help Service 33, av. de la Cambre 1000 Bruxelles
PERSEFONIS Georgios	Grec, français (+ soutien fréquent de médiateurs culturels)	Psychiatre	02 477 27 76 02 477 27 77	Hôpital Brugmann 4, Arthur van Gehuchtenplein 1020 Laeken
PSYCHO-ETTERBEEK	Français, anglais, espagnol, italien.	Assistants sociaux, psychothérapeutes, psychiatres, psychologues	02 735 84 79	106, rue Antoine Gautier, 1040 Etterbeek
PSYGROUP	Néerlandais, français, anglais, allemand, hongrois, portugais, polonais, slovène, serbo-croate	Association de psychologues indépendants pour adultes et enfants, familles et couples.	Voir le répertoire selon le type de public et le besoin linguistique	172, av. de la Chase, 1040 Etterbeek
RODRIGUEZ DE LA TORRE Beatriz	Allemand, anglais, espagnol	Ethnopsychiatre	02 647 67 80	Community Help Service 33, av. de la Cambre 1000 Bruxelles
SAN SEBASTIAN Maria Isabel	Français, espagnol, catalan	Psychiatre	02 538 87 40	145, av. du Prince-Héritier 1200 Woluwé-Saint-Lambert

SALIBA Raymonde	Français, arabe	Psychologue	02 414 98 98	D'Ici et d'Ailleurs 18b, rue Ferdinand Brunfaut, 1080 Molenbeek
SCHNEPS Chana	Hébreux, anglais, français	Psychothérapeute, thérapie familiale	02 647 67 80	Community Help Service 33, av. de la Cambre 1000 Bruxelles
SZEWCZUK Violetta	Polonais, anglais, français	Psychologue	0494 82 26 81	9, av. Marcel Thiry 1200 Woluwé Saint-Lambert
TAS Semiye	Turc, français, néerlandais	Psychothérapeute et sexologue	0477 43 97 67	27, av. des Azalées 1030 Schaerbeek
ULYSSE	Allemand, espagnol, anglais, néerlandais, russe, portugais. Accueil aussi en poular, soussou et malenké (Guinée).	Accompagnement spécifique pour les personnes en difficulté de droit de séjour, hors U.E. Traite de l'exil. Soutien individuel ou collectif.	02 533 06 70 ulysse.asbl @skynet.be	52, rue de l'Ermitage, 1050 Ixelles
WOITCHILK Philippe	Français + I.S. et M.I.	Ethnopsychiatre	02 477 27 76 - 77	Hôpital Brugmann 4, palce Arthur van Gehuchten 1020 Laeken
YURDSEVER Gul Jullian	Turc, français	Psychologue, thérapie familiale	02 345 94 99 0475 26 74 94	180, av. Floréal 1180 Uccle ou Hôpital Brug- mann 4, palce Arthur van Gehuchten 1020 Laeken
ZELINKA Vladimir	Tchéchène, slovaque, français, anglais	Psychiatre	02 762 03 25	Centre Médical Medicis 236, Av. de Tervueren 1150 Woluwé Saint-Pierre







Commission Communautaire
Française



Service **PHARE** /
Observatoire de l'accueil
et de l'accompagnement
de la personne handicapée

