

Université de Montréal

**Préoccupations et attentes en réadaptation physique dans des contextes pluralistes : vers
un cadre théorique interculturel**

par Danielle GRATTON

Département d'anthropologie de la Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal en vue de

l'obtention du grade de

PHILOSOPHIAE DOCTOR (Ph. D.) en anthropologie

Décembre 2012

© GRATTON Danielle, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

**Préoccupations et attentes en réadaptation physique dans des contextes pluralistes : vers
un cadre théorique interculturel**

Est présentée le 20 décembre 2012
À l'Université de Montréal
Par

Danielle GRATTON

Et évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Directeur de recherche (Université de Montréal) : Bob WHITE, Professeur, Département
d'anthropologie, Université de Montréal

Examinatrice externe : Gina STOICIU, Professeure, Département de communication sociale et
publique, Université du Québec à Montréal

Président du jury : Gilles BIBEAU, Professeur, Département d'anthropologie, Université de
Montréal

Membre du jury : Isabelle GÉLINAS, Professeure, School of Physical and Occupational
Therapy, McGill University

RÉSUMÉ

Préoccupations et attentes des acteurs en réadaptation physique dans des contextes pluralistes : vers un cadre théorique interculturel

Cette thèse porte sur les dynamiques interculturelles et la réactivité des institutions dans les contextes pluralistes. Le contexte clinique, un exemple parmi tant d'autres, sert à saisir les enjeux des rencontres entre personnes d'origines différentes. Le milieu de la réadaptation physique apparaît particulièrement intéressant pour étudier les enjeux induits par les rencontres interculturelles, car les interventions y sont d'une durée relativement longue en comparaison avec les soins aigus, et ce type de pratique demande une grande collaboration de la part des clients. Cette recherche sollicite trois acteurs essentiels dans ce contexte : clients immigrants, intervenants et agents tiers payeurs (CSST) ont pris la parole lors de groupes de rencontre (focus group). La recherche d'un cadre théorique pertinent en anthropologie interculturelle revisite les courants moderniste et postmoderniste, à partir d'une approche critique, et propose une épistémologie interactionniste. Ces courants qui traversent l'anthropologie sont étudiés à la lumière de la clinique, ce qui engendre un dialogue entre les intervenants et les anthropologues. Le contexte ethnographique permet de cerner différents enjeux concernant les politiques de santé dans les contextes pluriethniques, ce qui permet de saisir, à partir de la gestion, des rapports d'emboîtement entre le macro et le micro. Le fonctionnement de la réadaptation physique au Québec sert de toile de fond pour comprendre les discours des acteurs sollicités par cette recherche.

L'ethnographie met en lumière les convergences et les divergences entre ces trois acteurs dans les contextes pluriethniques. Selon une méthode caractéristique des relations interculturelles, je présente d'abord l'intervention dans les institutions de réadaptation. Les clients immigrants sont mis en scène avec l'intervention dans les contextes pluriethniques. Les discours de tous ces acteurs mettent en lumière des barrières dites objectives et des facteurs liés à la culture. L'analyse s'intéresse à la communication et à la circulation de l'information dans les contextes pluriethniques; elle étudie les rapports entre l'information, la connaissance et les préjugés. L'analyse offre quelques pistes qui aident à comprendre l'imperméabilité du système de santé dans les contextes pluralistes. La conclusion propose une approche complémentariste pour établir un dialogue entre les modèles de discrimination et l'interculturel. Les anthropologues sont alors interpellés en vue de répondre aux nouveaux défis générés par le néolibéralisme.

Mots-clés : réadaptation physique, santé, réactivité, contextes pluralistes, contextes pluriethniques, handicapés, immigrants, insertion sociale, discrimination, relations interculturelles, intervention, anthropologie interculturelle, néolibéralisme, Québec, Canada, États-Unis.

ABSTRACT

Concerns and Expectations for Physical Rehabilitation in Pluralistic Contexts: Towards an Intercultural Theoretical framework

This thesis is based on the intercultural and institutional dynamics of health care in pluralistic contexts. The clinical context makes it possible to understand what is at stake in encounters between people of different ethnic and religious backgrounds. The field of physical rehabilitation is a particularly interesting context for understanding these dynamics because interventions require long-term assessment and sustained collaboration on the part of clients. The current research examines three types of actors in this context: immigrant clients, health care specialists (or practitioners), and third party payers (CSST). In order to elaborate an intercultural theoretical framework, the thesis critically examines modernist and postmodernist orientations in anthropology, and through an epistemological approach proposes an interactionist orientation. These differing epistemological orientations are studied from a clinical standpoint and, the resulting analysis prepares the way for a dialogue between practitioners and anthropologists. The ethnographic context sheds light on various themes concerning the politics of healthcare in pluralistic contexts, but also the policies that influence different relationships between macroeconomics and local-level encounters in organizational settings. The system of physical rehabilitation in Quebec serves as a canvas to understand concerns and expectations of the different types actors solicited by this research.

The ethnographic data presented here highlights the convergence and divergence between those who are involved in administering and receiving care. After describing the conditions and terms of intervention in the field of physical rehabilitation, there is a discussion of the specificity of immigrant clients and healthcare in pluriethnic contexts. Data collected from different actors highlights the difference between objective barriers to adequate services and factors which can be linked to culture. Analysis of the data focuses on communication in an intercultural or pluriethnic context and the flow of information, carefully examining the relationship between information, expertise and prejudice. The analysis also offers certain pathways to better understand the lack of reactivity in pluralistic contexts. The conclusion proposes a complementary approach which is intended to facilitate a dialogue between models based on discrimination and those on interculturalism. Anthropologists are presented as being particularly well positioned to answer new challenges generated by intercultural situations in an era of neoliberalism.

Keywords : physical rehabilitation, health, reactivity, pluralistic contexts, pluriethnic contexts, handicaps, immigrants, social insertion, discrimination, intercultural relations, care, intercultural anthropology, neoliberalism, Québec, Canada, United States of America

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Résumé	iii
Summary	iv
Table des matières	v
Liste des tableaux et des figures	x
Liste des sigles	x
Remerciements	xiii

Partie I : INTRODUCTION ET CADRE THÉORIQUE

Introduction	2
Chapitre 1 : <i>Démarche de terrain</i> (deux époques, deux recherches)	20
1.1 Première étape de recherche	21
1.1.1. Objectifs	21
1.1.2. Faisabilité	22
1.1.3. Recension des écrits	22
1.1.4. Méthodologie	23
1.1.4.1. Critères d'inclusion	23
1.1.4.2. Critères d'exclusion	24
1.1.5. Modalités de recrutement	25
1.1.6. Considérations éthiques	26
1.1.7. Impact et pertinence	26
1.1.8. Grille d'entrevue	27
1.1.9. Recueil de données	27
1.1.9.1. Recrutement des intervenants	27
1.1.9.2. Recrutement des agents tiers payeurs	28
1.1.9.3. Recrutement des clients immigrants	29
1.1.10. Les limites d'un cadre théorique interculturel	32
1.1.11. Conclusion de la première recherche	33
1.2 Deuxième étape de recherche	34
1.2.1 Méthodologie	34
1.2.2 Recension des écrits	35
1.2.3 Description ethnographique	36
1.2.4 Groupes de discussion	37
1.2.5 Analyse des données	37
1.2.6 Considérations éthiques	38

Chapitre 2 : <i>Devant deux choix, prendre le troisième</i>	41
2.1 Constitution des connaissances interculturelles en anthropologie	42
2.1.1 L'épistémologie moderniste	43
2.1.1.1 Bateson et l'école de Palo Alto	47
2.1.1.2 L'épistémologie constructiviste	50
2.1.2 L'épistémologie postmoderniste	55
2.1.3 L'épistémologie interactionniste	60
Chapitre 3 : <i>Courants épistémologiques et contexte clinique</i>	72
3.1 Courant moderne : mouvement interprétatif américain	73
3.1.1 Geertz : la toile de signification	73
3.1.2 Keesing : la distribution inégale du savoir	78
3.2 Le courant postmoderne : du texte au cosmopolitisme	84
3.2.1 Appadurai : la globalisation	86
3.2.2 Friedman : le processus de globalisation	92
3.3 Mercier : développer une expertise à partir de l'agir	101
PARTIE II : CONTEXTE ETHNOGRAPHIQUE	
Chapitre 4 : <i>Les politiques de santé dans les contextes pluriethniques</i>	113
4.1 La société malade de la gestion	115
4.2 La gestion de la diversité	124
4.3 Les soins de santé dans les contextes pluralistes	129
4.3.1 Le cas des États-Unis	130
4.3.2 Le cas du Canada	134
4.3.3 Le Cas du Québec	141
4.3.3.1 L'Interculturalité	142
4.3.3.2 L'Interculturalisme	145
4.4 Vers un courant interculturel	149
Chapitre 5 : <i>Le fonctionnement de la réadaptation physique au Québec</i>	154
5.1 La réadaptation physique comme structure institutionnelle	157
5.1.1 Les services de réadaptation	161
5.2 La réadaptation physique comme modèle d'intervention	163
5.2.1 Les professionnels	165
5.2.1.1 Les infirmières	166
5.2.1.2 Les physiothérapeutes	167
5.2.1.3 Les ergothérapeutes	168
5.2.1.4 Les psychologues et les neuropsychologues	170
5.2.1.5 Les orthophonistes	172
5.2.1.6 Les kinésiologues	173
5.2.1.7 Les travailleurs sociaux	174
5.2.1.8 Les éducateurs spécialisés	175
5.2.2 Le travail des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires	177
5.2.2.1 Mesurer l'autonomie fonctionnelle	180

5.2.2.2 Processus de production du handicap (PPH)	181
5.3 La place et le rôle de la personne en réadaptation physique	184
5.4 Les tiers payeurs dans la réadaptation au travail	188
5.5 Interactions systémiques et adaptations silencieuses dans un contexte pluriethnique	190

PARTIE III : CONVERGENCES ET DIVERGENCES EN CONTEXTE PLURIETHNIQUE

Chapitre 6 : <i>L'intervention dans les institutions de réadaptation physique</i>	198
6.1 Les intervenants et leur vision de la santé	200
6.1.1 L'autonomie comme équilibre recherché malgré les limitations	206
6.1.2 Les conditions d'une communication éthique	212
6.2 Les agents tiers payeurs et leur vision de la santé	217
6.2.1 La douleur comme altérité	221
6.3 L'ancrage culturel de la réadaptation physique	227
Chapitre 7 : <i>L'intervention dans des contextes pluriethniques</i>	231
7.1 L'expérience particulière des clients immigrants	234
7.2 L'importance de l'idéologie dans la perception des phénomènes pluriethniques	243
7.3 Les rapports entre le droit de la personne et les idéologies	253
Chapitre 8 : <i>Les barrières dites objectives</i>	259
8.1 Le marché du travail dans les contextes pluriethniques	260
8.2 Les facteurs géographiques	268
8.3 Les facteurs économiques	271
8.4 La trajectoire migratoire	273
8.5 Les barrières linguistiques	276
8.6 La méconnaissance du système	280
8.7 Le cumul des facteurs objectifs sur la réinsertion en emploi	288
Chapitre 9 : <i>Les facteurs liés à la culture</i>	293
9.1 Les systèmes de signes, de sens et d'action	294
9.2 Les fonctionnements sociaux	307
9.2.1 Vision du monde et religion	308
9.2.2 Les structures familiales	312
9.2.3 Les relations hommes-femmes	314
9.3 Les normes et les valeurs	318

PARTIE IV : ANALYSE ET CONCLUSION

<i>Chapitre 10 : La circulation de l'information dans les contextes pluriethniques</i>	330
10.1 Le rôle des institutions sur la circulation de l'information	330
10.2 L'information et ses rapports avec la connaissance	343
10.2.1 Les préjugés	347
10.2.2 Les ruptures	356
CONCLUSION	363
Vers un cadre théorique interculturel pour l'anthropologie	368
Limitations et pistes de recherche pour l'avenir	370
Quel rôle pour l'anthropologie?	372
BIBLIOGRAPHIE	378
ANNEXES	ii

Liste des tableaux et des figures

	Pages
Tableau 1 : Élaboration du cadre théorique	369
Figure 1 : Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux	160
Figure 2 : Facteurs d'influences du handicap	179
Figure 3 : Processus de production du handicap	181
Figure 4 : Rôles de chaque professionnel au sein de l'équipe interdisciplinaire	184
Figure 5 : Analyse du fonctionnement de la communication dans les contextes pluralistes en réadaptation physique	194

Liste des sigles et des abréviations

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AQESS	Association Québécoise des établissements de la santé et des services sociaux
ARIC	Association pour la recherche interculturelle
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CCDP	Commission canadienne des droits de la personne
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ÉNAP	École Nationale d'Administration Publique
FMI	Fonds Monétaire International
IEDM	Institut Économique de Montréal
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OMC	Banque mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OOAQ	Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OOPQ	Ordre de la physiothérapie du Québec
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
PAÉE	Programmes d'accès à l'égalité en emploi
PII	Plan d'intervention individualisé
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RT	Programme de réadaptation au travail
RTF-RI	Ressource de type familial et ressource intermédiaire
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAT	Services d'aides techniques
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
UNESCO	Organisation des États-Unis pour l'éducation, la science et la culture

DÉDICACE

Je dédicace cette thèse à tous ceux, personnes issues de la société d'accueil et immigrants, qui portent l'interculturel à bout de bras, notamment à Ghislaine Legendre, puisqu'il semble que nos institutions puissent le faire si peu.

REMERCIEMENTS

Je remercie principalement Bob White, mon directeur de recherche, pour l'encadrement attentif, soutenu et passionné qu'il m'a offert pendant toute cette démarche. Selon lui, « Ça prend un village pour écrire une thèse », par extension, cela prend au moins deux villages pour écrire une thèse en anthropologie interculturelle. Dans la rencontre entre mes villages d'anthropologie et de réadaptation physique, je remercie en premier Sylvie Fortin, Deirdre Meintel et Gilles Bibeau qui ont favorisé mon retour au département d'anthropologie de l'Université de Montréal.

Cette thèse doit énormément aux discussions avec les chercheurs réguliers du Laboratoire de Recherche en Relations Interculturelles, le LABRRI, et pour le partage de leur expertise exceptionnelle : Lomomba Émongo, Daniel Côté, Jorge Frozzini, Christoph Eberhard et Yara El-Ghadban. Cette thèse doit aussi beaucoup aux échanges avec les étudiants qui travaillent au LABRRI car ils m'ont aussi aidé à clarifier certains points importants, notamment Laurie Savard et Rachel Boivin Martin. Je remercie aussi Julie Dénommée qui m'a aidé pour la révision de mon manuscrit et Véronique Audet, pour quelques dernières retouches.

Je n'aurai pas entrepris cette démarche sans le support de l'Hôpital Juif de Réadaptation (HJR). Cette thèse doit particulièrement à Isabelle Gélinas, chercheuse dans cette institution, car en m'encourageant à reprendre mes études doctorales, elle a établi un premier pont entre la réadaptation physique et l'anthropologie. Ma gratitude s'exprime aussi envers le personnel et les gestionnaires de cette institution car ils ont toujours démontré un très grand intérêt à mieux connaître les besoins des personnes immigrantes et les conditions nécessaires pour mieux répondre à leurs besoins. Leurs intérêts pour cette problématique, leur support et leur patience m'ont grandement aidée dans cette démarche. Je suis particulièrement reconnaissante

envers l'équipe des psychologues de HJR, leur camaraderie et leur support bon enfant ont su alléger ce processus de recherche et de rédaction.

Enfin, je remercie également Ghislaine Legendre, ma collègue *depuis des lunes*, ses préoccupations, tout comme nos échanges, m'ont certainement aidée à trouver ma voie dans des données aussi touffues. Cette thèse repose sur elle, comme sur les participants rencontrés : clients immigrants, intervenants et agents tiers payeurs. Mon appréciation va aussi aux experts du réseau de la santé et du milieu communautaire qui ont validé mes analyses, notamment à Teresa Penafiel de l'Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées. Je remercie, enfin, ces milliers de personnes que j'ai formés en relations interculturelles au cours de la dernière décennie, personnel du réseau de la santé, intervenants, médecins, gestionnaires ; intervenants du milieu communautaire ; et, même juges. Ils ont su me convaincre que mes recherches sur les dynamiques interculturelles sont importantes pour eux, et ils m'ont encouragée à les poursuivre.

Cette thèse n'aurait pas abouti sans l'aide d'Anthony Amsel (mon fils), spécialisé en écologie. Nos échanges fructueux sur la diversité biologique ont certainement influencé mes analyses et ils m'ont aidé à mesurer tout le travail qui reste à faire en anthropologie pour mieux cerner la diversité humaine et les dynamiques interculturelles. Anthony m'a aussi généreusement aidé pour résoudre tous les aspects techniques en rapport avec la production de cette thèse. Je remercie aussi grandement tous les autres membres de ma famille et mes amis pour leur soutien constant.

Enfin, pour son appui financier, je remercie la Fondation de l'Hôpital Juif de Réadaptation. C'est grâce à cette fondation que j'ai pu obtenir une bourse pour clinicien (*clinician award*) ce qui m'a permis de réaliser une première recherche dont le recueil de données, très riches, a permis la réalisation de cette thèse. Cette fondation a aussi défrayé les coûts de ma scolarité de doctorat.

PARTIE 1

INTRODUCTION ET CADRE THÉORIQUE

Introduction

Chapitre 1 : *Démarche de terrain*

Cadre théorique

Chapitre 2 : *Devant deux côtés, prendre le troisième*

Chapitre 3 : *Courants épistémologiques et contexte clinique*

La situation saisie n'est déjà plus la situation qu'il s'agissait de saisir, parce que l'homme a changé par son acte de saisir et que son action n'est plus la même.

Éric Weil

INTRODUCTION

Sous la force de l'économie mondiale, les mouvements humains créent de nouveaux espaces de rencontres entre des personnes de différentes origines ethnoculturelles. La remise en question des frontières nationales, économiques et ethniques accentue les défis posés aux gouvernements occidentaux qui voient la diversité de leur société et les situations de rencontres inattendues que cela crée se multiplier. Philosophes et chercheurs en sciences sociales tentent alors de redéfinir le vivre ensemble et de revoir les notions d'identité, d'ethnicité, d'altérité et de biens communs (Fistetti, 2009). En santé, les intervenants se butent aux limites de leurs pratiques (Das, 1993; Cohen-Émerique, 1993; Gravel et Battaglini, 2000; Battaglini, 2005, 2010; Gratton, 2009) lorsqu'ils interviennent auprès des populations dites ethnoculturelles, c'est-à-dire venues d'ailleurs et parfois installées au pays depuis plusieurs générations (Fassin, 2012).

Afin de tenter de dépasser ces limites, beaucoup d'intervenants sont en demande de savoirs qui leur permettraient une meilleure compréhension des personnes venant d'ailleurs. Suivant les pas de philosophes (Kymlicka, 1996; Rawls, 1993; Taylor, 2009), de chercheurs en sciences humaines (Juteau et Lee, 1999; McAndrew et Proulx, 2000; McAndrew, 2001; Friedman, 1994; Poirier, 2004) et d'anthropologues, ils tentent de mieux comprendre des phénomènes qui se rapportent à des ontologies différentes et de revoir la notion de culture, alors que plusieurs

anthropologues contemporains, longtemps vus comme les spécialistes du domaine, s'y refusent (White, 2006). Pourtant, comme nous le montrera l'histoire d'une cliente nommée Mériem¹, il est difficile, sans l'apport d'un questionnement culturel, d'aider tout en rendant nos services plus efficaces. Je raconte en détail l'évolution du traitement de cette cliente pour illustrer certains aspects de mon propos et pour camper le contexte de la réadaptation physique en contexte pluriethnique.

Mériem est une femme d'une cinquantaine d'années vivant au Canada depuis environ 20 ans. Son mari est allé la chercher en Syrie, l'a mariée et l'a ramenée au Canada. Elle a toujours travaillé dans de petites entreprises. Son fils habite Toronto et elle vit maintenant seule. Mériem est en réadaptation physique après qu'une très lourde boîte soit tombée sur son bras lors de son quart de travail. Sa physiothérapeute et son ergothérapeute s'inquiètent; cette blessure devait se replacer assez facilement à l'aide d'activités contrôlées. Toutefois, comme Mériem n'utilise pas du tout son bras, elle risque de développer des contractures entraînant des conséquences irrémédiables sur la coiffe des rotateurs². Elle est alors référée en psychologie pour un meilleur contrôle de la douleur. La lecture de son dossier ne fournit aucune information sur sa situation d'immigrante. Tout reste à découvrir malgré le fait que Mériem a passé par plusieurs intervenants et services de santé.

Mériem apparaît comme une femme gênée. Petite, elle tient son bras gauche avec sa main droite, un peu comme on tient un enfant. Sa voix est très faible. Elle parle peu français³. Étant la psychologue de référence, je ne peux avoir de discussions approfondies avec elle. Je l'informe qu'il me sera impossible de communiquer avec elle comme je l'aurais souhaité et que j'aurai donc besoin des services d'un interprète pour l'efficacité de la psychothérapie. Il me faut son

¹ Des éléments, ainsi que le nom, ont été changé afin de garder l'anonymat de cette cliente. J'utiliserai cette pratique pour la durée de la thèse

² Les contractures sont la conséquence de la tension inégale de muscles antagonistes. La contracture survient quand un membre n'est pas mobilisé et engendre de la douleur et un handicap. La coiffe des rotateurs est située à l'épaule où se joignent des muscles et des tendons. L'immobilité est dangereuse, car elle risque d'endommager l'articulation de l'épaule.

³ Selon la Banque interrégionale d'interprète, 32% de la population montréalaise a une langue unique autre que le français et l'anglais. Pour consulter le Rapport 2010-2011, suivre le lien suivant : publications.santemontréal.qc.ca/.../tx.../isbn978-2-89510-622-7.pdf

accord pour introduire une tierce personne à nos entrevues. Je parviens à savoir que Mériem est syrienne et chrétienne. Je vérifie si la présence d'un homme interprète ne la met pas mal à l'aise et qu'il n'existe pas d'autres restrictions. Il semble que non, mais je n'en suis pas certaine. L'entrevue se termine avant le temps alloué. Pour obtenir l'interprète, je dois demander l'autorisation de mon supérieur, car il n'y a pas de budget prévu à cette fin. Par ailleurs, ce service n'est pas défrayé par la CSST qui couvre les soins de Mériem, personne de mon institution n'ayant discuté cet aspect avec la CSST. L'autorisation nécessaire en poche, je contacte la Banque interrégionale d'interprètes de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal Centre. Un interprète, Sélim, me rappelle. Je lui donne quelques détails sur la situation de la cliente, tout en m'assurant qu'il ne la connaît pas, puisque la communauté syrienne est petite. Étant musulman, il me dit que les chances que ce soit le cas sont faibles. Je m'enquiers aussi si la distance ne sera pas un obstacle et qu'il aura la possibilité de se rendre à Lavoie. L'entente est conclue, nous nous verrons quelques minutes avant de rencontrer Mériem.

J'informe Sélim de mes objectifs de traitement. Il est déjà au courant de la procédure à suivre quant à l'approbation de sa présence. Mériem accepte sa présence et semble à l'aise. Je commence en m'intéressant à sa démarche prémigratoire et migratoire. L'information est difficile à obtenir, ce qui est fréquent dans ces entretiens, car nos représentations de la migration ne sont pas nécessairement les mêmes. J'apprends finalement qu'elle a fait des études littéraires et qu'elle aime particulièrement la littérature arabe. Je lui fais part des inquiétudes des intervenants et des conséquences graves de l'immobilité dans laquelle elle maintient son bras. Mériem se sent terrorisée, elle serre encore plus fort son bras contre elle. Je lui indique qu'elle pourrait bénéficier de la relaxation et lui propose de l'accompagner en physiothérapie. Mériem accepte ces deux propositions, mais dit se sentir plus à l'aise si l'interprète ne vient pas à la séance de physiothérapie. Je suis rassurée qu'elle soit capable de me faire savoir ce qui la rend à l'aise.

Pour commencer la relaxation, je lui demande de décrire l'environnement physique de son enfance. Cette étape est importante, car ces descriptions sont utilisées pour favoriser le processus de relaxation. Mériem me parle du citronnier près de chez elle. Cette image sera utilisée : odeur, texture, lieu physique. Quand je tente de connaître les personnes près de l'arbre, j'apprends que la mère de Mériem est décédée et qu'elle n'a pu se rendre à ses funérailles. Cette situation

m'inquiète. Nous avons noté dans notre équipe que lorsque les rituels de deuil n'ont pu être respectés, ce qui arrive souvent avec les clients immigrants, les douleurs chroniques s'installent plus facilement. Après l'exercice de relaxation, Sélim me dit qu'il ne manquait que la menthe pour faire une boisson typique très appréciée par les Syriens. Ce commentaire met un premier sourire sur les lèvres de Mériem. À la fin de l'entrevue, je contacte la physiothérapeute de Mériem pour lui demander si elle accepte que je vienne à son prochain rendez-vous avec la cliente. Elle me dit être soulagée de mon offre. Le rendez-vous est pris. Après le départ de Mériem, je prends quelques minutes pour recueillir les commentaires de Sélim. Selon lui, Mériem a une position typique de plusieurs femmes de son pays. Nous nous reverrons tous les trois jusqu'à la fin de l'intervention.

Le début de l'intervention est lent; deux des huit semaines allouées à ce type d'intervention sont déjà écoulées. Il faudra alors négocier chaque semaine pour prolonger l'intervention. Je rejoins donc Mériem chez sa physiothérapeute, Lin. Dès que cette dernière l'approche, elle se met à pleurer et à crier. Nous reprenons les exercices de relaxation alors que Lin explique doucement ce qu'elle va faire. Mériem accepte tranquillement qu'on la touche et que son bras soit manipulé. En nous basant sur notre expérience, Lin et moi avons prévu deux fois plus de temps pour cette thérapie. Je me rendrai à deux reprises dans la salle de physiothérapie pour aider la cliente à supporter qu'on la touche et pour m'assurer qu'elle puisse commencer à bouger son bras.

Puis, Mériem confie que ce qui lui manque le plus est de cuisiner. Son ergothérapeute, Nicole, peut enfin entrer en jeu. Elle est soulagée, car Mériem ne répondait pas bien à cette thérapie. Nicole trouve les moyens et les adaptations techniques nécessaires pour cuisiner d'une seule main, en attendant que Mériem récupère la fonction de son bras. Près d'un mois de traitement a été perdu, Nicole s'étant retirée ne pouvant *rien faire* avec elle. Elle tente donc de reprendre le temps perdu et propose une visite à domicile afin de rendre la cuisine plus fonctionnelle et d'évaluer l'aide dont Mériem pourrait bénéficier. Lors de sa visite, elle découvre que Mériem passe ses journées couchées, les rideaux tirés. Avec l'accord de la cliente, elle me transmet ses observations. J'apprends alors que Mériem n'a plus de contact avec sa communauté qui n'accepte pas son divorce, malgré que son entourage soit au courant qu'elle était victime de violences de la part de son mari. Même les contacts avec sa famille restée en Syrie sont difficiles, car ce divorce

défait des ententes importantes entre sa famille et celle de son mari. Ne pas être au courant de cette information ne me surprend pas; les rencontres individuelles avec les clients immigrants permettent rarement d'obtenir des informations significatives.

Il est urgent d'aider Mériem à établir de nouveaux contacts. La dépression générée par la douleur et possiblement par un deuil non résolu est amplifiée par l'isolement. Nous sommes à la fin de la réadaptation et les pronostics restent sombres. Mériem a trop tardé à mobiliser son bras; elle ne pourra retrouver qu'une partie de sa mobilité. Compte tenu de ses limitations, elle ne peut retourner à son travail antérieur et il lui sera difficile, voire impossible, d'en trouver un autre. Les barrières s'accumulent : barrière linguistique, manque de formation, handicap. La conseillère à la réadaptation de la CSST émet la possibilité d'un statut d'invalidité, ce qui est rare dans de telles conditions pour une personne née au Québec. Même si cela lui assure une rente minimale, Mériem se trouvera encore plus isolée. Il est alors urgent de cerner ses champs d'intérêt pour lui permettre de s'insérer socialement, sinon son état physique va se détériorer. Toutefois, Mériem ne se montre pas intéressée.

La littérature arabe devient alors un point d'ancrage important pour mobiliser son intérêt. Je découvre un roman de Naguib Mahfouz, *Le mendiant*, traduit en français. Nos discussions sur la littérature arabe permettent de découvrir que, malgré 15 ans de résidence dans son quartier, Mériem ne connaît pas les ressources locales : bibliothèque et centre de loisirs. Compte tenu de la dépression, de l'isolement et des détériorations physiques possibles, il est décidé, en accord avec la conseillère de réadaptation de la CSST, de mettre à la disposition de Mériem un éducateur, bien que cela soit inhabituel pour ce type de cas. Celui-ci lui fera connaître les ressources disponibles et s'assurera qu'elle puisse les utiliser. Par ailleurs, ses thérapies se poursuivent, bien que le temps alloué soit dépassé. La réadaptation aura duré quatre mois plutôt que deux. Toutefois, cette dernière étape s'est avérée essentielle puisqu'elle semble pour une première fois sortir de sa dépression et faire du progrès dans son traitement. Mériem a découvert la bibliothèque locale et d'autres auteurs arabes traduits. Malgré ses limitations en français, elle s'est inscrite à un club de lecture. Elle a même trouvé une librairie qui vend des livres écrits en arabe. Finalement, elle a commencé à utiliser la piscine de son quartier et pratique une activité de loisirs par semaine.

Lors de son congé, Mériem a apporté de la nourriture traditionnelle et des gravures de son pays d'origine. Si nous avions suivi les règles des codes d'éthique institutionnels, nous aurions dû refuser ces cadeaux. Heureusement, nos coordonnateurs avaient compris l'importance de l'échange dans le processus thérapeutique des clients immigrants. Pendant plusieurs années, Mériem a continué d'envoyer de petits cadeaux à Noël. La réadaptation physique a aussi permis à Mériem de mieux connaître les façons de faire dans un environnement physique, institutionnel et humain qu'elle ne connaissait pas (activités communautaires; insertion sociale; autonomie dans les déplacements; positionnement des femmes dans l'espace public). Il a été relativement facile d'adapter nos moyens habituels pour elle en utilisant une expertise en relations interculturelles qui a mené à revoir nos modes de fonctionnement et à mobiliser nos institutions en sa faveur. Malheureusement, malgré cette expertise, il n'est pas toujours aussi simple d'arriver à ce résultat, d'autres éléments rendant impossible la rencontre (Gratton, 2009).

Cette thèse n'est pas une thèse en anthropologie médicale, bien qu'elle utilise l'espace clinique comme lieu des rencontres interculturelles qu'elle étudie. Il est donc important de mettre en évidence les enjeux spécifiques à ce domaine du savoir avant d'entreprendre une tentative d'élaborer un cadre théorique interculturel. Dès les années 1970, des chercheurs en anthropologie de la santé, notamment Kleinman (1980), attirent l'attention sur l'importance de la culture dans l'expression de la santé et de la maladie. Les maladies sont étudiées en tant que représentations et pratiques, bien que l'intérêt demeure de parler de l'autre et de l'appréhender sous l'angle de ses différences (Fassin, 2000). D'un côté, Zempleni (1985) s'intéresse aux causes, aux origines et aux agents de la maladie chez les peuples « sans écriture ». De l'autre, Corin *et coll.* (1990) démontrent que les anthropologues peuvent aussi s'intéresser à leur propre société lorsqu'ils font ressortir l'influence de la culture sur les systèmes de signes, de sens et d'action dans la quête de soins en Abitibi.

Avec Good (1994), l'anthropologie postmoderne ouvre une deuxième voie en dépassant les travaux de Kleinman (1980) sur la recherche des modèles d'interprétation et de traitement de la maladie et en singularisant chacune des cultures étudiées. À partir de ce tournant, les recherches de l'anthropologie médicale se déplacent vers l'expérience dans une approche

phénoménologique. Les anthropologues s'intéressent aux récits des malades et aux représentations des médecins. Selon Fassin (2000), les anthropologues mettent alors en place des catégories d'analyse et des modes de compréhension qui débordent l'expérience clinique. Dans leur propre société, les anthropologues s'intéressent aux expériences des malades d'hier et d'aujourd'hui (Herzlish et Pierret, 1984), ou à une sociologie du corps, du handicap ou de la douleur (Le Breton, 1991a, 1991b, 1992, 2006). L'anthropologie questionne ainsi les rapports entre la culture et la clinique telles que le met en évidence le titre de la revue *Anthropologie et société* dirigée par Saillant et Genest (1990).

Fassin (2000) cherche à passer d'une anthropologie de la maladie à une anthropologie de la santé et identifie alors une troisième voie plus actuelle qui offre une lecture postmoderne. Il y voit une rupture qui remet en question une conception occidentale individualiste de la maladie et une construction substantialiste. Selon lui, cette troisième voie ouvre pour l'anthropologie médicale critique une perspective historique et contemporaine, notamment avec Taussig (1991) et Scheper-Hughes (1992) qui proposent une lecture radicale de la médecine coloniale et postcoloniale. Dans le monde contemporain, les identités hybrides (Laplantine et Nouss, 2008) se confrontent et se construisent à partir d'univers créolisés (Bibeau, 1997) influencés par des rapports de force locaux et internationaux et des sociétés de plus en plus dominées par des experts en gestion (Bibeau, 2004).

Dans cette nouvelle économie du savoir (Fassin, 2000), Bibeau (1997) appelle à une conceptualisation renouvelée d'une psychiatrie socioculturelle qui tiendrait compte des complexités culturelles, de la créolisation et des frontières. Dans ce contexte créolisé (*idem*), la clinique occidentale est traversée par une diversité dans la rencontre du clinicien et de l'utilisateur et devient un espace social de négociations des savoirs, des normes et des valeurs, ayant un impact sur la relation entre le soignant et le soigné (Fortin, 2006). Ceci dit, plusieurs anthropologues médicaux comme Singer (1989), Scheper-Hughes (1990) et Fainzang (2001) considèrent que la position postmoderne risque de mener à une dépolitisation de la santé et au rejet de la constitution d'une anthropologie médicale critique, au détriment d'une meilleure connaissance de l'être humain.

Ces approches critiques appuient l'analyse de Farmer (2004) et le projet de Fassin (2012) qui tentent de porter un regard local et culturel sans pour autant perdre de vue l'échelle de l'économie politique :

Là où l'ethnologue portait un regard sur des scènes locales et avec les lunettes de la culture, il s'agit de concevoir une économie politique de la maladie, dans laquelle les rapports de force internationaux trouvent leur place, dans laquelle le rôle des institutions médicales est soumis à l'analyse, dans laquelle enfin, le rôle du chercheur lui-même fait l'objet d'une plus grande vigilance. (Fassin, 2000, p. 98)

Selon Fainzang (2001), alors que le savoir de l'anthropologie médicale semblait mieux cerner les enjeux contemporains, l'intérêt accordé au pluralisme médical des sociétés du Tiers Monde pénétrées par la biomédecine se déplace. Young (1990), en particulier, s'intéresse aux contextes pluriethniques qui, selon lui, rendent criantes les limites de l'applicabilité du concept de « modèle explicatif de la maladie » développé par Kleinman (1980). Pour le chercheur, ce concept donne lieu à un réductionnisme cognitif associant un ensemble de croyances distinctes des croyances biomédicales à un groupe ethnique hors de son contexte d'origine (Young, 1990; Fainzang, 2001). D'après Fainzang, les croyances médicales de chaque individu sont des combinaisons de connaissances biomédicales et non médicales ainsi que de savoirs populaires et savants.

Ce bref regard posé sur l'anthropologie médicale est suffisant pour mettre en lumière les défis rencontrés par les anthropologues contemporains qui s'intéressent à ce champ d'études. On y observe le développement d'un savoir solide sur divers systèmes de représentation et la remise en question du modèle hégémonique occidental. Ensuite, une attention particulière est accordée à l'expérience, autant à celle des malades qu'à celle des cliniciens. L'institution et la clinique deviennent des objets d'analyse majeurs. Un regard critique se pose sur les pratiques médicales, sur les praticiens et sur les chercheurs. Enfin, la lecture politique de la maladie survient au moment où un regard global se pose sur des sociétés en mutation qui ont décidé de se reproduire grâce à l'immigration.

Pourtant, toutes ces recherches s'intéressent peu, voire ne s'intéressent pas, aux interactions entre les intervenants et les clients immigrants et aux informations échangées dans les contextes

pluriethniques. Aucune ne tente de cerner les savoirs qui se développent au quotidien (Giddens, 1994) dans ces nouveaux espaces de rencontres interculturelles et très peu tentent de connaître les conditions de ces rencontres (Perregaux et coll., 2008). Les objets d'étude des anthropologues se sont transformés (Friedman, 1994). Les sociétés contemporaines sont devenues perméables et hétérogènes. Ouvertes aux jeux de force, elles sont résistantes aux tentatives de systématisation, à un point tel que les anthropologues ont de la difficulté à les qualifier et à s'entendre sur leurs caractéristiques propres. Selon Balandier, les théoriciens postmodernes s'accommodent plutôt bien de ce manque de savoir. Pour le chercheur français, l'approche postmoderne amène une tendance en sciences sociales et en anthropologie à se satisfaire d'un déficit d'interprétations et à se sentir à l'aise dans un chantier de déconstructions où « la hiérarchie des connaissances et des valeurs, les systèmes de significations, les paradigmes et les modèles sont mis en pièce » (Balandier, 1989, p. VII). Pourtant, il y aurait aussi une société « surmoderne » (Augé, 1992) où coexistent des lieux de sens porteurs d'identifications, de relations et d'histoires et des non-lieux qui ne portent plus les identifications, les relations et les histoires, entraînant un excès de sens, voisin de non-sens. Toutefois, je me demande si la coexistence des lieux et des non-lieux ne serait pas aussi le signe de l'existence simultanée de lieux de modernité et de postmodernité.

Plus de 25 ans après les remises en question du livre *Writing Culture*, James Clifford (2012) critique les recherches anthropologiques qui se sont contentées d'analyses de pouvoir. Étant l'un des instigateurs de la crise de la représentation en anthropologie, il fait maintenant appel à davantage d'analyses épistémologiques, en écho à d'autres chercheurs qui écrivent depuis un courant théorique complémentaire (Fabian, 2002; White, 2012a). Pour Le Moigne, on doit se demander :

Quelles consciences ont ou devraient avoir les scientifiques et les citoyens des fondements et des méthodes légitimant les connaissances valables que les uns et les autres produisent, interprètent et transforment en permanence... et qui connaissent des réponses différentes selon les cultures dans lesquelles elles sont réfléchies. (Le Moigne, 2007, p.6)

Ainsi, on peut poursuivre ce questionnement en interrogeant la légitimité des positions contradictoires, par exemple celles des intervenants et des anthropologues en regard du concept de culture qui semble être à la base de tant d'inconforts et de débats.

La recherche présentée dans cette thèse a débuté il y a plus de quinze ans. À l'époque, j'étais intéressée par un nouveau phénomène dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec : l'intervention auprès de clients de différentes origines ethnoculturelles. Ce phénomène amenait des demandes pour des formations en relations interculturelles. D'aucuns pourront être étonnés par un intérêt si tardif, mais rappelons-nous que ce n'est qu'en 1976, avec l'élection du Parti Québécois et avec la restructuration du système scolaire, que les enfants immigrants firent officiellement leur entrée dans les écoles catholiques françaises de l'île de Montréal (McAndrew et Proulx, 2000). Auparavant, les enfants immigrants en âge d'être scolarisés fréquentaient systématiquement le système scolaire anglophone et protestant, car ils étaient refusés dans les écoles francophones. Cette situation est documentée par Pierre Anctil (1988) dans son ouvrage *Le rendez-vous manqué*. Ce livre expose les multiples tentatives infructueuses des communautés juives de Montréal pour créer des alliances avec la société canadienne-française en éducation. La recherche d'Anctil démontre que « la gestion de la diversité » ne date pas d'hier et que les politiques publiques actuelles ont à gérer non seulement les changements de population présents, mais aussi les conséquences des erreurs du passé.

En moins de dix ans, le réseau de l'éducation connaît une transformation importante alors que les enfants immigrants et leurs parents se retrouvent dans une nouvelle structure organisationnelle. L'entrée des enfants immigrants dans le réseau scolaire francophone correspond en même temps à leur entrée dans toutes les autres institutions de la société canadienne-française, notamment la santé et les services sociaux. Les parents des enfants nouvellement arrivés commencent aussi à utiliser les institutions francophones, alors que ceux qui reçoivent déjà des services du côté anglophone y demeurent. À la suite d'une politique d'encouragement de l'immigration pour pallier une baisse de natalité dans la province de Québec, le quota à l'immigration annuelle a doublé entre les années 1980 et 2010, passant de 22 591 immigrants reçus à 53 981. Ce flux de nouvelles populations engendre une transformation rapide de la région montréalaise et des clientèles de ses institutions.

Face à cette arrivée de nouvelles populations, le milieu de la santé met en place dès 1989 un plan d'action ministériel sur l'accessibilité des services aux communautés culturelles. Ce plan d'action, toujours en vigueur, comprend les aspects suivants : l'utilisation d'interprètes, la

formation des intervenants et le recrutement de personnel de différentes origines ethnoculturelles. Les hôpitaux pour adultes de Montréal sont touchés par ces changements au rythme de l'établissement des nouvelles populations immigrantes dans les différents quartiers de Montréal. Six quartiers connaissent les plus grands changements liés à l'immigration, par exemple les quartiers Côte-des-Neiges et Parc-Extension reconnus depuis toujours pour leurs populations multiethniques. Ainsi, avant 1976, ce sont uniquement les institutions anglophones qui ont comblé les besoins de ces populations. Au milieu des années 1990, c'est le territoire Bordeaux-Cartierville qui connaît une arrivée massive de populations immigrantes, particulièrement du Maghreb.

À cette époque, la Direction des soins infirmiers de l'Hôpital Sacré-Cœur m'approche pour former son personnel dans le cadre du Plan d'action pour les communautés culturelles du MSSS. Des infirmières me demandent alors de les aider à mieux comprendre les défis posés par les limites de leurs savoirs habituels et manifestent le désir de développer des savoirs plus efficaces afin de répondre aux nouveaux besoins de leurs clientèles. Leur questionnement est en avance sur celui de l'OMS qui ne produit qu'en 2000 les orientations concernant la *réactivité*, définie comme la capacité des systèmes de santé à répondre efficacement aux besoins de populations changeantes. À l'époque, je termine mes examens de doctorat en anthropologie sur une étude comparée de l'installation à Montréal des juifs ashkénazes et des Canadiens français de 1900 à 1950. Je propose à mes directeurs de thèse de modifier mon sujet afin de mieux comprendre le développement de nouveaux savoirs par les infirmières dans un contexte de pratique pluriethnique. Nous explorons cette avenue en collaboration avec un codirecteur du département de psychologie, puisque cette recherche se dirige vers la communication interculturelle.

Je propose alors de recueillir des données à partir d'observations, d'échanges informels et d'entrevues individuelles plus structurées avec du personnel infirmier. Je souhaite mettre en évidence les défis rencontrés et les adaptations nécessaires pour répondre à ces défis. À mon grand étonnement, et malgré la bonne volonté des professeurs intéressés par mon projet, il n'est pas possible de penser un cadre théorique à partir d'une approche moderne, toujours prédominante à l'époque. Après avoir consulté leurs collègues, les professeurs me rapportent que l'objet de ma recherche n'est pas anthropologique. On me propose de réduire la recherche aux

contacts des infirmières avec des patients d'une seule origine ethnoculturelle, d'un seul pays ou d'une seule zone, soit urbaine ou rurale, mais de préférence rurale. On retrouve ici le projet moderne qui tente de réduire son objet d'étude afin de mieux le cerner.

Je ne peux m'y résoudre, pour des raisons théoriques et méthodologiques. Je comprends les difficultés liées à la pensée de la complexité, mais comment m'assurer qu'il y ait assez de clients immigrants du lieu sélectionné pour que cette recherche soit représentative? Cette orientation me pose aussi un problème de fidélité et d'adéquation à une réalité dont je veux traduire la richesse. L'enjeu principal des interventions en contextes pluralistes consiste en effet à connaître les limites des interventions habituelles et la présence de particularités dont on doit tenir compte pour certains groupes spécifiques. Devant les limites des ressources théoriques de l'époque, je préfère renoncer à mes études et me consacrer à mon travail de psychologue, où j'ai moi-même de plus en plus de clients issus de l'immigration. Parallèlement, je poursuis mon travail de formatrice et de consultante en relations interculturelles auprès des employés, des professionnels et de gestionnaires du réseau de la santé ainsi que dans d'autres milieux, par exemple les milieux communautaires et juridiques.

Mon intérêt pour les nouveaux savoirs exigés par les soins et les services auprès de populations immigrantes dirige ma carrière professionnelle. Depuis 2000, à l'Hôpital Juif de Réadaptation (HJR) de Laval, j'ai développé dans le cadre de mon travail de psychologue une expertise en neurologie, en gériatrie, en contrôle de la douleur et en gestion des traumatismes. Mon mandat s'étend et comprend un rôle de consultante en relations interculturelles auprès des intervenants et des gestionnaires faisant partie du réseau de la réadaptation physique. En 2005, j'obtiens des fonds de recherche pour mieux comprendre les préoccupations et les attentes des trois acteurs/sujets sociaux impliqués dans la réadaptation physique en contextes pluriethniques. La grande quantité de données recueillies m'amène encore une fois à chercher un cadre théorique satisfaisant (voir chapitre 1). À mon retour en 2008, bien après les vagues consécutives de la critique postmoderniste que j'ai manquées lors de mon premier parcours d'étudiante, je réalise que ces critiques ne permettent pas plus une ethnologie des dynamiques interculturelles dans le contexte de la santé. Il apparaît impossible d'utiliser le terme « culture » et le terme

« interculturel » semble être tabou pour les anthropologues⁴. Par ailleurs, les orientations proposées se centrent sur le pouvoir, surtout le pouvoir colonial et le pouvoir des intervenants. La rencontre des savoirs pose des questions épistémologiques s'approchant de celles d'anthropologues herméneutes comme Bateson (1984) et Devereux (1980) qui trouvent de plus en plus leur place dans les analyses anthropologiques (voir chapitre 3).

Un vieux proverbe juif dit : « devant deux choix, il vaut mieux prendre le troisième ». C'est ce que je me propose de faire : élargir les cadres théoriques offerts à l'anthropologie des contextes pluriethniques. Comment le faire? Bien qu'une approche historique et critique soit nécessaire, il n'est pas possible de le faire de façon linéaire ou chronologique. Une approche épistémologique semble plus capable de souligner les apports et les limites des théories anthropologiques, de cerner la complexité des interactions entre des personnes venues d'horizons différents (White, 2012a; Zenker et Kumoll, 2010) et de réfléchir, dans cette recherche, à partir des actes posés par les professionnels de la santé et les clients immigrants. Dans cette analyse épistémologique, je tente de mettre de l'avant l'importance de l'anthropologie pour la réflexion sur certaines dynamiques propres aux rencontres interculturelles. Je circonscris cette démarche épistémologique et historique à l'Amérique du Nord et à trois courants dominants (moderniste, postmoderniste et interactionniste ou herméneutique), prenant en compte les différentes traditions (Gadamer, 1976) (chapitre 2) sans réduire leurs complexités et histoires respectives.

Les travaux de Devereux (1982) et de Bateson (1984) apparaissent particulièrement pertinents pour aborder les dynamiques interculturelles. C'est d'un Bateson mieux connu en communication avec l'école de Palo Alto (Bateson et coll., 1981; Wittezaele et Garcia, 1992) qu'en anthropologie qu'émerge cette analyse préliminaire. Pour Bateson et ses collègues, la communication est appréhendée comme la culture en action. Bateson est également à l'origine des épistémologies constructivistes (Le Moigne, 2007) permettant de porter un regard historique et critique sur le développement de l'intérêt pour la notion de culture en santé et aidant à démêler l'influence de l'anthropologie sur les savoirs interculturels. Finalement, cette approche critique permet de faire apparaître les points de contacts et de ruptures entre l'anthropologie et l'étude des dynamiques interculturelles.

⁴ White et coll., 2012, *Anthropology and The Intercultural Taboo: from Estrangement to Ethics*. Panel AAA.

À la suite de cette première analyse, il devient possible de compléter un début de cadre théorique (chapitre 3) qui fait dialoguer des anthropologues et des intervenants ayant suivi des formations en relations interculturelles. Dans le prolongement du chapitre sur l'épistémologie, cette démarche se construit sur les approches modernistes, postmoderniste et interactionniste. Chez les modernistes, Geertz et Keesing sont sollicités; chez les postmodernistes, Appadurai et Friedman sont mobilisés. Le mouvement interprétatif américain est également mis à profit, car c'est depuis ce lieu du savoir que la notion de culture est la plus discutée et débattue, même par ceux qui la rejettent. À la suite de ce débat, il devient possible de proposer une troisième voie à partir d'une expertise de l'agir fondée sur une éthique relationnelle (Habermas, 1999; White, 2012a). Cette démarche théorique propose une nouvelle approche anthropologique pour cerner les réalités complexes des dynamiques interculturelles et pour ensuite étudier les savoirs qui se développent dans un champ à la fois théorique et pratique. Après avoir construit un cadre théorique adéquat, il devient possible de décrire le contexte ethnographique des rencontres interculturelles dans le milieu de la santé et plus spécifiquement, dans celui de la réadaptation physique.

Bien que les observations recueillies proviennent du milieu de la santé, cette recherche ne prend pas pour cadre, je le répète, l'anthropologie médicale. Elle aurait pu se dérouler dans tout autre milieu pluraliste, c'est-à-dire presque partout dans la société contemporaine d'un Québec qui baigne dans la diversité. Il y a toutefois un avantage essentiel à explorer cette nouvelle question de l'anthropologie à partir du milieu de la santé. Comme Latour (2004) l'a constaté lorsqu'il a été malade, la santé ne peut être réduite au discours, ni le corps à un texte (Scheper-Hughes, 1990), facilitant l'introduction de nouvelles réalités dont le seul discours ne peut rendre compte. C'est aussi l'avantage d'aborder les rencontres interculturelles à partir des actes à poser. Ma question de recherche ne se situe pas davantage dans une théorie de l'action sociale, comme le ferait Bourdieu (Bourdieu, 1996). Finalement, bien qu'elle y fasse référence, cette étude ne s'inscrit pas en anthropologie des organisations et ne s'intéresse pas de façon particulière aux notions d'identité (Abou, 1981; Friedman, 1994, 1995; Galissot, 1987; Meintel, 1993) et d'intégration (Fortin, 2000; Labelle et coll., 2007).

Les résultats de cette recherche concernent principalement les dynamiques interculturelles et mettent en lumière les rencontres entre le personnel de deux acteurs institutionnels, soit les centres de réadaptation et les tiers payeurs (SAAQ et CSST), et les clients immigrants travailleurs. Leurs rencontres soulèvent des questions sur les savoirs, anciens, nouveaux, populaires et savants; leur valeur et leur légitimité; ainsi que sur ceux nécessaires pour cerner les réalités vécues dans les contextes pluriethniques de ces institutions. Pour ce faire, j'interpelle l'épistémologie et l'anthropologie afin qu'elles puissent aider les personnes concernées à répondre aux questions interculturelles suivantes :

- Quelles sont les caractéristiques des soins et des services pour des groupes particuliers (société d'accueil et pays d'origine)?
- Comment s'organisent les bénéficiaires lorsqu'ils ne connaissent pas les soins et les services offerts, mais qu'ils en ont besoin?
- Quelles dynamiques sont à l'œuvre lorsque les intervenants ont à communiquer ou à intervenir avec des personnes qui ne partagent pas leurs systèmes de référence, c'est-à-dire des clients qui ne connaissent pas les systèmes de soins ni les services?
- Que se passe-t-il lorsque les intervenants ont à communiquer et à intervenir avec des clients dont ils ne connaissent pas les façons spécifiques de faire et de s'organiser?
- Comment les institutions s'organisent-elles pour encadrer du personnel et des clients qui ne connaissent pas leurs façons mutuelles de faire et de s'organiser?

Après l'élaboration du cadre théorique, il apparaît nécessaire de bien décrire le contexte ethnographique. Je propose tout d'abord de poser un regard global sur le problème de la pluralité, tel qu'appréhendé par les différentes traditions de la santé en Occident. Dans cet espace, les rapports entre la communication interculturelle et la communication internationale sont plus étroits qu'il n'y paraît à première vue (Agbobli et Hsab, 2011; Hsab et Stoiciu, 2011). Il se tisse aussi des liens serrés entre le secteur privé et le secteur public (Galbraith, 2004) ainsi qu'entre

une économie locale basée sur des travailleurs immigrants que les institutions locales doivent prendre en compte et une économie globale fournissant ces travailleurs (Côté et coll., 2012b). De la même manière, le secteur privé global s'infiltré dans la gestion du secteur public et des politiques nationales (De Gaulejac, 2005), ramenant cette étude aux politiques canadiennes sur le travail et la santé. Une étude des politiques d'accessibilité aux soins et services met en évidence leur enracinement national, historique et social ainsi que l'influence des approches des droits de la personne et des politiques de gestion de la diversité (chapitre 4). Cette description macro donne sens aux rencontres interculturelles dans les institutions de réadaptation physique, dont les savoirs restent imperméables (Barth, 2002) malgré la porosité des frontières ethniques (Barth, 1995).

Organisation de la thèse

En s'intéressant aux actes à poser dans les contextes pluriethniques, cette thèse suit une structure à deux niveaux. Au premier niveau, elle s'intéresse aux actes. Au deuxième niveau, elle est rédigée selon un modèle systémique et contextuel propre aux compétences interculturelles (Gratton, 2009). Le contexte ethnographique et l'ethnographie prennent une forme connue de la communication interculturelle (Das, 1993; Cohen-Émérique, 1993), en se centrant sur son propre système culturel pour ensuite se décentrer et étudier les rapports avec l'autre. Le contexte ethnographique (Partie II) décrit les politiques de santé en Amérique (États-Unis, Canada et Québec), faisant apparaître leur tradition spécifique (chapitre 4) et, finalement, le milieu de la réadaptation (chapitre 5). Comme nous le verrons, ce sont sur les multiples actes quotidiens à poser que se centrent les préoccupations des acteurs sociaux et leurs attentes de changement. Afin de s'initier aux contextes de la réadaptation physique (chapitre 5), l'organisation structurelle de ce milieu d'intervention est présentée pour saisir les logiques de la structure organisationnelle et de cette approche thérapeutique. Je m'attarde ensuite aux modèles disciplinaires de la réadaptation physique et à leurs rapports multidisciplinaires et interdisciplinaires. La présentation des agents tiers et des clients complète la description de ce champ social où s'observent des interactions socialement assignées à chacun des trois acteurs/sujets (Foucault, 1976, 1993). Le déplacement topographique dans l'observation des différentes positions fait apparaître un milieu de la réadaptation pluriel qui répond aux normes canadiennes d'accessibilité des soins et des services. Ce modèle de pratique est toutefois pensé pour des personnes de la société d'accueil

ayant des limitations fonctionnelles et non pour celles issues de l'immigration. Ce constat pose certains enjeux des contextes pluriethniques actuels et est validé par des personnes du réseau de la santé et du milieu communautaire (chapitre 1).

Dans les chapitres ethnographiques de la thèse (Partie III), je m'intéresse aux gestes ordinaires, aux actes qui passent souvent inaperçus (Fassin, 2012) dans une étude des pratiques, c'est-à-dire de l'action (Mendel, 1998). La description ethnographique (chapitres 6, 7, 8, 9) s'intéresse aux préoccupations et aux attentes des acteurs/sujets sociaux impliqués dans les relations interculturelles. La centration (chapitre 6) décrit le travail tel qu'il se réalise au quotidien avec des clients issus de la société d'accueil, soulignant la rupture entre les modèles de pratique, les actions et les actes. Dans ce premier chapitre de l'ethnographie, l'autonomie, le temps et la douleur sont dévoilés comme des nœuds (Émoungou, 1997), des lieux où se concentrent les échanges du milieu influencés, voire transformés, par les dynamiques interculturelles. La description des contextes pluriethniques commence au chapitre suivant. Le chapitre 7 rend compte des positions personnelles et intersubjectives des participants, clients immigrants, intervenants et agents tiers, qui n'échappent pas aux influences internationales, nationales et institutionnelles. Les chapitres 8 et 9 mettent en évidence les barrières reconnues dans l'intervention en contextes pluriethniques (Gravel et Battaglini, 2000), celles dites objectives (chapitre 8) et celles qui sont culturelles (chapitre 9).

L'analyse que je présente (chapitre 10) s'intéresse ensuite aux conséquences immédiates de la multitude et du multiple. Le regard se pose sur la communication entre les acteurs/sujets sociaux étudiés, aidant à comprendre les mécanismes institutionnels qui maintiennent l'imperméabilité des structures face à la diversité de leurs populations (Barth, 2002) et malgré les objectifs de réactivité (2000) et les préoccupations et attentes des acteurs sociaux. L'étude de la circulation de l'information est le pôle central de l'analyse qui m'amène à m'intéresser aux rapports entre la connaissance et les préjugés (Gadamer, 1976). Ces deux analyses sont essentielles pour comprendre l'intersubjectivité dans les contextes pluriethniques, les tensions entre l'anthropologie et les relations interculturelles ainsi que les compétences nouvelles que souhaitent développer les acteurs/sujets sociaux à partir de leurs actes quotidiens (Giddens, 1994).

La conclusion resitue la problématique interculturelle en anthropologie et fait voir la complémentarité de tous les savoirs anthropologiques passés et présents pour répondre aux enjeux sociaux, politiques et économiques, voire écologiques, actuels. Étudier les dynamiques interculturelles à partir des actes à poser dans les contextes pluriethniques tout en tenant compte des points de vue des trois acteurs/sujets sociaux impliqués en réadaptation physique nous apprend que les relations interculturelles doivent être analysées depuis plusieurs contextes emboîtés les uns dans les autres. Le contexte des rencontres interculturelles en réadaptation physique apparaît alors comme un lieu de tensions entre un pouvoir disciplinaire (Foucault, 1993) et un pouvoir cosmopolite (Friedman, 1994, 2000; De Gaulejac, 2005). La gestion est la pierre angulaire (De Gaulejac, 2005) d'un pouvoir entrepreneurial, le plus souvent cosmopolite, qui demande à revoir les rapports entre les approches postmodernistes et le cosmopolitisme. Mettre en évidence la gestion dans le fonctionnement des institutions permet d'en comprendre les opérations et leurs combinaisons. Dans le cadre de cette étude, cela permet de donner du sens aux rencontres interculturelles dans les institutions de réadaptation physique et de saisir le contexte où elles se déroulent.

Suivant un questionnement fréquent dans le domaine de la santé, cette thèse pose la question du moment et de la façon de nommer ces différences sans porter atteinte aux immigrants et à la société d'accueil. Les données générées par cette recherche soulignent l'insuffisance du modèle de discrimination pour rendre compte des phénomènes observés dans les contextes pluriethniques (chapitre 4). Le modèle du complémentarisme proposé par Devereux (chapitre 2) aide à sauvegarder l'expertise développée par les institutions – santé, justice, droits de la personne – et le savoir des disciplines de la réadaptation physique pour y adjoindre une analyse anthropologique rendant plus efficace l'intervention en contextes pluriethniques.

En ce qui a trait aux services aux populations immigrantes et aux actes à poser (chapitre 3) par les immigrants et par les professionnels de la santé, cette recherche nous apprend que les facteurs culturels ont un impact, non seulement sur l'accessibilité des services, mais aussi sur leur adéquation et sur leur équité. Cette problématique renvoie à la réactivité des services (OMS, 2000) et exige une étude à plusieurs niveaux d'analyse (Bateson, 1984) : échelles universelles, culturelles/sociales et individuelles.

CHAPITRE 1 : DÉMARCHE DE TERRAIN

Deux époques, deux recherches

Cette thèse découle d'une recherche réalisée entre 2005 et 2007 dans le cadre d'un prix pour clinicien décerné par l'Hôpital Juif de Réadaptation à Laval (HJR), où j'exerce toujours à titre de psychologue et de consultante en relations interculturelles auprès des intervenants et des gestionnaires. Déjà à l'époque de cette recherche, HJR manifeste une volonté de cerner les besoins de sa clientèle migrante et des intervenants qui y sont confrontés en me donnant un mandat de consultation et d'évaluation des besoins auprès des intervenants et des gestionnaires de divers services. Mon intérêt pour les préoccupations et les attentes des divers partenaires (clients, intervenants et agents tiers) impliqués dans la réadaptation de clients en provenance de diverses communautés ethniques existe aussi à cette époque, à la suite de mes expériences professionnelles.

Cette première recherche est rendue possible grâce à une structure institutionnelle qui favorise les partenariats de recherche entre les cliniciens et les chercheurs du centre de recherche local, centre qui fait partie du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR). Le CRIR est un regroupement de chercheurs de différentes universités de la grande région montréalaise, dont l'Université de Montréal. Chaque année, la Fondation de cet hôpital subventionne des cliniciens sélectionnés afin qu'ils soient libérés de leurs tâches cliniques un jour par semaine pendant un an. La subvention m'est accordée en 2005, mais les règles de fonctionnement stipulent que les besoins cliniques ont préséance sur la recherche. Ma recherche s'étale donc sur deux ans. Cette structure de collaboration entre clinicien et chercheur prévoit qu'un chercheur du centre de recherche s'associe à chaque clinicien sélectionné en vue de s'assurer que la recherche clinique réponde aux exigences scientifiques.

Pour répondre à cette condition, la Dre Isabelle Gélinas accepte généreusement de collaborer à la recherche. La Dre Gélinas est professeure au département de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill, chercheuse au CRIR et membre du Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement (GIRAFE). Le premier protocole de recherche

reçoit son certificat d'éthique du comité d'éthique du CRIR en 2005. La cueillette de données se déroule entre 2005 et 2006. Puis, un deuxième certificat d'éthique est demandé au CRIR pour une utilisation secondaire de ces données par la présente thèse. Ce sera la deuxième recherche. Je m'attarderai pour le moment à préciser les caractéristiques de la première recherche et de sa réorganisation pour satisfaire aux exigences du doctorat en anthropologie.

1.1 Première étape de recherche

Titre de la recherche : *Préoccupations et attentes des différents partenaires impliqués dans la réadaptation de clients en provenance de diverses communautés ethniques*

Les paragraphes qui suivent présentent les points saillants de cette première recherche en modifiant certaines informations afin de protéger l'anonymat des participants et des sites de recherches. Deux sources principales de données sont exploitées : une très courte recension des écrits et des groupes de discussion, « focus group », auprès d'informateurs clés.

1.1.1. Objectifs

Cette recherche de nature exploratoire et qualitative vise à mettre en évidence les phénomènes interculturels à partir d'interactions quotidiennes. L'intérêt se porte sur les discours des acteurs/sujets sociaux afin de cerner les cohérences et les incohérences des différents points de vue des partenaires lorsqu'ils interagissent dans des réalités pluriethniques. Certains thèmes abordés concernent les participants des trois groupes, par exemple la compréhension, l'orientation et la vision de la réadaptation, les facilités et les difficultés rencontrées, les attentes des uns par rapport aux autres.

1.1.2 Faisabilité

Mon expérience de chercheuse combinée à celle de la Dre Isabelle Gélinas et à son affiliation au CRIR rendent possible le recrutement de patients dans tous les centres de réadaptation affiliés à ce centre de recherche. L'intérêt de plusieurs intervenants et agents tiers pour le projet lors des formations en relations interculturelles facilite aussi le recrutement. J'ai donné cette formation à Laval et à Montréal jusqu'en 2008. J'ai aussi participé à la diffusion du programme-cadre de formations en relations interculturelles du MSSS pour les Agences de la Santé et des services sociaux. Cette fonction m'a permis d'échanger avec près de 2500 intervenants, dont des intervenants en réadaptation, avant de concevoir le protocole de cette recherche.

1.1.3 Recension des écrits

Cette première recherche est influencée par une recension des écrits portant sur l'accessibilité des soins et des services et par le modèle proposé par Mercier (2004) qui s'intéresse au sens de l'émancipation de la personne handicapée. Ce chercheur se penche sur l'identité des handicapés et propose l'existence de trois types de communication essentiels et complémentaires qui permettent de dégager une éthique de la communication. Ces trois types de communication sont : l'agir objectivant, l'agir communicationnel et l'agir émancipatoire (chapitre 3). Deux grandes approches guident aussi cette première étape de recension des écrits : l'épidémiologie des limitations physiques et des maladies spécifiques aux immigrants et aux personnes issues des communautés ethnoculturelles et la spécificité des problèmes rencontrés en réadaptation dans les contextes de pratiques pluriethniques et des écarts dans les services offerts et reçus.

Cette dernière littérature vient des États-Unis, comme nous le verrons au chapitre 3 avec la consultation du moteur de recherche *Medline*, le plus consulté en 2005 en réadaptation physique. On ne retrouve aucune recherche sur la réadaptation et les immigrants au Canada, une réalité conforme à la tradition canadienne de l'accessibilité des services pensée en termes linguistiques et géographiques et non ethnoculturels. Les recherches de Battaglini (2005) qui s'inscrivent dans un modèle interculturel sont aussi prises en compte. Ce chercheur dénombre trois barrières dans les contextes pluriethniques : barrières linguistiques, valeurs différentes et méconnaissance du

système médical. Ces trois barrières demanderaient 40 % plus de temps de travail aux intervenants en contextes pluriethniques.

Une recension des écrits sur la réadaptation et l'immigration est réalisée par une bibliothécaire de HJR à l'aide d'index bibliographiques et du réseau Internet. Les index bibliographiques consultés sont Medline et Google Scholar. Les principaux mots-clés utilisés sont : Occupational Therapy Rehabilitation, Physical Therapy Modalities, Physical Rehabilitation, Exercise Therapy, Emigrants and Immigrants.

1.1.4 Méthodologie

Selon Statistiques Canada, un immigrant est une personne née à l'étranger. Les recherches sur la diversité comprennent aussi des recherches sur les enfants d'immigrants, dits de deuxième et de troisième génération. Ces populations, tout comme les enfants et les adolescents, sont exclues de cette recherche. Trois groupes composés de six à dix participants sont formés : 1) un groupe de patients/clients/personnes immigrantes de diverses provenances culturelles; 2) un groupe d'intervenants avec une représentation multidisciplinaire; 3) un groupe d'agents tiers payeurs de la CSST et de la SAAQ. Lors des rencontres, les participants sont amenés à identifier leurs préoccupations et leurs attentes sur les services de réadaptation en contextes pluriethniques. D'autres thèmes plus spécifiques aux immigrants, par exemple leurs perceptions du processus de réadaptation et la prise en charge par les tiers payeurs, sont aussi explorées. Pour cette recherche, j'ai utilisé divers outils méthodologiques : bandes audio; données sociodémographiques; résumé des faits saillants; observations de la cochercheuse; verbatim. Il était prévu d'utiliser un logiciel de traitement des données et de gestion d'information pour l'analyse de contenu (NUDIST).

1.1.4.1 Critères d'inclusion

Le premier groupe concerne des clients adultes de 25 à 55 ans de diverses provenances culturelles afin d'avoir la plus grande distribution possible de patients adultes qui s'expriment assez bien en français, malgré l'exclusion que cela crée. Il aurait été idéal d'inclure des patients ne parlant pas le français de façon courante, mettant surement en évidence le besoin d'interprètes et les écarts culturels plus grands. Bien que cela réponde à nos objectifs exploratoires, la faisabilité du projet

amène à nous limiter. La courte durée de cette recherche, un jour par semaine pendant un an, ne permet pas la mise en place de telles ressources. À titre de critères, les clients doivent aussi avoir reçu des indemnisations de la SAAQ ou de la CSST et être en fin de réadaptation ou avoir reçu de la réadaptation depuis moins de deux ans.

Le deuxième groupe se compose d'intervenants en centre de réadaptation avec une représentation multidisciplinaire (physiothérapie, sciences infirmières, psychologie, travail social et ergothérapie). La dimension pluridisciplinaire vise à mieux cerner les réalités communes à l'intervention auprès de migrants tout en gardant une vision large de ce contexte spécifique et pluriel. Les intervenants sélectionnés doivent s'exprimer couramment en français. Le français langue maternelle n'est pas nécessaire pour la recherche qui se contente du français comme langue d'échange. Les intervenants choisis ont une expérience professionnelle d'au moins trois ans et auprès d'au moins dix clients migrants.

Le troisième groupe est celui des agents tiers payeurs, c'est-à-dire des agents de la Commission de la santé et sécurité au travail (CSST) ou de la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), deux organismes qui coordonnent les interventions si les blessures résultent du travail ou de la route. Encore une fois, il s'agit d'explorer une plus grande variété de situations. Comme pour les intervenants, ces agents doivent pouvoir utiliser le français comme langue d'échange, avoir trois ans d'expérience dans leur travail et avoir été en contact avec au moins dix clients migrants. L'inclusion de tiers payeurs représente un apport original, car cela permet de tenir compte du discours d'un acteur privilégié en réadaptation physique. La présence de cette autre institution sert aussi à cerner les phénomènes interculturels dans la complexité plurielle d'une société d'accueil.

1.1.4.2 Critères d'exclusion

Compte tenu des ressources disponibles, les clients qui ne manient pas assez bien le français sont exclus de cette recherche. À cette première limitation s'ajoute l'avis des intervenants de l'équipe traitante qui utilisent leur jugement clinique pour valider la capacité à participer des clients intéressés. On doit s'assurer que l'état de santé et les atteintes cognitives des clients ne les empêchent pas de participer pleinement aux discussions de groupe. En accord avec l'énoncé de politique des trois Conseils de recherche du Canada (Institut de recherche en santé du

Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, 2005), cette mesure est instaurée pour protéger les intérêts des personnes vulnérables et se veut une assurance que les clients ont bien évalué leurs capacités et leurs forces devant l'exigence que représente leur participation à ce genre d'activité.

1.1.5 Modalités de recrutement

L'objectif est de constituer trois groupes de six à dix participants.

Les clients, les intervenants et les agents tiers payeurs sont recrutés sur différents sites qui ne peuvent être nommés pour des questions de confidentialité. Les données de terrain sont recueillies en accord avec les exigences du certificat d'éthique émis en 2005 par le CRIR. Une lettre de présentation du projet de recherche exposant ses objectifs et les critères de recrutement (voir annexe 1) est diffusée dans le milieu de la réadaptation. Les intervenants et les agents tiers souhaitant participer à cette recherche manifestent alors leur intérêt au chercheur principal. Pour les clients, des mesures supplémentaires sont mises en place afin de s'assurer que les patients/clients approchés ne subissent aucune influence, voire pression, pour participer au projet et sentent qu'ils peuvent s'en retirer à tout moment.

Dans chaque centre de réadaptation contacté, il est demandé aux intervenants d'identifier des participants potentiels et de transmettre cette information à un assistant de recherche. Par la suite, l'intervenant demande au client/patient s'il est d'accord pour rencontrer une personne au sujet d'une recherche sur la réadaptation auprès des immigrants. Si elle est d'accord, cette personne est mise en contact avec l'assistant de recherche. Celui-ci continue la rencontre seul avec le participant potentiel. Il lui explique les objectifs du projet et obtient par écrit un consentement de communiquer (voir formulaire en annexe 2) pour rencontrer ultérieurement le chercheur principal. Ce formulaire est ensuite transmis à la chercheuse principale afin qu'elle établisse un premier contact avec chaque personne ayant accepté d'être contactée. Ce premier contact individuel entre la chercheuse principale et le patient vise à leur fournir des informations de première main sur la recherche et à évaluer leur intérêt et leur capacité à y participer.

Lors des entrevues de groupe, les clients immigrants, à l'instar des autres participants, remplissent le formulaire d'identification sociodémographique (voir en annexe le formulaire 3A pour les clients et le formulaire 3B pour les intervenants/tiers payeurs) et le formulaire de consentement (voir en annexe le formulaire 4A pour les clients et le formulaire 4B pour les intervenants/agents tiers), signés avant la cueillette de toutes données.

1.1.6 Considérations éthiques

Les normes d'accès à l'information, la confidentialité et les règles d'éthique édictées par le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain (CRIR) sont donc respectées par ces procédures. Le consentement éclairé est obtenu par écrit pour chaque participant : clients immigrants, cliniciens, agents tiers. La participation à cette étude reste volontaire et ne comporte aucun risque pour les participants. L'information recueillie demeure confidentielle. Les données recueillies l'ont été dans le temps prescrit, aucune autre donnée n'ayant été colligée. Les données recueillies avec le certificat d'éthique du CRIR de 2005 ne servent qu'à ce projet de recherche et seuls les membres de l'équipe de recherche y ont accès. Les données nominales et les bandes audio sont conservées sous clé à l'Hôpital Juif de Réadaptation par la responsable de l'étude pour une période de cinq ans après la fin de la recherche.

1.1.7 Impact et pertinence

En 2005, à l'aide du moteur de recherche *Medline*, la bibliothécaire ne trouve aucune recherche canadienne sur la réadaptation physique des immigrants, mais elle en trouve aux États-Unis. Cette recherche représente donc un premier éclairage sur la réalité de l'intervention auprès de migrants dans un contexte de réadaptation. Elle cherche à mieux comprendre cette réalité afin d'aller plus loin et de cerner l'adaptation nécessaire de certains services (comme l'interprétariat et le temps d'intervention).

1.1.8 Grille d'entrevue

Une grille d'entrevue (voir annexe 5) permet l'exploitation de deux sources principales de données : la recension des écrits à partir d'un très court cadre théorique et des discussions de groupes composés de clients, d'intervenants et d'agents tiers. Les principaux thèmes d'entrevue sont :

- 1- Vision de la maladie/détresse/handicap en rapport avec la société d'origine des participants (société d'accueil ou immigration);
- 2- Expérience personnelle dans la prise en charge en rapport avec la société d'accueil et la société d'origine des immigrants (voir annexe).

La grille d'entrevue utilisée vise à faire apparaître la rencontre des savoirs ainsi que les interactions entre les acteurs/sujets sociaux sélectionnés pour mettre en évidence l'expertise de terrain que chacun a développée dans les contextes de pratique pluriethniques.

Dans un deuxième temps, cette grille générale est adaptée pour chacun des groupes rencontrés afin d'en faire un guide d'entrevue (voir annexe 6) visant à faciliter l'animation des groupes rencontrés : Client (A), Intervenants (B), Agents tiers (C).

1.1.9 Recueil de données

Les groupes de discussion pour les clients et les intervenants ont une durée moyenne de deux heures et demie et sont réalisés dans un des centres de réadaptation participants. Les locaux de la CSST accueillent le dernier des groupes de discussion qui rassemblent des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation. Afin de ne pas alourdir le texte, je ferai référence à ces personnes par le terme « agents tiers »; « tiers payeurs » sera réservé aux institutions comme la SAAQ et la CSST.

1.1.9.1 Recrutement des intervenants

Le recrutement se fait rapidement. Le groupe de discussion des intervenants se déroule comme prévu et le nombre de participants recherchés, soit sept participants, est atteint. Par contre, toutes

les disciplines ne peuvent être représentées comme souhaité (soins infirmiers, travail social et éducation spécialisée ne sont pas présents). Ces professionnels interviennent dans des secteurs très restreints de la réadaptation physique, par exemple les atteintes cognitives graves et la relocalisation des personnes âgées, ce qui peut expliquer leur absence. À cela s'ajoute le fait que les formations en relations interculturelles que je dispensais n'ont pas concerné les soins infirmiers. Finalement, le temps alloué à la recherche ne permet pas une période de recrutement extensive. Les disciplines suivantes sont représentées : physiothérapie (2), ergothérapie (2), psychologie (2), kinésiologie (1).

1.1.9.2 Recrutement des agents tiers payeurs

Le groupe focalisé des agents tiers se déroule comme prévu et le nombre de participants est atteint. Malgré l'intérêt d'agents de la SAAQ, leurs gestionnaires expriment des réserves quant à leur participation. Finalement, seuls des agents de la CSST participeront au groupe de discussion. Un local de la CSST est donc mis à la disposition des chercheurs. Un gestionnaire désire également assister à cette rencontre en tant qu'observateur, ce qu'acceptent les autres participants qui ne ressentent pas d'inconfort face à sa présence. Six conseillers en réadaptation et un agent d'indemnisation participent à cette rencontre. Les agents tiers ont guidé le processus de recrutement pour qu'il soit représentatif des diverses personnes en contact avec les immigrants et qu'il réponde aux exigences organisationnelles spécifiques liées au travail avec des données médico-légales. Cette démarche est une exploration pour les chercheurs et pour les participants; nous essayons de trouver les conditions qui mettent les participants le plus à l'aise possible, ce qui est finalement offert par les gestionnaires de cette organisation, geste très apprécié.

1.1.9.3 Recrutement des clients immigrants

Le recrutement des clients immigrants est plus difficile à organiser, au point de menacer la tenue du groupe de discussion. Ces difficultés prennent une forme différente à chaque étape du processus de recrutement. Un retour sur ces difficultés est important, car elles rappellent les caractéristiques particulières des actes à poser en contextes pluriethniques et les besoins d'adaptation des approches habituelles.

Plusieurs des recruteurs (intervenants devant identifier les participants potentiels) expriment un malaise à contacter des personnes issues de l'immigration. Plusieurs considèrent que les clients immigrants se sentiront choqués, voire blessés, d'être contactés sur la base de leur caractéristique migratoire. Cette position est cohérente avec les modèles canadiens de droits de la personne et de l'accessibilité des soins et des services qui demandent de ne pas s'attacher aux différences ethnoculturelles par crainte d'engager des pratiques discriminatoires. Pourtant, les intervenants qui recrutent les clients sont en accord avec les questions de cette recherche qui concordent avec leurs propres observations quotidiennes. Il leur semble pertinent de documenter ces nouvelles réalités. Par contre, ils se sentent mal à l'aise d'aborder la recherche avec les clients potentiels, craignant de créer un malaise chez ces clients immigrants ou de se faire accuser de discrimination. Plusieurs échanges sont nécessaires pour les aider à risquer cette démarche, d'autant plus que certaines de leurs appréhensions sont légitimes et auraient pu se réaliser. Ces craintes fondées s'expliquent par les idéologies typiques des contextes pluriethniques, discutées au chapitre 7. Une mesure pour contourner le problème est de m'assurer de rester disponible en cas de difficulté.

Les clients immigrants contactés réagissent bien lorsqu'ils sont contactés, à l'exception d'une immigrante maghrébine qui commence à pleurer et insiste pour me rencontrer en tant que chercheuse principale. Lorsque je la rencontre, elle continue de pleurer, semblant confirmer les appréhensions des recruteurs. Puis, lorsqu'elle se ressaisit, sa première phrase est : « Je pleure, car vous vous intéressez à nous. Je n'ai encore vu personne ici le faire ». Le besoin de cette femme d'être reconnue dans ses différences remet en question une position anti-discrimination qui demande de ne pas faire cas des différences d'ordre ethnoculturel pour ne pas blesser ni discriminer. Dans l'exemple présent, c'est le fait de ne pas tenir compte de ces différences qui est blessant, voire violent. Cette situation, aussi complexe que contradictoire, sera discutée au chapitre 7. Finalement, sur une période de cinq mois, 14 participants acceptent d'être rencontrés par un assistant de recherche⁵.

⁵ Ces hommes et ces femmes viennent de sept pays: Afghanistan (1), Grèce (1), Haïti (6), Italie (1), Maroc (1), Mexique (1), Roumanie (1), Suisse (1), Vietnam (1).

La signature des formulaires donnant le consentement d'être contacté par le chercheur principal apparaît comme une nouvelle difficulté dans le processus. Quatre personnes ne veulent plus poursuivre la discussion lorsque l'assistant de recherche leur présente cet aspect. Aucune explication ne leur est demandée. Trois autres personnes disent ne pas se sentir assez à l'aise pour donner leur opinion sur les tiers payeurs et sur les intervenants. Selon les assistants de recherche, cette information est mentionnée lorsque le recruteur (un intervenant) n'est plus présent. Deux autres personnes donnent leur accord pour être contactées, mais manifestent des réticences à signer le formulaire de consentement, ce qui rend impossible de passer à l'étape suivante.

Ces situations illustrent l'importance de s'intéresser à l'acte à poser en contextes pluriethniques. Elles indiquent à la fois un malaise à l'égard des intervenants et des agents tiers, un sens culturel différent de la signature ainsi qu'une ignorance du fonctionnement de la recherche. Une des personnes qui refuse de signer le formulaire de consentement insiste quand même pour me rencontrer, montrant la différence de sens de la signature. D'après des responsables de l'éthique du réseau de la santé, cette résistance peut aussi manifester une méfiance des personnes vulnérables envers les institutions, un problème reconnu par les trois Conseils de recherche (communications personnelles). Ainsi, il existerait à l'heure actuelle une discussion au sein des conseils en vue de favoriser un consentement documenté plutôt qu'écrit, surtout pour certains milieux où il est difficile, voire impossible, de faire des recherches, par exemple en toxicomanie ou avec des clients analphabètes. Toutefois, aucune décision n'a encore été prise en ce sens. Il n'a donc pas été possible de mettre de côté cette mesure légale. Cinq clients acceptent finalement de signer le formulaire de consentement.

La rencontre avec la chercheuse principale constitue une autre source de données intéressantes. Un des clients potentiels ne peut être rejoint. Malgré son intérêt manifeste, la femme maghrébine ne peut finalement pas participer au groupe de discussion, ne pouvant se libérer de ses obligations familiales à la fin de sa réadaptation. Il ne reste alors que trois participants pour le groupe de discussion. Le groupe de discussion (*focus group*) représente un mécanisme important de production du savoir dans un contexte interactif et engagé, qui, de plus en plus, fait l'objet d'un renouveau méthodologique et critique épistémologique (Kratz, 2010; White, 2011a). Toute cette démarche prend cinq mois. Une évidence se dessine également : il est presque impossible de

mobiliser des clients après leur congé de la réadaptation. Ce constat fait en sorte que la décision est prise de faire le groupe de discussion, même s'il n'y a que trois participants. Malgré que ce nombre restreint empêche la validation des données recueillies, cette démarche se justifie par le côté exploratoire de la recherche.

Un nouveau problème surgit à la mise en place du groupe de rencontre, soit la signature du consentement de participation à la recherche. Le participant afghan ressent un malaise devant cette exigence. Il souhaite participer au groupe de discussion, mais son incapacité à se décider entre signer ce formulaire ou se retirer de la recherche retarde le début de l'activité. Malgré sa volonté, il dit ne pas pouvoir signer un formulaire dont il ne comprend pas les conséquences, malgré les informations fournies par la chercheuse et la cochercheuse. Sa réaction suggère combien il peut être exigeant pour des personnes immigrantes d'absorber d'un coup des informations sur des systèmes qui leur sont inconnus et de poser des gestes dont elles ne comprennent pas les conséquences. L'exécution de cette recherche fait ressortir les problèmes de *littératie* médicale des immigrants, discutés au chapitre 4. Malgré la volonté de chacun, le geste à poser pour participer à la rencontre bloque le processus (Gratton, 2009). Le client doit finalement être rencontré seul par la chercheuse pour qu'il accepte que, sans sa signature, les conditions institutionnelles ne lui permettent pas de participer. Cette rencontre lui permet de se ressaisir et de comprendre que son retrait ne provoque pas de conséquences négatives pour les chercheurs. Pour les chercheurs, il ne sera pas plus possible de comprendre les raisons qui l'amènent à signer ou non le consentement à communiquer, pas plus que celles qui expliquent pourquoi son retrait de la recherche le déstabilise autant. On peut supposer que la méconnaissance du système de recherche ait une influence sur sa position et sur son malaise.

Il reste donc deux clients, deux femmes : l'une d'Haïti et l'autre du Mexique. Le processus de recrutement met en lumière les problèmes et les questions mêmes du projet de recherche : méconnaissance du système, problème de langue, différences culturelles. Le recrutement représente donc à lui seul une source de données importantes. Il souligne également l'importance de s'intéresser aux actes à poser dans les contextes interculturels, c'est-à-dire à la confrontation des modèles de pratique, aux actions, à la réalité.

1.1.10 Les limites d'un cadre théorique interculturel

Le contenu des groupes de discussion est transcrit en verbatim. Un logiciel de traitement de données (NUDIST) devait être utilisé pour l'analyse de contenu, mais, devant l'abondance des données recueillies et faute de cadre théorique adéquat, cela n'a pu se faire dans le temps alloué. L'analyse est réalisée selon la méthode proposée par Mayer et Ouellet (1991) en cinq étapes : 1) la préparation du matériel; 2) la préanalyse (plusieurs lectures afin d'obtenir une idée générale du contenu et de cerner les idées majeures); 3) le codage du matériel (catégorisation générale, regroupement des énoncés similaires); 4) le choix des unités d'enregistrement (thèmes) et numération; 5) la validation des thèmes ainsi que l'analyse et l'interprétation des résultats. Le nombre et la qualité des données recueillies dépassent grandement les attentes des chercheurs et demandent une étude approfondie. Rapidement, elles mettent aussi en évidence la nécessité de développer un cadre théorique plus complexe. Par exemple, celui développé ne comprend pas une analyse sur la réactivité du système de santé (OMS, 2000).

Les données sont traitées de manière à les relier, à partir des thèmes d'entrevue, au rôle social des acteurs/sujets rencontrés. Elles sont ensuite comparées entre les groupes afin de cerner les convergences et les divergences dans les perceptions et dans les expériences. L'analyse des données préliminaires confirme l'existence de barrières dues au pluralisme culturel, linguistique et religieux et met en évidence des éléments méritant une étude plus approfondie, c'est-à-dire de nouvelles réalités qui échappent au système de santé canadien et de nouveaux besoins propres à ces contextes particuliers. En bref, les intervenants et les agents des tiers payeurs expriment le besoin de développer des compétences interculturelles, car l'incompréhension de la situation de leurs clients immigrants les empêche de personnaliser les soins comme leur mandat l'exige. Les clients immigrants manifestent des besoins d'accompagnement lors des traitements, ne comprenant pas toujours le système de santé, les exigences des intervenants et le rôle qu'on attend d'eux. Cette situation se vérifie déjà dans le recrutement des participants immigrants.

Notre analyse souligne finalement l'importance du rôle d'orientation des cadres institutionnels et des gestionnaires dans l'adaptation et la mise en place de pratiques nouvelles nécessitées par la clientèle pluriethnique. Cet aspect est nommé par l'OMS (2000) la réactivité des systèmes de santé. L'analyse fait ressortir la nécessité d'apporter des solutions d'ordre structurel aux

problèmes rencontrés par les groupes étudiés. À notre grande surprise, cette réalité rapportée par les intervenants et par les tiers payeurs est aussi identifiée par les participants immigrants. Plusieurs informateurs affirment, par exemple, constater que certains intervenants veulent faire des adaptations pour les aider, mais que le système les en empêche. Ces observations guident la deuxième étape de la recherche orientée vers une meilleure compréhension de ce système.

Cette première recherche fait apparaître un fossé entre les modèles de pratiques reconnus et les nouvelles réalités rencontrées par les intervenants. L'analyse préliminaire laisse croire que ces réalités quotidiennes engendrent une rupture entre les organisations, les intervenants et la clientèle immigrante et créent de nouvelles difficultés aux personnes qui se croisent dans cet espace de rencontre. Battaglini (2005) met déjà en lumière les difficultés rencontrées par les intervenants. Cette recherche complète son analyse en concluant que les agents tiers et les clients immigrants font aussi face à des problèmes. Les données de terrain font ressortir des lacunes théoriques, notamment épistémologiques, discutées au chapitre suivant portant sur le cadre théorique. Finalement, il apparaît important de saisir les raisons qui expliquent la présence de recherche sur les interventions en santé et en réadaptation physique aux États-Unis et non au Canada. Par ailleurs, les données du groupe clients ne pourront être significatives, le groupe ne comptant que deux personnes. Malgré cela, on peut en dégager des analyses préliminaires intéressantes qui laissent présager le besoin d'études plus approfondies.

1.1.11 Conclusion de la première recherche

Il est important de rappeler que l'efficacité de toute intervention en réadaptation physique dépend de la possibilité de rencontres productives entre des intervenants qui doivent, non seulement travailler en équipe (chapitre 5), mais parvenir à mettre leur savoir au service des besoins exprimés par leurs clients. D'après les propos recueillis, les interventions peuvent être déstabilisées par les nouvelles réalités pluriethniques, les clients immigrants ne réagissant pas toujours selon le modèle institutionnel pensé pour un client-type (Schütz, 2003). Ces données seront présentées au chapitre 6.

Cette recherche exploratoire met finalement en évidence certains aspects inattendus, par exemple l'imperméabilité des savoirs médicaux en contextes pluriethniques (Barth, 1995) et la difficulté

des intervenants à faire reconnaître les conditions nécessaires au travail avec ces nouvelles clientèles. L'analyse amène un questionnement sur les dynamiques de pouvoir, questionnement qui s'expose dans les termes de Mendel (1998), dans le pouvoir des actes exercés sur les autres.

Les objectifs de cette première recherche qualitative et exploratoire sont atteints. Devant le nombre et la qualité des données recueillies, le Dr. Isabelle Gélinas suggère de poursuivre cette recherche dans le cadre d'un doctorat. Le but poursuivi par ma deuxième recherche sera donc de créer les conditions pour : 1- construire un cadre théorique qui englobe toutes les données recueillies; 2- explorer la réactivité des organisations de santé; 3- reprendre le groupe de discussion des clients immigrants pour valider les résultats significatifs obtenus.

1.2 Deuxième étape de recherche

Titre du projet : *Préoccupations et attentes des différents acteurs/sujets sociaux impliqués dans la réadaptation de clients immigrants*

Cette deuxième recherche s'inscrit dans le cadre du programme de doctorat en anthropologie à l'Université de Montréal. Cette démarche vise à construire un cadre théorique permettant de manier des données complexes sans faire violence aux données de terrain (Olivier de Sardan, 2008) et de valider les données recueillies auprès de clients immigrants. Deux termes sont modifiés dans l'intitulé de recherche afin de rendre compte de l'apport du cadre théorique. Le terme *partenaire* est remplacé par *acteurs/sujets* et l'expression *provenant de communautés ethniques*, par *clients immigrants*.

1.2.1 Méthodologie

Plusieurs méthodes sont utilisées par cette recherche : recension des écrits, description ethnographique du milieu de la santé et de la réadaptation physique, groupes de discussions et analyse du discours. La littérature en anthropologie est revisitée en lien avec la validité de la méthodologie utilisée lors de la première recherche. Les travaux d'Agar et de Mac Donald (1995) confirment la pertinence de l'usage des groupes de discussion, car ils offrent une compréhension plus riche que les entrevues individuelles pour les recherches anthropologiques. Puis, la littérature anthropologique est reprise à la lumière des problématiques interculturelles. Elle

permet d'inclure un contexte global à la compréhension des rencontres interculturelles et de saisir la nécessité d'une troisième voie interactionniste orientée vers une éthique relationnelle pour l'anthropologie de l'interculturel⁶.

La description du milieu de la réadaptation (chapitre 5) trace le contexte local où trois types d'acteurs/sujets sociaux sont en interaction et permet de saisir l'environnement auquel les participants font référence dans leur discours. Les préoccupations et les attentes exprimées lors des groupes de discussion révèlent les conditions réelles de la réadaptation physique en contextes pluralistes. L'analyse du discours dévoile les expériences concrètes de ces personnes. Il devient alors possible de comparer le milieu tel qu'il été conçu pour les praticiens, à l'action et aux situations réelles qui engendrent des actes nouveaux. Cette démarche met en évidence les besoins de chacun des acteurs/sujets. L'objectif est de réfléchir à la réponse à apporter aux besoins de chacun dans ces contextes depuis la réactivité du système de santé en contextes pluriethniques.

1.2.2 Recension des écrits

Pour compléter le cadre théorique de la première recherche, la recension des écrits sur la réadaptation et l'immigration se poursuit à l'aide d'index bibliographiques et du réseau Internet. Les moteurs de recherche utilisés sont ceux de l'Université de Montréal et de l'Université McGill. Les index bibliographiques consultés sont : Medline, PsyInfo et Google Scholar. Les principaux mots-clés utilisés sont les suivants : Occupational Therapy, Rehabilitation, Physical Therapy Modalities ou Physical Rehabilitation ou Exercise Therapy, Emigrants and Immigrants ou Immigrants, cross-cultural communication, cross-cultural comparison, cross-cultural differences, cultural characteristics, cultural competence, cultural diversity, cultural factors, culture, ethnic groups, ethnic minority, ethnic groups, rehabilitation et enfin, postmodern et delivery health care. En français, les termes sont : relations interculturelles, intervention auprès des immigrants, réadaptation et immigration.

Cette recension est complétée par une recherche systématique des publications en anthropologie américaine des dix dernières années afin de situer le débat sur la notion de culture : *Current*

⁶ Pour consulter Vers un courant interculturel, Laboratoire de recherche en relations interculturelle, consulté le 17 février 2012, suivre le lien suivant : <http://labrri.wordpress.com/contexte/>

Anthropology, Medical Anthropology, Social Anthropology et American Anthropology. Des recherches spécifiques complètent cette recherche en anthropologie; la réadaptation physique, les compétences, les compétences (inter)culturelles et les interventions auprès des immigrants selon les différentes disciplines de la réadaptation sont recensées. Mon attention se centre sur les littératures qui s'intéressent aux rapports entre le soi et l'autre, y compris les critiques postmodernes, la phénoménologie et l'anthropologie herméneutique. La psychologie est aussi mise à profit, notamment pour l'approche systémique et pour l'étude des rapports entre les différentes approches existantes dans ce domaine.

La littérature mettant en évidence le pouvoir, les différences entre les modèles et les pratiques, les actions et leurs confrontations à la réalité - les actes - est aussi explorée. La littérature sur la réadaptation physique en contextes pluriethniques fait apparaître les grandes traditions occidentales de gestion de la diversité en santé (États-Unis, Canada et Québec) liées aux droits de la personne, à l'accessibilité des services, à la réactivité du système de santé et au développement de compétences culturelles individuelles et institutionnelles. Enfin, la communication et le dialogue interculturel dans la tradition européenne française sont aussi considérés.

1.2.3 Description ethnographique

Pour cerner l'action, il est important de décrire le milieu de la réadaptation physique, ce qui fait ressortir ses ancrages culturels dans la société québécoise, canadienne et occidentale. Cette description est réalisée en protégeant l'anonymat des lieux de recherche. À cette fin, seules sont retenues les publications et les données recueillies sur des sites tels que celui du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et ceux d'organisations connexes, comme l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ). Si des informations et des rapports venant d'établissements de réadaptation physique doivent être utilisés, seules sont retenues des informations venant de sites hors de la région Montréal-Métropolitain. Les sites des agents tiers (SAAQ et CSST) sont aussi consultés ainsi que celui d'un centre communautaire d'intégration des personnes handicapées immigrantes, le Centre multiethnique pour l'intégration des personnes handicapées. Ce centre a accepté par consentement écrit d'être identifié (voir le consentement en *Annexe 4-C*). Ces limites ne posent toutefois pas de problèmes particuliers, car les pratiques en réadaptation physique sont issues de

cadres ministériels, associatifs, institutionnels et professionnels relativement uniformes pour tout le Québec et fondés sur la tradition canadienne d'accessibilité. Face à cette situation, les données empiriques acquièrent une importance accrue et complètent cette description ethnographique de la multitude des actes à poser dans les contextes pluriethniques.

1.2.4 Groupe de discussion

Le matériel recueilli à la première recherche est entièrement repris. Le certificat d'éthique n'étant plus valide, toutes les données sont codées et rendues anonymes. De plus, à la suite de l'impossibilité d'obtenir un nombre significatif de participants pour le groupe de discussion des clients immigrants, celui-ci doit être repris, sinon des entrevues individuelles doivent au moins être menées. Toutefois, les conditions actuelles ne le permettent pas. Les responsables des services de réadaptation impliqués à la première recherche de 2005 sont recontactés pour évaluer la faisabilité de cette deuxième démarche. Ceux-ci indiquent, tel que précisé au chapitre 3, que les conditions d'intervention ont changé depuis cette période et que les tiers payeurs n'investissent plus dans le secteur public pour la réinsertion au travail, occasionnant un transfert de la clientèle vers le milieu privé.

Il faut compter sur les efforts des institutions qui ont plus de moyens pour pouvoir rencontrer des clients immigrants et pour répondre aux exigences éthiques et à la protection de personnes vulnérables. Cette tâche s'avère très difficile à réaliser et je n'envisage pas de refaire le même exercice dans le milieu privé. En conséquence, les données du groupe de discussion des clients immigrants ne peuvent être validées, tel que cela aurait été souhaitable pour cette thèse. En dépit de cette limite importante, ces données m'apparaissent significatives et pertinentes. Ainsi, dans l'impossibilité de les reproduire, elles me sont apparues encore plus précieuses.

1.2.5 Analyse des données

Cette thèse est basée sur une analyse du discours des acteurs/sujets sociaux du milieu de la réadaptation physique en contextes pluriethniques. Grâce à ce type d'analyse, les données recueillies sont catégorisées, classées et comparées. Le logiciel Sémato, conçu à l'Université du Québec à Montréal, est utilisé pour gérer certaines informations, notamment la description du

milieu de la réadaptation et son rapport aux dynamiques interculturelles. Sémato est un logiciel d'analyses qualitatives des données textuelles qui offre une panoplie d'analyses, dont les réseaux de similitude. Ce logiciel autorise des analyses croisées entre les variables externes qui caractérisent les éléments textuels et les éléments du contenu trouvés de façon automatique ou assistée. Contrairement à Nudist, ces analyses peuvent prendre des formes schématiques qui facilitent les transferts d'informations. Cet outil permet donc de comparer les actions — les pratiques et les modèles tels qu'ils ont été conçus pour des milieux monoculturels - aux actes, soit la confrontation de ces modèles et de ces pratiques aux réalités pluriethniques décrites par les participants. Le schéma produit démontre la marginalité des réalités interculturelles dans le réseau de la santé. Cette analyse est ensuite présentée à des personnes-clés du réseau MSSS et du milieu communautaire pour validation, une donnée importante pour comprendre le contexte dans lequel émergent les préoccupations et les attentes des acteurs/sujets sociaux.

1.2.6 Considérations éthiques

Cette deuxième recherche respecte une fois de plus les normes d'accès à l'information, à la confidentialité et aux règles d'éthique édictées par le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain (CRIR). Les bandes audio réalisées lors de la première recherche et gardées sous clé à l'Hôpital Juif de Réadaptation par le chercheur principal ont été détruites. Toutes les données nominales recueillies dans les transcriptions sont codées et rendues anonymes. Pour les besoins d'analyse de la recherche actuelle, une demande est faite au CRIR pour une utilisation secondaire des données recueillies pendant la première phase de cette recherche.

Par ailleurs, afin de répondre aux normes d'accès à l'information, de confidentialité et d'éthique édictées par le département d'anthropologie de l'Université de Montréal, l'anonymat des données nominales s'applique aussi aux sites de sélection des participants des groupes de discussion. On ne peut que mentionner que la recherche concerne la grande région métropolitaine de Montréal où se retrouve une concentration d'immigrants et de personnes issues de communautés ethnoculturelles. Cette règle éthique s'applique aussi au matériel descriptif recensé sur les sites Internet des centres de réadaptation, où je ne retiens que les références qui renvoient à des sites situés à l'extérieur de la grande région étudiée. Après le traitement des données et leur analyse,

différentes personnes du réseau de la santé et du milieu communautaire sont contactées en vue de valider les données recueillies et l'analyse réalisée (Maranhao, 1990; Michrina et Richards, 1996b). C'est à la suite de premiers échanges que j'identifie ces personnes en fonction de leurs connaissances des dynamiques interculturelles. Trois personnes acceptent à titre personnel de participer à cette dernière étape de ma recherche. Un formulaire de consentement est rédigé à cette fin (voir Annexe 4-C). Il stipule que le chercheur se comportera en respectant les indications des participants. Une seule personne signe ce consentement. Même s'il est précisé dans le formulaire de consentement que la position des participants n'est pas une position d'établissement et que l'anonymat sera assuré si elles le désirent, deux personnes ne souhaitent pas le signer. Leur position m'oblige à modifier ma démarche et à demander que le consentement signé soit remplacé par un consentement documenté. Cette mesure exceptionnelle est acceptée par le département d'éthique du CRIR, car elle ne concerne pas des personnes vulnérables et s'inscrit dans une approche collaborative de validation par des experts du milieu des analyses réalisées. Dans ce cas, un consentement documenté remplace un consentement écrit.

Malgré la mondialisation et quelle que soit notre position sociale, il n'est pas facile de s'intéresser aux rencontres entre des personnes issues d'horizons différents, à moins d'être directement confronté aux limites de ses capacités. J'ai moi-même pris deux ans à comprendre l'importance de ce champ de pratique lorsqu'on m'a offert, il y a plus de quinze ans, de former des professeurs pour le ministère de l'Éducation du Québec puis de former pour le milieu de la santé. On me disait : « Vous êtes psychologue et anthropologue, vous, vous allez savoir! », ce qui me laissait perplexe. À l'époque, je jette un regard sur la littérature interculturelle qui utilise très peu la notion de culture en comparaison à ce qui se fait en anthropologie. Puis, peu à peu, je réalise qu'on assiste en fait à autre chose : nous ne sommes ni en anthropologie, ni en psychologie, mais dans l'interface des deux, une troisième dimension avec ses dynamiques propres, comme le dit Bateson (1984).

Depuis ce temps, je tente de saisir les manières d'étudier les relations interculturelles à l'aide d'un regard anthropologique. Toutefois, je suis confrontée à des limites théoriques, autant d'un point de vue épistémologique qu'historique. Je comprends alors que toutes les ressources de l'anthropologie sont mobilisées par les dynamiques interculturelles, autant les modernistes que

les postmodernistes. Il ne s'agit pas de poser la question en termes de progrès, mais en termes de changement d'état, de forme et d'échelles, comme on le fait en écologie. C'est à partir de Bateson (Bateson et. coll., 1981), un Bateson habituellement inconnu des anthropologues, que je connais par les approches systémiques de la psychologie et par la communication, que je comprends qu'une troisième voie est nécessaire pour comprendre ces dynamiques, une voie herméneutique interactive. Cette démarche est présentée au cadre théorique (chapitres 1 et 2) et s'intéresse aux différences entre les pratiques et les modèles théoriques ainsi qu'à leurs confrontations au quotidien qui se jouent dans les actes à poser (Mendel, 1998). Cet intérêt pour les actes repose sur l'éclairage qu'ils fournissent sur des dynamiques interculturelles qui, autrement, passent inaperçues.

CHAPITRE 2 : DEVANT DEUX CHOIX, PRENDRE LE TROISIÈME

Dans ce travail, je tenterai de démontrer l'importance de l'anthropologie pour la compréhension des dynamiques interculturelles. Je mettrai en évidence les défis posés à l'anthropologie par ce type de rencontres grâce à l'espace clinique, un exemple parmi tant d'autres. Je circonscrirai cette démarche épistémologique et historique à l'Amérique du Nord et aux trois courants qui me semblent les plus importants : moderniste, postmoderniste et herméneutique (ou interactionniste). L'évolution de ces courants n'est pas linéaire; ils ont toujours coexisté bien que des moments historiques aient favorisé l'émergence de l'une ou de l'autre de ces épistémologies. Je suis consciente de l'ambition de cet exercice, car les frontières de la discipline sont floues et fluides. Plusieurs vagues et courants traversent l'anthropologie et l'utilisation de certaines étiquettes peut être source d'irritations. Cet exercice prend aussi des risques, car les étiquettes sont délicates à poser et il n'est pas aisé de classer des savoirs traversés par l'histoire et par des logiques contextuelles. J'explore donc à la manière de Bateson (1980, p. 84) et de sa fille; en mettant un nœud dans un foulard pour me rappeler qu'il se passe quelque chose sur un terrain encore à baliser.⁷

De plus, les limites entre ces savoirs ne sont pas clairement définies à l'intérieur de chaque courant et sous-courant. Par exemple, les modernes comprennent les marxistes, les structuralistes et, dans certains cas, les représentants des courants interprétatifs. Sélectionner en ne gardant que le courant interprétatif ne permet pas de poser un regard d'ensemble sur les savoirs mis en jeu. Ensuite, la non-concordance observée parfois entre les points de vue épistémologiques et historiques pose un défi supplémentaire, car ces visions ne s'accordent souvent pas entre elles sur les catégories de classification. Ainsi, un regard épistémologique peut voir le courant constructiviste comme une sous-catégorie ou comme une alternative aux modernistes, ce qui sera développé plus loin. D'un point de vue historique, du moins en anthropologie, le constructivisme est plutôt considéré comme une sous-catégorie du courant postmoderne. Dans ces circonstances,

⁷ Pour une première tentative de cette classification, voir White 2012a.

il est difficile d'espérer un consensus sur les divisions que je propose. Ma démarche s'inscrit plutôt dans un processus heuristique qui permet d'identifier les outils que se sont donnés les chercheurs et les penseurs pour donner du sens et ainsi, appréhender la différence en situation de contact interculturel.

2.1 Constitution des connaissances en anthropologie

Aborder les approches anthropologiques à partir de l'épistémologie, soit depuis « l'étude de la constitution des connaissances valables » (Piaget, 1969), permet de saisir les raisons qui ont fait échouer mes tentatives d'étudier l'interculturel à partir d'approches modernes et postmodernes. Il est intéressant de noter que Le Moigne (2007), penseur des théories du systémique et des épistémologies constructivistes sur qui je base mon analyse, utilise une approche ethnologique pour définir et pour situer les grandes écoles du domaine. Il parle de famille et de clan et il insiste sur le fait que les épistémologies connaissent des réponses différentes selon les cultures dans lesquelles elles sont réfléchies et selon les inspirations des penseurs qui les ont examinées (Le Moigne, 2007, p. 6).

S'appuyer sur la logique et les connaissances scientifiques (Apostel, 1969) aide à clarifier les présupposés anthropologiques et ethnologiques et permet de poser un regard historique et critique qui délimite l'objet d'étude et propose une méthodologie pertinente à son étude. Se faisant, il devient possible de distinguer entre les épistémologies positivistes et constructivistes ainsi qu'entre les positions modernes et postmodernes. On est alors en mesure de constater que les épistémologies modernes et l'anthropologie moderne entretiennent des rapports étroits, contrairement à la relation entre les épistémologies constructivistes et l'anthropologie postmoderne. Ne pas poser ces distinctions engendre des confusions qui rendent difficile la compréhension des dynamiques interculturelles. Suivre cette démarche donne ainsi la possibilité d'explorer une troisième voie dans l'étude des dynamiques interculturelles en anthropologie interactionniste.

La notion de culture sera donc abordée dans ce contexte en utilisant principalement comme ressource la tendance culturaliste américaine. Les Américains se sont le plus approprié la notion

de culture, tout en étant ceux qui l'ont le plus critiquée, allant jusqu'à la rejeter totalement (Abu-Lughod, 1991, Verdon, 2000). Lorsque je référerai au courant culturaliste, je reviendrai fréquemment sur les exemples qui concernent Bali, un lieu grandement étudié et qui a produit des recherches ayant influencé des penseurs issus des trois courants anthropologiques. Cette situation constitue une base solide sur laquelle je peux m'appuyer pour développer mon étude sur les actes à poser dans les contextes pluriethniques.

2.1.1 Épistémologie moderniste

À l'instar de Boas et de Lévi-Strauss, les premiers anthropologues se sont attardés à distinguer les notions de race et de culture pour démonter les rapports de pouvoir évolutionnistes qu'ils considéraient comme favorables à l'Occident (Shweder et LeVine, 1984). S'inscrivant dans une approche positiviste, ils ont tenté de cerner la culture comme une réalité externe que l'on peut connaître en la décomposant en ses éléments premiers. Selon Le Moigne (2007), cette position est si familière dans la culture scientifique occidentale qu'elle n'est pas toujours perçue comme une hypothèse épistémologique. En tant qu'acteurs historiques (Gadamer, 1976), les anthropologues ont ainsi travaillé avec l'hypothèse de leur temps. L'application de l'analyse de Le Moigne à l'anthropologie permet de comprendre que les premiers anthropologues se situent dans une approche positiviste qui a une certaine équivalence avec l'ontologie : les conceptualisations de la culture se veulent des progressions scientifiques vers la connaissance d'une réalité qui existe en soi. Cette progression scientifique postule une réalité extérieure, indépendante des observateurs et dont les produits, leurs descriptions, sont indépendants d'eux. Ils ont traité la culture dans la droite ligne du paradigme scientifique de leur époque, comme les scientifiques ont traité tous leurs objets, que ce soit l'univers, la nature ou la vie. Avec cette vision ontologique, la culture s'est faite substance, élément et réalité.

Dans ce contexte historique, la culture est observée comme une réalité externe aux humains, qui bien que lui étant essentielle, est appréhendée en tant que réalité substantielle aux diverses formes naturellement cohérentes (Fabian, 1996, 2002; Olivier de Sardan, 1995). Historiquement, l'approche positiviste est vue comme ne pouvant étudier tous les objets : l'homme, l'esprit humain, ses émotions et ses divinités sont présumés inconnaissables par certains (Le Moigne,

2007). Dans la foulée de Kant, cette position ouvre le débat entre les Lumières et les romantiques (Gadamer, 1976; Shweder et LeVine, 1984). Cette conception du monde entraîne une division entre sciences naturelles et sciences humaines, entre sciences « dures » et sciences « molles », entre science et non-science, entre méthode quantitative et méthode qualitative. Gadamer (1976) critique l'application des méthodes des sciences naturelles aux sciences humaines, l'amenant à se positionner contre la méthode. Piaget (1969) critique aussi cette division qui affecte la confiance accordée aux sciences humaines (Le Moigne, 2007). Ce jugement sera repris par Dumont (1977) qui repère des fondements culturels même dans des sciences objectives comme l'économie qu'il voit comme une idéologie qui s'épanouit au 20^e siècle.

Avec les modernistes, le concept de culture est incessamment redéfini afin de mieux cerner la réalité multiforme observée. Ce faisant, les ethnologues et les anthropologues français, anglais et américains, à l'instar d'autres scientifiques (Le Moigne, 2007), tentent de rendre leurs connaissances communicables et enseignables, en accord avec l'approche exigée par une connaissance cumulative. En même temps, cette multiplicité de réponses affecte de façon paradoxale l'intérieur de cette discipline et la valeur des savoirs développés. Selon moi, les anthropologues influencés par le *zeitgeist*, l'esprit du temps, voudraient que leur objet scientifique, la culture, puisse se définir à partir d'un modèle cohérent et objectif comme le font les sciences naturelles. Les anthropologues se reprochent et se font reprocher leur processus incessant de redéfinition lié aux tendances relativistes de la discipline. Ce type de critique venue de l'intérieur est habituel en anthropologie où, historiquement, les approches sont critiquées pour leurs insuffisances à traiter certaines questions (Lewis, 1998). Ne pouvant ni s'affranchir ni atteindre les certitudes du modèle naturaliste, ils finissent par remettre en question le statut de leur discipline : font-ils de la science ou de l'art (Carrithers, 1990)? C'est non seulement la notion de culture qui est critiquée, mais, au fil du temps, ce sont aussi les pratiques de l'anthropologie (Asad, 1973; Hymes, 1974) et ses représentations (Clifford et Marcus, 1986) qui sont remises en cause pour finalement douter du projet anthropologique en lui-même (Saïd 1989; White, 2012a).

D'après Grawitz (1990) qui s'intéresse aux *Méthodes des sciences sociales*, cette pratique de la redéfinition existe aussi en sociologie. Les chercheurs de ce champ de la connaissance ont trouvé une solution épistémologique à cette situation : le discours varié des sociologues est étudié à

partir d'une démarche sociologique⁸, c'est-à-dire en tenant compte des abstractions qui le conditionnent et en le replaçant dans son contexte historique. Il est d'ailleurs étonnant que les anthropologues ne se soient pas encore positionnés de cette façon.

L'analyse épistémologique de Le Moigne (2007) met en évidence deux hypothèses qui soutiennent les démarches anthropologiques modernistes d'appréhension de la réalité : l'hypothèse ontologique et l'hypothèse déterministe. L'hypothèse déterministe est complémentaire à l'hypothèse ontologique. Elle postule qu'il existe des formes de déterminations internes propres à la réalité connaissable. Selon ces prémisses, la culture est vue comme un ensemble autonome, dont il est possible de connaître les causes, les structures et les représentations. Toutefois, les développements scientifiques ultérieurs bousculent cette vision du déterminisme. Une rupture se produit alors entre une façon unique et permanente d'expliquer la réalité et une nouvelle forme qui prend en compte la multiplicité des manifestations de cette réalité, un problème auquel les anthropologues sont confrontés depuis les débuts de la discipline.

La thermodynamique, la mécanique statistique et particulièrement la physique quantique provoquent la *querelle du déterminisme* (Le Moigne, 2007). La théorie quantique ouvre un nouvel univers de théories, d'informations et de transdisciplinarité, utilisées amplement en écologie (Hénon, 2002). La théorie quantique constitue aussi une ressource pour la pratique de l'interculturel puisqu'elle permet de manier une multiplicité d'informations dynamiques à des échelles différentes. L'écologie et l'interculturel utilisent les outils fournis par la théorie quantique dans les processus d'évaluations, de prises de décisions et d'actions s'inscrivant dans une dynamique de changements internes d'environnements en interactions ne réagissant pas tous à la même vitesse. C'est le cas, par exemple, des changements produits par le réchauffement climatique ou par la migration. La théorie des quanta intéresse depuis longtemps, et pour les mêmes raisons, Hénon en écologie (2002) et Devereux en ethnopsychiatrie (1980). En effet, on y reconnaît que l'observateur génère un processus de transformation de l'objet observé qui se donne à des échelles différentes (Legendre et Legendre, 1984).

⁸ Pour Grawitz, il est entendu que la recherche sociologique se développe en réponse à des questions expliquant que la situation « *chaotique* » de la sociologie apparaisse comme « *naturelle* ». Une approche sociologique doit donc être adoptée et chaque tendance doit être replacée dans son contexte historique.

Certains principes de cette théorie clarifient le rôle de l'observateur sur l'objet étudié. Ainsi, connaître la vitesse d'une particule ne permet pas de connaître son emplacement, contredisant ainsi la physique de Newton. Le principe d'exclusion énonce quant à lui que les nombres quantiques de deux électrons ne peuvent occuper le même état énergétique, car une particule peut aussi démontrer des propriétés d'ondes. Autrement dit, les deux propriétés onde/particule ne peuvent être étudiées en même temps et avec la même méthodologie. En conséquence, l'étude d'une réalité fait disparaître la seconde. Ce phénomène scientifique met bien en évidence que la réalité perçue est construite par l'observateur et que la méthode sélectionnée par cet observateur l'empêche d'étudier d'autres aspects de cette réalité. Les recherches réalisées en physique quantique s'inscrivent malgré tout dans une épistémologie moderne, car les fondements de la connaissance restent ontologiques et déterministes. Ces réalités ne disparaissent pas, elles sont complémentaires.

En anthropologie, Devereux, psychanalyste européen spécialisé en ethnopsychiatrie, s'appuie sur la physique quantique et sur les principes d'exclusion et d'incertitude d'Heisenberg pour offrir aux anthropologues une méthode de construction de leurs connaissances (1980). Dans la lignée de Bateson (1984), Devereux s'intéresse aux sens et à la signification et comme lui, il peut être associé aux modernistes, aux constructivistes et aux herméneutes interactionnistes ou dialogiques. Les herméneutes dialogiques sont présents depuis longtemps dans le paysage anthropologique, mais sont restés marginaux dans le sillon d'une série de questions scientifiques qui opposent l'objectivité à la subjectivité en sciences naturelles et sociales. Ces débats seront discutés plus en profondeur dans la troisième section de ce chapitre. La pensée moderniste atteint la connaissance de l'objet grâce à la pensée systématique et rationnelle. Pour les physiciens quantiques, l'objet exige plusieurs savoirs qui peuvent être en contradiction et qui sont complémentaires. Avec Devereux, le sens demande l'apport de plusieurs disciplines. Pour l'école de Palo Alto, la connaissance, comme le sens, se déplace de l'objet à son contexte. Malgré cette complexité qui se développe, l'Occidental se perçoit toujours sans culture, soit par ethnocentrisme ou par l'aspect universaliste de la pensée rationnelle. En effet, la culture est, pour les Européens de cette époque, une sociologie des pays lointains et des humains sans histoire, sans écriture, de tradition orale (Augé, 1992; Fabian, 2002; Wolf, 2010).

2.1.1.1 Bateson et l'école de Palo Alto

L'aspect épistémologique des travaux de Bateson (1980, 1984) leur confère une place particulière. Le penseur est difficile à situer, étant à la fois moderne et constructiviste et permettant de penser une herméneutique interactionniste. Il aime travailler sur la complexité (Bateson, 1984). Après des études en biologie, il devient anthropologue et travaille à Palo Alto en compagnie de psychiatres. Il finit sa carrière en travaillant sur la communication des dauphins. Dans ses écrits, il ordonne l'univers en ordres qui ont leurs échelles respectives : l'ordre universel, l'ordre culturel et l'ordre individuel. Pour ce chercheur, chacun des niveaux possède une logique qui lui est propre et qui a des interactions spécifiques. Bateson (1984) distingue l'univers matériel du monde des idées. Dans le premier, la cause d'un événement est une force ou un impact; une partie agit sur l'autre. Dans le monde des idées, une relation entre deux parties est nécessaire pour mobiliser un récepteur, tel un organe sensoriel. Pour Bateson, la différence est donc relationnelle. Selon son modèle cybernétique, il n'y a pas d'information possible sans différences. L'école de Palo Alto a une grande importance en psychologie (De Shazer, 1991) et en écologie (Hénon, 2002). En plus de la complexité, cette théorie fait aussi de l'observateur un élément du système étudié, comme le fait la théorie quantique. Trois anthropologues ont participé aux développements de Palo Alto : Bateson, Goffman et Hall. Ce « collègue invisible » (Wittezaele et Garcia, 1992) a transformé la psychologie par son approche systémique et cybernétique de la communication. Quand Douglas (1989) parle d'entropie dans les institutions, elle fait référence à ce type de communication. Cette approche met l'accent sur l'information, sa circulation et le sens qu'elle prend.

Un geste ou une parole est alors envisagé dans ses relations à d'autres gestes et à d'autres paroles, non dans sa relation à soi, selon son niveau logique qui est de l'ordre de l'universel, du culturel et de l'individuel dans les rencontres entre humains (Gratton, 2009). Avec cette approche, il n'est plus possible d'envisager une personne et les actes qu'elle pose sans les insérer dans un contexte (Bateson, 1984), c'est-à-dire les situations ou les conditions qui lui donnent sens, par exemple la culture ou les modes de vie. Le concept de contexte de l'école de Palo Alto a traversé les frontières de l'anthropologie. Les anthropologues ont effectivement accepté l'idée que la culture est un contexte, tout en délaissant le fait que la culture a aussi ses contextes (Bateson, 1984).

De cette approche systémique, les anthropologues n'ont pas plus repris l'idée que :

La communication pourrait être considérée au sens large comme l'aspect actif de la structure culturelle [...] La culture et la communication seraient en fait des termes qui représentent deux points de vue ou deux méthodes de représentation de l'interaction humaine, structurée et régulière. (Birdwhistell dans Bateson *et coll.*, 1981, p.76)

Dans la « culture », l'accent est mis sur la structure et sur le sens qui est le contexte; dans la « communication », l'accent est mis sur les processus et sur l'émetteur qui possède le sens de ce qui est dit (Bateson, 1984). C'est à partir du contexte de l'émetteur que son discours prend sens. Le sens est dans le contexte. Lorsque deux êtres humains ne viennent pas d'un même lieu, ils ne partagent pas un même contexte. La pratique des anthropologues modernes a été de s'intéresser au contexte de leurs informateurs-clés pour comprendre leur univers de sens. Quand la culture n'est pas comprise, est-ce que toute communication est bloquée? Non, car la culture n'est qu'une des échelles qui donnent sens (Bateson, 1984; Gratton, 2009) et que toutes ces échelles de sens coexistent (Devereux, 1980).

Ne pas comprendre le contexte culturel d'un émetteur peut, par contre, empêcher de saisir le sens des deux autres échelles. Cette situation explique la recherche importante faite par les modernistes qui cherchent à distinguer la race et la culture, la nature et la culture ainsi que les invariants et les particularismes. Actuellement, dans le réseau de la santé, les intervenants cherchent les moyens de distinguer l'échelle individuelle et l'échelle culturelle. Cette recherche n'est pas anodine, car, comme l'explique Bateson (1984), un problème de niveau logique crée des paradoxes et fait errer l'analyse. On retrouve encore aujourd'hui chez des universitaires reconnus l'idée que les « Noirs » [sic] sont moins intelligents que les « Blancs ». Cette théorie est toujours exposée au grand jour. La rubrique « quotient intellectuel » du site Wikipédia donne un bon exemple de ce type de pensée. L'analyse est impeccable et imparable. Citons également le professeur Serge Larrivée du département de psychoéducation de l'Université de Montréal qui ne prend pas en compte le côté culturel des tests d'intelligence vus comme universels. Les notions batesoniennes d'échelles logiques et de contexte sont essentielles dans les contextes pluriethniques lorsqu'il s'agit de donner du sens à une parole ou à un geste et d'utiliser des moyens développés par un groupe local. La question posée est du même ordre que la physique

quantique, tel que l'avait vu Devereux. Le problème peut toutefois être plus grave, car déterminer l'ordre concerné peut se révéler ardu et poser une responsabilité sociale nouvelle dans les contextes pluriethniques. Il en va de même pour les anthropologues qui peuvent se voir investis d'une responsabilité nouvelle en tant qu'experts d'un savoir encore marginal dans les sociétés pluriethniques actuelles.

Avec la notion de communication vient l'idée de processus dans un mode de fonctionnement toujours en mouvement et en interaction. D'après Bateson (1980), un regard limité sur la notion de structure donne une impression de trop grande stabilité, alors qu'il considère que les structures ne sont pas des relations figées. Il est vrai que rien n'est fixe avec une vision systémique. Le modèle cybernétique pose quant à lui un regard dynamique sur la notion de différence, un apport qui ne saurait déplaire aux anthropologues, tels Keesing, (1987, 1989) qui se plaignent du côté figé attribué à la culture par l'anthropologie et qui privilégient une analyse sociale de celle-ci. Cette analyse est présente dans l'échelle culturelle conçue par Bateson, mais il convient de la formaliser davantage. En effet, les rapports que Birdwhistell (Bateson *et coll.*, 1981) établit entre la communication et la culture ainsi qu'entre les structures et les contextes supposent une culture qui n'est plus figée et qui s'intéresse au *micro*. Les systèmes *macro* ne sont toutefois pas totalement délaissés.

On s'y intéresse à travers les changements qui se produisent dans ces organismes considérés comme plus stables étant donné leur capacité d'autorégulation, par exemple le fonctionnement de la cellule chez l'humain qui rétablit la température. Ces organismes réagissent toutefois à des vitesses différentes selon la source du changement. En liant *micro* et *macro*, le modèle de Bateson possède ainsi l'avantage de poser un regard sur le point d'impact des politiques sur une population, sans toutefois nier l'apport d'études plus structurales, telle celle de la socioanthropologie dans son étude du développement international qui s'intéresse à l'espace social où se donnent les interactions (Olivier de Sardan, 1995). Du chaos à l'intelligence artificielle (Pessis-Pasternak, 1990) sans brûler Descartes, les scientifiques ont appris à penser la complexité, le mouvement et la coexistence de plusieurs phénomènes en interaction. De crise en crise, ils ont substitué une théorie à une autre à partir de critères donnés par les communautés scientifiques elles-mêmes (Kuhn, 2008).

2.1.2 Les épistémologies constructivistes

En tant qu'adepte de la théorie cognitiviste, Piaget postule le caractère construit ou artificiel de la connaissance scientifique produite par l'homme, même si cette caractéristique est étrangère aux enseignements positivistes. Selon Le Moigne (2007), les épistémologies constructivistes ont toujours existé en tant qu'épistémologies alternatives, depuis Léonard de Vinci et Vico. Ces types de savoirs nous sont restés inconnus, explique-t-il, car ils n'étaient pas légitimés par les institutions de la connaissance, à l'instar des approches herméneutiques (Gadamer, 1976). Pour Le Moigne (2007), une épistémologie est un contrat social qui renvoie à trois questions : Quoi (la question de la connaissance)? Comment (la question de la méthodologie)? Pourquoi (la question éthique)? D'après lui, ces trois questions ont été formulées bien avant leur formulation sous le terme *épistémologie*, une définition proposée par Piaget dans les années 1960 pour l'Encyclopédie de la Pléiade.

Les réponses à ces questions sont différentes selon la culture qui les réfléchit (Le Moigne, 2007). La diversité des doctrines se trouve ainsi réduite par les efforts des institutions scientifiques et civiques. Bien que certains citoyens peuvent être déçus des positionnements épistémologiques des institutions, Le Moigne (2007) considère que les institutions ne peuvent être tenues responsables du peu d'attention accordé aux discours alternatifs; ce n'est pas par « perfidie mais par inculture épistémologique » (2007, p. 8) qu'elles le font. Bateson, malgré qu'il soit reconnu comme un chercheur moderniste, est pour Le Moigne (2007) un des penseurs ayant permis l'institutionnalisation des épistémologies constructivistes. Ainsi, on peut accepter de classer les théories de Bateson dans les épistémologies constructivistes parce qu'elles stipulent que l'Homme ne peut comprendre l'univers en lui-même, mais par l'intermédiaire de modèles théoriques, donc par des modèles construits. Toujours selon Le Moigne (2007), il subsiste beaucoup de confusion entre l'épistémologie postmoderniste et le constructivisme. Selon sa classification, l'objet existe toujours avec l'épistémologie constructiviste, alors que le constructivisme est une sous-classe du postmodernisme où le sujet prime. Ce qui se maintient dans les deux cas est l'idée que l'humain construit ses savoirs, mais, avec l'épistémologie

constructiviste, le savoir est construit sur l'objet et avec le constructivisme en anthropologie, il dépend de la subjectivité du chercheur, car l'objet n'existe plus.

Au tournant du siècle, le débat entre Bourdieu (2004), Latour (1999) et Hacking (1999) aide à cerner la controverse sur le constructivisme que les modernistes et les postmodernistes n'appréhendent pas de la même façon. Dans *Science de la science et réflexivité* (2004), Bourdieu soumet la science à une analyse historique et sociologique. Contrairement au projet postmoderne de Latour (1999), il ne vise pas à relativiser la connaissance scientifique en la réduisant à ses conditions historiques de production, mais plutôt à la considérer comme un objet social construit qui peut être compris à partir de l'étude des luttes d'intérêts, des rapports de force et des facteurs sociaux. Pour lui, le discours social fait émerger des découvertes scientifiques qui sont irréductibles aux conditions sociales qui les ont engendrées. Dans son analyse, Bourdieu s'oppose au modèle développé par Latour (1999) dans son étude d'un laboratoire scientifique. Pour lui, Latour (1999) a une vision réductrice de la réalité scientifique. Il lui reproche d'ignorer la spécificité du champ scientifique et l'existence de cette réalité.

Pour les modernistes, la réalité scientifique se construit certainement à travers les relations entre chercheurs, comme le démontrent les travaux d'Affinel-Rafin et Lefebvre (2002), mais l'objet étudié existe aussi en lui-même. La position de Latour (1999) est une position postmoderne. Pour lui, la connaissance produite dans les laboratoires pharmaceutiques n'est que la conséquence de jeux de pouvoir. Ce faisant, il réduit la production scientifique à des productions sociohistoriques, à des discours et à des jeux de pouvoir, sans reconnaître l'existence d'un objet extérieur aux humains. Bourdieu (2004) s'oppose à l'idée de réduire la science à des jeux de pouvoir.

Plutôt que de questionner la réalité dans son étude sur le constructivisme, Hacking (1999) se demande plutôt de quelle construction sociale il est question exactement (1999). Ce philosophe permet de faire la différence entre l'épistémologie constructiviste et les analyses déconstructivistes postmodernes dans lesquelles on retrouve aussi l'usage du terme constructivisme. Hacking distingue les notions de processus et de produit afin d'éliminer certaines confusions fréquentes chez les constructivistes postmodernistes, confusion qui proviennent, à mon avis, d'une tendance chez plusieurs auteurs postmodernistes à se décrire

comme constructivistes tout en questionnant l'existence de l'objet, le produit, selon les termes de Hacking (1999). Pour Hacking (1999), trop de métaphores peuplent l'univers déconstructiviste de Latour (1999) qui parle, par exemple, de combat scientifique et de mouvement de guérilla.

Selon moi, le constructivisme de Latour (1999) est une sous-catégorie du postmodernisme, Latour est donc plutôt déconstructiviste comme Derrida (1962) que constructiviste comme Bateson (1984). Mis en rapport avec le cognitivisme, le constructivisme peut être considéré comme une sous-catégorie moderniste. De quel objet s'agit-il quand, avec leur approche dite cognitiviste, les anthropologues prennent une position postmoderne? Ils ne peuvent plus utiliser la notion de culture trop associée aux modernistes et à l'objectivité, c'est donc l'ethnicité qui devient l'objet d'étude possible. Selon les postmodernistes, l'ethnicité comprend des qualités importantes, elle est subjective et fluide (Barth, 1995). Ils voient ces deux qualités s'appliquer autant au chercheur qu'aux groupes étudiés, ce qui n'est pas le cas avec la notion de culture.

Les postmodernistes, plus catégoriques, résistent à l'idée de la culture même en tant que construction sociale et la remplacent par la notion d'ethnicité qui ne peut exister comme réalité puisque la réalité n'existe pas. Toutefois, pour Hacking, la réalité existe indépendamment de la pensée et de sa construction sociale, inscrivant ce chercheur dans une épistémologie constructiviste et non pas postmoderniste. Il précise toutefois qu'un objet scientifique n'est reconnu que lorsqu'il est le produit d'opérations mentales. Pour Hacking (1999), construire veut dire mettre ensemble. C'est une analyse dans laquelle le tout vaut plus que la somme de ses parties, une expression bien connue des gestaltistes en psychologie qui équivaut à la notion de schéma chez les cognitivistes. Ce sont d'ailleurs des exemples de la psychologie, notamment le développement de la notion de sujet, que l'auteur utilise pour faire sa démonstration.

Pour terminer cette distinction entre l'épistémologie constructiviste et la position déconstructiviste des postmodernistes, ajoutons que dans cette culture du savoir, le monde ne peut être connu qu'à partir d'une modélisation théorique et méthodologique (Le Moigne, 2007), l'objectif premier des constructivistes, et des herméneutes, étant de révéler (Hacking, 1999), d'exposer. Ceci diffère de l'objectif des postmodernistes et des poststructuralistes qui est de dénoncer. En sciences sociales, le terme réfuter est aussi ambigu que le terme constructivisme,

car son sens diffère selon l'approche que l'on adopte. Pour les postmodernistes, réfuter équivaut à dénoncer. Pour les constructivistes, dénoncer veut plutôt dire démolir de fausses évidences et mettre à jour des techniques inappropriées afin de reconstruire une compréhension plus juste. Dans la tradition française, la position de Foucault reste sur ce sujet ambiguë, le mettant en tension avec l'utilisation « moraliste » qu'on fait de son œuvre dans le contexte nord-américain. Par sa démarche qui propose de faire une différence entre le produit (l'objet étudié) et le processus (la construction sociale de cet objet), Hacking offre ce qui se rapproche d'un protocole de recherche répondant aux exigences d'une approche constructiviste et non postmoderniste.

L'analyse de ces auteurs nous ramène à Piaget (2003) qui, rappelons-le, a fourni l'impulsion essentielle à l'épistémologie constructiviste avec ses travaux sur le développement de la pensée chez l'enfant. À la suite de Piaget, on peut remettre en question des chercheurs lorsqu'ils construisent leurs théories scientifiques. La théorie génétique de ce cognitiviste utilise les notions d'assimilation et d'accommodation, deux mécanismes de transformation de la connaissance aux différentes étapes du développement de l'intelligence. L'*assimilation* est une opération cognitive qui consiste à intégrer un nouvel objet ou une nouvelle situation à un ensemble d'objets pour lesquels il existe déjà un schème cognitif. L'*accommodation* est un mécanisme complémentaire consistant à modifier un schème existant afin de pouvoir y insérer un nouvel objet ou une nouvelle situation. L'équilibration est le processus d'autorégulation entre l'assimilation et l'accommodation. Pour Piaget, le développement de l'individu se divise en plusieurs stades universaux. Les travaux de Piaget ont depuis plusieurs années une importance fondamentale pour les théories de l'affectivité et de l'éthique. Kohlberg (1981) a, par exemple, mis en évidence les rapports entre les stades de développement de l'intelligence et ceux de la morale. Graduellement, les intérêts de Piaget se sont déplacés de l'étude du développement vers celle du savoir dans les institutions. Il s'est notamment intéressé à l'insatisfaction des chercheurs et des enseignants envers les approches modernes et à leurs intérêts pour la légitimation d'autres formes de connaissances. Piaget (1969) fait appel au concept de constructivisme dialectique pour désigner les épistémologies qui prennent en compte à la fois les structures et la genèse de la connaissance.

Si l'on met en rapport Piaget (1969) et Kuhn (2008), on peut penser que les révolutions scientifiques et les changements de paradigmes sont des mécanismes d'accommodation. En

dehors de ces périodes de changements de schèmes, le processus de développement de la science fonctionnerait selon un mode d'assimilation. L'histoire des sciences serait alors une suite d'autorégulation entre assimilation et accommodation. En suivant cette théorie, on peut déduire que les dynamiques interculturelles n'ont pu être étudiées en anthropologie jusqu'à maintenant, car les schèmes anthropologiques existants ne permettaient pas d'assimiler les données générées par ces phénomènes. Mon entreprise dans ce travail est justement de créer un nouveau schème qui permette de penser ce phénomène en tentant de comprendre les limites de celui existant. Si cela fonctionne, les anthropologues qui viendront intégreront ce paradigme dans leur culture du savoir ou l'intégreront dans leur pratique comme allant de soi. En effet, la propriété d'un schème est, toujours selon Piaget, de faire en sorte qu'une idée paraisse naturelle.

Selon Piaget (cité par Le Moigne, 2007), les épistémologies constructivistes abolissent la division entre sciences naturelles et sciences sociales; les disciplines s'ordonnent maintenant à l'intérieur d'une spirale de la connaissance où des cercles concentriques ramènent une forme de connaissance à une autre, rendant possible l'interdisciplinarité. La prudence reste toutefois de mise, car, comme nous l'apprennent la théorie quantique et la pensée de Devereux, l'utilisation d'une seule théorie et d'une seule méthode ne peut permettre d'avoir accès à l'entièreté d'une réalité. En fait, l'approche par discipline bloque la possibilité d'accéder à certains phénomènes, ceux-ci ne pouvant être que partiellement saisis par une méthodologie particulière. Le travail interdisciplinaire s'assure ainsi de faire le tour d'un phénomène commun à plusieurs disciplines à partir d'une question ou d'un objectif partagé. Dans cette rencontre interdisciplinaire basée sur une approche constructiviste, trois courants épistémologiques peuvent se retrouver dans leur façon de se situer vis-à-vis de l'objet : les modernistes avec leur objectivité; les postmodernistes avec leur subjectivité; et les herméneutes interactionnistes avec l'intersubjectivité⁹.

L'herméneutique peut prendre une forme moderniste, postmoderniste ou interactionniste puisque selon White¹⁰, un courant épistémologique est plus une disposition qu'une série de lois ou de règles et de ce fait, chaque courant peut se manifester différemment selon les situations. Ce sont les attentes et les objectifs qui indiquent le mieux à quel courant épistémologique un chercheur

⁹ White (2012) Note de cours : Initiation à la démarche anthropologique. Département d'anthropologie. Université de Montréal.

¹⁰ Ibidem

devrait être associé. Ainsi, quand un chercheur a la croyance que nous pouvons savoir, il serait plus proche du courant moderniste; quand il est sceptique face au savoir ou face à la possibilité de savoir, il se rapproche du courant postmoderniste; enfin, quand il a une fascination pour le processus du savoir, il se situe dans le courant herméneutique. Le sens donné à la culture dépend de la relation au savoir. Chez les anthropologues classiques comme Bateson (1981, 1984), Devereux (1980), Geertz (1968, 1973), Keesing (1987, 1989) et Fabian (1996, 2002), pour ne prendre que les plus récents, la culture est une réalité externe à laquelle il est intéressant de donner sens, ils sont donc modernistes. Toutefois, Bateson (1980, 1981, 1984) et Devereux (1980) sont aussi des constructivistes, car ils considèrent que le sens donné à la culture en tant qu'objet externe est construit par le modèle du chercheur. Bateson et Devereux, tout comme le philosophe Gadamer (1976) et l'anthropologue Agar (1982), sont des herméneutes interactionnistes pour qui le sens se construit dans l'interaction entre l'objet et le chercheur. Chez Bateson (1984), la différence elle-même est une relation.

Comme le dit Le Moigne (2007), on retrouve plusieurs épistémologies constructivistes. Toutes stipulent, contrairement à l'approche postmoderne, que la réalité existe et, contrairement à l'approche moderne, que cette réalité n'est pas totalement extérieure à l'observateur. Ces orientations ont des frontières floues avec l'herméneutique sur laquelle je m'appuie et qui sera développée plus loin. Cette approche se veut interactionniste, elle énonce que l'homme se construit en construisant le monde. Dans un certain sens, on peut dire qu'elle rend possible le fait d'entendre des voix restées marginales en sciences humaines, par exemple celles de Devereux et Bateson qui ont été tenus à l'écart en anthropologie. Toutefois, les deux ont remporté un succès important en psychologie; dans l'intervention auprès des migrants pour le premier et en psychologie systémique pour le deuxième. L'approche herméneutique interactionniste permet également de prendre en compte le contexte d'après-guerre qui engendre la pensée postmoderne et d'y inclure des nuances importantes au sujet du pouvoir et de ses représentations.

2.2 L'épistémologie postmoderniste

Selon Le Moigne (2007), il ne faut pas confondre le constructivisme et le postmodernisme, bien qu'ils aient eu tous les deux un effet de désacralisation dans le contexte culturel de l'époque.

L'épistémologie postmoderniste est une réaction de penseurs français à la Deuxième Guerre mondiale, une guerre dont l'horreur si proche pour les Européens a remis en question la valeur de la science pour la civilisation et le bien-être de l'humanité. Alors que naît cette pensée postmoderniste, plusieurs penseurs français refusent le discours constructiviste naissant (Le Moigne, 2007).

En philosophie, Jean-François Lyotard (1979) se réapproprie le concept de postmodernisme, concept qui apparaît dans le rapport sur *La condition postmoderne : rapport sur le savoir* commandé par le gouvernement du Québec en 1979. Lyotard remet alors en question le savoir moderne considéré comme histoire de l'esprit universel et comme outil d'émancipation pour le sujet. Il ne peut être étonnant que ce rapport ait été très prisé dans une société qui sort d'une révolution tranquille et qui se trouve maintenant gérée par la génération des *baby-boomers* intéressés par leur nouvelle liberté et dégagés des institutions religieuses. Dérangé par le négationnisme, Jean-François Lyotard (1979) entend marquer la fin de l'époque moderne par ce qu'il considère comme l'utopie d'une perfection inaccessible. La postmodernité marque un moment historique, celui de la faillite des grands récits (scientifiques, littéraires, historiques, idéologiques et autres). C'est en étudiant cette question qu'on réalise l'impact qu'aura le postmodernisme en sciences sociales, le terme postmoderne faisant même époque, une impression confirmée par Clifford (2012)¹¹.

La part de cette faillite attribuée aux horreurs nazies apparaît plus claire maintenant, selon Cyrulnik¹², car un grand silence a recouvert cette histoire en Europe. D'après ce chercheur, ce silence n'a toutefois pas empêché la remise en question de la notion de progrès au moment où les horreurs nazies réintroduisaient la notion de barbarie dans le projet de civilisation moderne. La condition postmoderne, selon l'expression consacrée par Lyotard (1979), se caractérise par l'expression d'un individualisme où les critères esthétiques du modernisme cèdent la place à la subjectivité de la perception et de l'expérience individuelle. La montée des totalitarismes des années 30, la Seconde Guerre mondiale et les camps d'extermination remettent en doute la

¹¹ Voir aussi White (2012a)

¹² Entrevue télévisée accordée à Stéphane Bureau, Collection CONTACT, Amérik Média, 2008. Canal savoir, 2012.

possibilité de parler de rationalité, de raison, voire de philosophie, comme le soulignent Horkheimer et Adorno (2002).

Cette vague de critiques se positionne, particulièrement en France, comme pensée poststructuraliste. À Lyotard (1979) s'ajoutent Lacan (1966), Foucault (1976, 1990, 1993), Deleuze et Guattari (Deleuze et Guattari, 1972, 1980) et Derrida (1962) qui s'intéresse particulièrement à la déconstruction. Chacun rejette les tendances universalistes et rationalistes des modernes, en déconstruisant la réalité sociale. Ils se réclament d'une déconstruction de la moralité et de la politique, rendant difficile la dénonciation. Chacun à leur manière, ils s'intéressent aux différences sociales et intrapsychiques. L'œuvre de Foucault et la notion de biopolitique ont particulièrement marqué cette entreprise de déconstruction. À la lecture des philosophes de cette période, il semble que ces penseurs se soient laissés happés par le non-lieu provoqué par les systèmes totalitaires. Cette impression atteint son apogée, et ce qui semble une impasse, lorsque le biopolitique devient le thanato-politique, un contenu sur lequel travaille en profondeur Agamben (1998) qui se conclut par son étude sur ce qui reste d'Auschwitz (1999).

Les institutions occidentales du savoir s'approprient facilement l'épistémologie postmoderniste. Dans *Pandora's Hope* (1999), Latour se demande si l'on doit à la réalité. Dans sa démarche de déconstruction historique, il identifie étrangement Kant au constructivisme alors que Le Moigne le considère moderniste. Latour accuse Kant d'avoir créé un monde horrible. D'après lui, le philosophe allemand a inventé une science-fiction cauchemardesque (p.6). Latour se distancie ainsi autant des positivistes que des constructivistes, car, pour lui, le monde serait créé par les conflits entre les scientifiques. Latour tente d'expliquer les raisons pour lesquelles les scientifiques craignent le phénomène de construction de leur savoir et de démontrer l'intérêt à tenir compte de la sociologie pour le comprendre. Ce faisant, il nie la réalité des phénomènes étudiés par ces scientifiques. Pour le sociologue français, il importe de refaire l'histoire et de prendre un tournant. Ce serait la seule façon de résoudre les problèmes accumulés par les mauvaises décisions philosophiques passées, dont celui de la reconnaissance de la réalité. La réalité se réduirait à une vérité détenue par les dogmes d'une époque, résultat de jeux de pouvoir. Il conclut que « la réalité est donc un objet de croyance » (Latour, 1999, p.14). Il est intéressant de noter que dans son texte, même s'il parle de constructions historiques, il reste lui-même a-

historique puisque sa critique ne fait pas de retour sur l'histoire de la science, se contentant de l'évacuer. Latour critiquera éventuellement sa position extrême et l'impasse où elle l'a mené (2004). Mais quoi qu'il en soit, pour lui, « nous n'avons jamais été modernes »¹³ car l'objet scientifique n'a jamais été séparé des enjeux sociaux.

L'arrivée des penseurs poststructuralistes européens engendre des mutations dans la vie intellectuelle des États-Unis (Cusset, 2005). Les anthropologues américains attaquent alors les fondements mêmes de leur science, un fondement déjà fragilisé par un manque de consensus entre anthropologues sur une définition unique de la culture et sur la fiabilité d'une seule voie méthodologique. Étant donné les hypothèses ontologiques et déterministes qui l'ont fondé (Marcus et Fischer, 1999), le concept de culture est rejeté et avec lui, ses multiples définitions (Herskovits, 1967). Les représentations culturelles et les tendances culturalistes ne peuvent plus échapper aux contingences historiques et à la contestation. N'étant plus une ou des réalités objectives externes, la culture devient un phénomène induit par la subjectivité de l'anthropologue. Les contacts quotidiens de l'anthropologue sont mis en valeur (Crapanzano, 1990; Rabinow, 1988), à l'opposé de ce que faisaient les modernes. Les travaux changent également de format; ils sont maintenant perçus comme une invention poétique à saveur politique (Clifford, 1988; Rabinow, 1988; Tylor, 1986). Dans ses écrits, l'anthropologue doit tenter d'échapper à ses biais personnels, surtout colonialistes, par une méthode réflexive où il se met en scène (Clifford et Marcus, 1986).

Cependant, la réflexivité ne permet pas toujours, et parfois ne permet pas du tout, à l'anthropologue de se voir lui-même comme un être culturel, à l'instar de celui qu'il étudie. Cette possibilité s'est envolée lorsque la notion de culture est devenue taboue¹⁴. Par ailleurs, il est captivant de lire Clifford (2012) et Marcus (2012) expliquer, 25 ans après *Writing Culture*, que Favret-Saada (1985) a eu un impact fondamental sur leur démarche. Avec *Les mots, la mort et les sorts* (1ère édition en 1977), cette ethnologue a orienté le regard anthropologique sur sa propre culture en y étudiant la sorcellerie. Il est fascinant de réaliser qu'il aurait pu être possible à ce moment d'entreprendre un travail ethnologique dans nos sociétés. Mais, la position postmoderne

¹³ Latour, B. (2005) Nous n'avons jamais été modernes : Essai d'anthropologie symétrique. Éditions La Découverte.

¹⁴ White et coll., (2012), Anthropology and The Intercultural Taboo : from Estrangement to Ethics. Panel AAA.

a balayé cette possibilité aux États-Unis et en France et a écarté le discours constructiviste naissant (Le Moigne, 2007).

Dans le contexte postcolonial, il n'est plus acceptable de décrire l'autre (Saïd, 1989). De l'intérieur de l'anthropologie, des discours et des voix postcoloniales et subalternes questionnent un savoir qui s'est construit à partir d'un biais colonial (Bhabha, 1994; Spivak, 1988). On peut supposer que l'anthropologue est particulièrement sensible à ces critiques étant donné que l'autorité de son savoir est déjà remise en cause par l'épistémologie moderne. La crise de la représentation (Marcus et Fischer, 1999) induite par l'influence des poststructuralistes français est nourrie par les critiques postcoloniales, par les études subalternes et par les *cultural studies* (Schleifer, 1992). Abu-Lughod (1991) critique par la suite Clifford et Marcus (1986) en leur reprochant de ne pas avoir tenu compte des femmes et des marginaux, une critique reconnue par Clifford (2012). Elle se positionne contre le culturalisme qui fait disparaître les incohérences entre les pratiques et les discours ainsi que les interactions entre les enjeux locaux, nationaux et internationaux, particulièrement ceux qui sont économiques et politiques. Cette anthropologue critique la généralisation neutre d'un discours social des anthropologues qui facilite l'abstraction et la réification¹⁵. Pour Abu-Lughod (1991), les humains composent avec la culture, mais d'autres facteurs interviennent dans leurs rencontres.

L'épistémologie postmoderniste empêche l'émergence d'une anthropologie interculturelle, car la culture y devient taboue, au point qu'on ne sait plus si elle existe (White, 2006). En même temps, la culture est mobilisée dans les pays postcolonisés par l'État au nom de la nation, par l'industrie culturelle au nom du tourisme et par les différents mouvements autochtones (White, 2006). L'industrialisation de la culture devient facilitée par la technologie de reproduction et par la diffusion mondiale. Avec la mondialisation (Appadurai, 2005) et les processus planétaires (Friedman, 1994, 1995), ce qui reste de la notion de culture devient trop complexe et son étude est vue comme difficile, voire impossible. De plus, les risques d'essentialisme et de réification (Appadurai, 2005) sont si grands qu'on préfère éviter d'étudier la culture. On peut résumer la situation en disant que le bouillonnement de la mondialisation se dilue dans une subjectivité

¹⁵ Verdon (2000), Kuper (2000) et Olivier de Sardan (1995) se positionnent chacun à leur manière contre la culture, mais celle qui est vue comme uniforme, réduite à un symbolisme qui ne tient pas compte d'autres aspects sociologiques, structurels économiques et politiques.

uniformisée où la culture devient une substance individuelle (Friedman, 1995), ce que démontrent des études sur l'ethnicité comme celles de Meintel (1993).

Ainsi, malgré la réflexivité, la polyvocalité, l'évocation, l'accent historique et l'économie politique qui caractérisent la postmodernité (White, 2012a), les seules méthodes considérées par les postmodernes rendent impossible l'étude des rencontres interculturelles, car l'anthropologue ne voit plus la culture et il ne se voit pas comme un être culturel. Plusieurs chercheurs (Appadurai, 2005; Galissot, 1987; Meintel, 1993) valorisent une identité cosmopolite qui laisse de côté les identités ethniques pour atteindre un nouvel âge hybride. Clifford (1997) est plus nuancé. Selon lui, le passage des frontières n'est pas toujours synonyme de libération, pas plus que la nation est toujours réactionnaire. Friedman (2000) critique l'approche postmoderniste de la mondialisation, cette réalité gênante qui ne peut être simplement saisie par la lecture, à partir du sens inscrit par la subjectivité de l'auteur (Friedman, 2000). Dans la même veine, White (2012a) dans un texte sur l'héritage épistémologique de *Writing Culture* soutient aussi que la mondialisation doit être étudiée de plus près. Pour Clifford (2012), la mondialisation représente maintenant une totalité polycentrique et articulée autour de multiples *zeitgeists*, non la continuité d'un dominion impérial.

2.3 L'épistémologie interactionniste

Selon Le Moigne (2007), les épistémologies constructivistes ne sont pas nouvelles. Elles sont seulement restées marginales parce que non légitimées avant les années 60. La même situation s'applique aux épistémologies herméneutiques interactives ou dialogiques. C'est cette troisième voie qui sera maintenant explorée. On y retrouve Devereux et Bateson, deux chercheurs inclassables. Pour les modernistes, le sens est dans l'objet; pour les constructivistes, le sens est construit à partir de modèles; pour l'épistémologie dialogique, le sens émerge de l'interaction et l'intérêt se porte sur le processus du savoir¹⁶. Gadamer (1976) se démarque de l'herméneutique de ses prédécesseurs intellectuels en introduisant un aspect interactif, ou dialogique, dans cette pensée. Sa méfiance envers les méthodes des sciences naturelles pourrait s'expliquer par la caractéristique du positivisme d'offrir seulement la possibilité d'étudier un objet externe à

¹⁶ White (2012) Note de cours : Initiation à la démarche anthropologique. Département d'anthropologie. Université de Montréal.

l'observateur. Pour Gadamer, qui applique sa méthode à l'histoire, un herméneute s'intéresse aux ruptures de sens dont la résolution engendre de nouvelles connaissances qui s'inscrivent dans sa tradition.

Selon la théorie de Gadamer (1976) adaptée pour l'ethnographie par l'anthropologue Michael Agar (1982), et aussi utilisée par Ulin (1991) et Maranhao (1990), un processus de compréhension englobe le chercheur et sa tradition ainsi que l'objet étudié. Cette façon de comprendre inscrit l'interaction dans le processus d'acquisition de la connaissance : interactions entre l'observateur, sa tradition (Gadamer, 1976) et le sujet qu'il tente de comprendre (Agar, 1982); interactions entre l'ethnologue et son terrain; interactions entre différentes échelles d'un phénomène (Bateson, 1984); interactions entre diverses disciplines (Georges Devereux, 1980), interactions entre valeurs et perceptions associées à la culture (Émoung, 1998; Gratton, 2009). Avec cette approche, le chercheur prend non seulement une place dans le système qu'il étudie, mais il peut aussi comprendre comment il en est partie prenante, telle que le développe la psychologie systémique (De Shazer, 1991) et que le postule Bateson (1984), ressource importante pour les épistémologies constructivistes (Le Moigne, 2007) qui permet par son analyse des échelles logiques de clarifier les positions de la troisième voie et de distinguer certaines catégories.

Cerner l'épistémologie herméneutique est un exercice assez difficile. Comme l'affirme Maranhao (1990), la recherche de sens dans l'interaction remet en question les catégories du savoir en changeant l'axe décisionnel. En comparant cette approche aux épistémologies modernistes et postmodernistes, cet anthropologue rappelle que pour les premiers, le savoir est universel et la pensée permet de comprendre la réalité. Pour les seconds, il n'y a plus de savoir, car le savoir est une illusion. Michrina et Richards (1996b) contrastent l'approche herméneutique à l'approche scientifique à partir d'un dialogue imaginaire entre deux chercheurs représentant chaque tendance. Chaque personnage est identifié simplement : le scientifique, l'herméneute. Cette division est classique chez les modernistes et renvoie à l'idée que les herméneutes ne sont pas des scientifiques. Il est intéressant de noter que le scientifique situe Freud dans son camp alors que Freud est vu par les psychologues chercheurs comme un herméneute. Le scientifique de la

démonstration ne considère pas que Freud puisse être à la fois scientifique et herméneute, comme le sont Bateson (1980, 1984) et Devereux (1980).

Michrina et Richards (1996) ont aussi recours à une opposition classique des modernistes : Lumières et romantique, science et culture. Pourtant, la différence faite par Michrina et Richards (1996) entre science et culture ne me semble pas se situer être entre les Lumières et les romantiques, mais entre des conceptions différentes de la culture chez les Français et les Allemands, entre l'idée de culture comme civilisation et l'idée de culture comme monade et particularisme (Cuche, 2004). Dans le sillage de ces anthropologues, il est possible d'introduire des distinctions importantes qui clarifient certains enjeux épistémologiques importants. Harris, (1976) à qui ils font référence, a lui-même mis en lumière cette opposition entre les Lumières et les romantiques par la division entre *étic* et *émic*, division venue de la linguistique avec les termes *phonétique* et *phonémique*. Cette dichotomie sépare les savoirs dits objectifs du scientifique des savoirs locaux dits romantiques. Situer ces savoirs dans leur contexte permet de donner un statut aux savoirs traditionnels et de les repositionner sur le même pied que les savoirs occidentaux. Avec ce recadrage, les savoirs occidentaux, par exemple la médecine, perdent leur position hégémonique pour être considérés comme des savoirs relevant d'une tradition particulière (Gadamer, 1976). Bateson (1980, 1984) trouve aussi important de marquer des divisions (extérieur/intérieur) dans les sources du savoir en affirmant qu'une idée objective est une idée partagée, une idée hors du sujet. Toutefois, pour ce chercheur, cela ne la rend pas plus vraie. La subjectivité est la position d'une personne par rapport à des idées communes considérées objectives, car elles circulent à l'extérieur du sujet. Selon le modèle de Bateson, Freud travaille à deux échelles différentes : l'échelle universelle, comme le constate le scientifique de Michrina et Richards (1996), et l'échelle individuelle où il se fait herméneute.

Pour Bateson (1980, 1984) et l'école de Palo Alto (Bateson et coll., 1981; Wittezaele et Garcia, 1992), la communication, même si elle concerne un niveau individuel, est la culture en action. Il est intéressant de noter que dès 1964, Hymes et Gumperz se sont intéressés à cette question, dans un numéro spécial de *American Anthropologist* (1964) portant sur les ethnographies de la communication. Dans cette publication, on retrouve également deux anthropologues de l'école de Palo Alto, Goffman et Hall. Il est intéressant de noter que dans *La Nouvelle communication*,

Bateson et al (1981) font référence à cette publication (1964). Dans cette revue, l'introduction de Hymes critique les anthropologues qui prennent les communications interpersonnelles pour être connues, acquises et invariables. Au concept de compétences linguistiques qui l'a fait connaître, il ajoute celui de compétences communicatives qui est, selon lui, culturel et social.

Dans ce numéro, Goffman note que de nouvelles variables sociales s'ajoutent constamment aux analyses et qu'elles ont des effets systémiques sur les comportements linguistiques. Il insiste sur l'importance de tenir compte de certaines échelles logiques dans l'étude des interactions. Pour sa part, Gumperz s'intéresse aux données linguistiques des interactions sociales alors que Hall introduit une esquisse de la communication interculturelle à partir d'une ethnographie de la communication. Ce dernier insiste sur les différentes échelles où se produit la communication : la motivation des personnes en contact, leurs connaissances des systèmes respectifs de chacune et la façon dont chacune réagit aux esquisses de l'autre. Pour Hall, des différences apparaissent aux échelles intraculturelle et interculturelle. Avec ce numéro de *American Anthropologist*, les anthropologues sont très près d'introduire la communication interculturelle à leurs travaux, mais il s'agit d'un travail inachevé pour des raisons historiques et idéologiques¹⁷.

Le choc culturel est une rupture qui se produit à l'échelle du mode de vie et qui se manifeste par une émotion. Les rencontres avec l'autre induisent de la fascination ou de la peur, comme cela a été décrit par Appollon (1993), un psychanalyste haïtien. Au niveau cognitif, elles provoquent ce qu'Agar (1982) nomme des ruptures. Selon ce dernier, les anthropologues ont comme métier de rechercher ces ruptures, car elles indiquent qu'ils pénètrent dans l'univers de l'autre. Pour Agar (1982), son travail l'anthropologue donne du sens aux différences en mettant en lumière les similitudes humaines. Cette recherche de ruptures est professionnelle (Agar, 1982). On peut également supposer que c'est son expérience d'anthropologue qui a amené Hall (1984) à formuler le concept de choc culturel. Ainsi, il est probable que lorsque les anthropologues sont sur le terrain ils fassent des comparaisons avec leurs mondes personnel et culturel, avec l'horizon d'où ils viennent (Gadamer, 1976), comme le font tous les humains. Je soupçonne que cette étape du processus, l'analyse est restée dans l'ombre, car elle n'avait pas de place dans le schème de la pensée anthropologique. Ainsi, à l'exception de quelques anthropologues comme Bateson (1980,

¹⁷ White et coll., (2012), *Anthropology and The Intercultural Taboo: from Estrangement to Ethics*. Panel AAA.

1981), Hall (1984), Devereux (1980) et Agar (1982), les anthropologues n'ont pas eu les outils épistémologiques pour utiliser de façon formelle les données générées par leurs expériences professionnelles. Cette différence est importante entre l'anthropologie et le modèle conceptuel de la communication interculturelle (Das, 1993; Cohen-Émerique, 1993) parce que cette dernière vise à faire coexister de façon consciente et formelle les univers culturels de deux personnes en présence et à favoriser une intersubjectivité qui prenne en compte les univers culturels de chacun.

Je m'attarde quelques instants sur les implications de la théorie de la communication telle que développée par l'école de Palo Alto, ce qui permettra de clarifier les enjeux théoriques et méthodologiques de ce modèle de communication et de le mettre en rapport avec l'anthropologie. Bien qu'ayant lieu au niveau individuel, la communication soit vue comme la culture en action (Bateson et coll., 1981; Wittezaele et Garcia, 1992). Prenons l'exemple médical pour ma démonstration, car il permet l'analyse la plus simple. Pour Bateson (1984), si une personne a mal au ventre, trois logiques différentes peuvent entrer en jeu. À l'échelle universelle, les maux de ventre sont matériels; ils peuvent être étudiés à partir de leurs causes. Tous les groupes humains ont développé des savoirs, du moins de manière empirique, pour trouver les causes des maux physiques et offrir des traitements. À l'échelle culturelle, les causes des maux de ventre varient selon les régions du monde et les savoirs locaux en la matière deviennent des particularismes régionaux. À l'échelle individuelle, les causes des maux de ventre peuvent dépendre de la biologie et de la biographie de chacun et les réactions à ces maux de ventre, de la situation personnelle.

Étant la culture en action (Bateson et coll., 1981; Wittezaele et Garcia, 1992), la communication comprend aussi au moins trois échelles différentes; elle est à la fois universelle, culturelle/sociale et individuelle. Quand on se réfère à la douleur, on se situe généralement au niveau universel; lorsqu'on parle de diagnostic et de solution locale, on est plutôt au niveau culturel/social; si on se penche sur l'expérience particulière d'une personne, on se situe au niveau individuel. Il est toutefois impossible de parler depuis ces trois niveaux en même temps, comme il était impossible en physique quantique d'étudier au même moment les ondes et les particules. Partout, il existe des systèmes de signes, de sens et d'action (E. Corin et coll., 1990) qui sont traversés par des différences régionales. Un modèle de communication interculturelle permet ainsi de mettre en

place un système de comparaison qui facilite le passage d'un contexte culturel à un autre, tout en tenant compte des échelles universelles et individuelles. Cette passerelle est nécessaire pour atteindre la compréhension puisque, selon l'école de Palo Alto (Bateson et coll., 1981; Wittezaele et Garcia, 1992), le sens est dans le contexte, un contexte qui n'est plus partagé dans les contextes pluriethniques.

En suivant l'école de Palo Alto, Hymes (1964) et Gumperz (1964), on conclut que l'interaction ne va pas de soi. Avec les modernistes, la communication est vue comme allant de soi au point où les anthropologues n'en tiennent plus compte, ce que Hymes critique (1964). Avec les postmodernistes, la conception de la communication se déplace vers le dialogue, mais un dialogue uniquement à une échelle subjective (White 2012a), faisant dire à Friedman (2000) qu'aussi bien faire de la psychologie. Ensuite, Nader (1988) revient vers Bateson dans son plaidoyer pour une anthropologie post interprétative. Pour cette chercheuse, l'anthropologue passe de la périphérie au centre et l'anthropologie post interprétative développe un paradigme postcolonial et postmoderne. Son analyse la situe du côté des herméneutes interactionnels, car elle démontre qu'un processus de compréhension peut être long et nécessiter des analyses à plusieurs échelles. Elle donne plus de force à l'idée que les échelles macro et micro doivent coexister dans les rencontres sociales (Olivier de Servan, 1995) et dans la recherche de sens (Friedman, 1994).

Les théories qui se développent autour du dialogue cherchent à intégrer différents éléments de sens. D'un point de vue méthodologique, il devient possible de s'intéresser au processus plutôt qu'à l'essence (Michrina et Richards (1996). Dans cette forme de recherche du savoir, le trajet est plus important que la destination (Maranhao, 1990). Un chercheur a ainsi intérêt à noter les étapes de négociation dans la coopération et dans la compréhension mutuelle (Maranhao, 1990; Michrina et Richards, 1996b). On se doit de rester attentif aux jeux de pouvoir et aux biais (Crapanzano, 1990; White, 2011b) si bien identifiés par les postmodernistes. En somme, les épistémologies et la validation sont des enjeux auxquels il importe de s'intéresser, car ils fournissent des informations sur des terrains particuliers (Maranhao, 1990; Michrina et Richards, 1996a).

La relation entre l'anthropologue et ses informateurs reste encore sujette à plusieurs remises en questions, notamment celle de la validité de la description ethnographique. Par exemple, Saïd (1989) critique l'Occident qui décrit l'autre à partir de ses propres catégories et ce faisant, invente l'autre. Cette analyse doit toutefois être nuancée. D'une part, l'anthropologue valide ses analyses auprès de ses informateurs (Maranhao, 1990; Michrina et Richards, 1996a), d'autre part, Devereux (1980) a travaillé sur les dérapages possibles dans ce processus. Dans *De l'angoisse à la méthode* (1980), il s'adresse aux anthropologues et les met en garde contre le risque de concevoir des théories en réaction à l'angoisse induite par les faits observés sur leur terrain. Il leur suggère de mieux se connaître afin d'éviter ce piège. En lien avec son époque, son réquisitoire fait toutefois seulement référence à une connaissance personnelle et intrapsychique et non culturelle. Encore une fois, on note dans les traces de Bateson (1984) le passage d'une logique culturelle à une logique individuelle et le retour à une logique culturelle. Il semble difficile pour les anthropologues, exception faite pour Hall (1984), de concevoir que l'anthropologue soit porteur de culture et que cette échelle doive transparaître dans ses travaux. Le lointain exigé par l'objectivité empêche souvent les anthropologues positivistes de se regarder. Ils ne se considèrent pas porteurs de culture. Est-ce ce manque de conscience culturelle qui explique que les anthropologues aient été si peu réceptifs aux travaux de Dumont (1977) lorsqu'il s'est intéressé aux représentations de l'Occident?

Les modernistes, tout comme les postmodernistes, ne conçoivent pas que leur action transforme leur objet d'étude et qu'ils doivent être inclus dans des analyses systémiques. Les postmodernes tentent de diminuer leurs biais en prenant une position subjective, mais ils ne mettent pas en place des mesures comparatives culturelles, sociales ou familiales. Ils ne saisissent pas l'importance de ce mode de comparaison qui les inclut, car le paradigme épistémologique de l'époque ne le permet pas. Ne prenant pas en compte l'approche interactionniste, ils mettent de côté des informations importantes qu'ils gardent au niveau intime (Agar, 1982; Bateson, 1984; Friedman, 1994, 1995). Une méthodologie en communication interculturelle (Gratton, 2009) propose de faire coexister différents niveaux de réalité; l'objectivité et la subjectivité (Bateson, 1984).

La communication interculturelle tient compte de l'autre, la décentration, et de soi, la centration. Fondée sur la notion de culture, l'approche interculturelle se montre capable de répondre aux préoccupations légitimes des anthropologues postmodernes qui craignent un usage essentialiste de la notion de culture ainsi qu'un silence sur le colonialisme. On peut penser que la notion de centration (Das, 1993; Cohen-Émerique, 1993) aide à prévenir ce danger, car elle permet d'étudier la culture d'une société d'accueil et d'en saisir la complexité et les dynamiques permettant de critiquer ses positions ethnocentriques. Un second concept, le rétrochoc culturel (Gratton, 2009) offre également des outils pour une critique de sa société au fur et à mesure du processus de la rencontre (Michrina et Richards, 1996). La subjectivité est mise en rapport avec une logique culturelle/sociale qui se dévoile dans un processus dialogique (Bakhtine, 1977) avec l'autre.

Pour Bibeau et Corin (1995), les chercheurs influencés par Gadamer (1996) et par Bakhtine (1977, 2003) ont tendance à négliger la dimension tragique de la rencontre en anthropologie. Selon eux, l'Occident a eu une position de violence dans sa relation aux sociétés que l'anthropologie étudie. Aucune empathie, même la plus sensible, ne peut annuler l'hégémonie et reproduire un dialogue égalitaire. Une fois de plus, le recours à Bateson permet de déceler deux niveaux logiques dans cet énoncé. D'un côté, il est vrai qu'une relation ne peut annuler des contentieux historiques (Bakhtine, 2003; Gadamer, 1976) et que les anthropologues ont tendance à intégrer difficilement cet aspect, parce qu'ils sont habituellement en rupture avec la violence faite par leur société. De l'autre côté, et c'est la grande leçon de l'approche systémique développée à Palo Alto et reprise par de Shazer (1991), ce paradoxe peut être résolu si on accepte que les anthropologues fassent partie du système, ce que Rabinow (1988) tente de faire dans son terrain au Maroc. Cette acceptation aide à ajuster une relation asymétrique, à rejoindre l'autre et à établir une relation personnelle qui peut même guérir certaines plaies. C'est du moins ce que j'ai pu ressortir de mon expérience en Jamaïque et chez les autochtones Cris en tant que psychologue et anthropologue. C'est aussi ce que souligne Fassin¹⁸ qui a pu observer que les contacts humains

¹⁸ Économies morales et politiques libérales. Comment les institutions traitent leurs publics. Conférence organisée par Mariella Pandolfi. Professeur titulaire, Département d'anthropologie, Université de Montréal, le 30 octobre 2012.

de la part des policiers quand ils arrêtent des personnes exclues changent les perceptions de celles-ci. Ses observations vont aussi dans le sens de Mercier¹⁹.

Selon Bibeau et Corin (1995), la plupart des anthropologues refusent de remettre en question les inégalités et leur statut dans les relations inégalitaires. Mon expérience d'anthropologue m'a appris qu'il est difficile d'accepter de prendre la place qui nous est assignée dans l'univers de l'autre, surtout si cette place nous renvoie à une position assignée (Foucault, 1972) par le pouvoir de notre société sur celle de l'autre et qu'elle force des privilèges dont on ne veut pas, mais qui viennent avec cette position de domination. Ainsi, les Jamaïcains, surtout les rastafaris qui s'y connaissent en matière de critiques historiques, sociales et politiques (Gratton, 1987), m'ont appris que je suis blanche, une catégorie qui n'existait pas à l'époque dans mon milieu. Ils m'ont permis de prendre conscience que, malgré ma résistance préliminaire, je suis blanche et dans le monde actuel, je bénéficie des privilèges de ma race. Lorsque j'ai pu après de grands efforts émotifs accepter cette situation et la place qui m'était assignée dans l'histoire, mes relations dans ce pays se sont grandement améliorées. C'est certainement grâce à l'aide des Jamaïcains que j'ai pu éventuellement concevoir le concept de *retrochoc culturel* qui met en lumière un processus d'analyse critique envers son propre groupe humain à la suite d'un contact avec l'autre (Gratton, 2009).

Dans la deuxième situation, c'est le rôle violent d'assimilation des Amérindiens, un rôle joué par mon peuple, qu'il m'a fallu reconnaître. Cette réalité étant plus près de moi dans l'espace et dans le temps, il m'a été plus difficile de l'accepter. J'ai découvert des événements occultés par mes livres d'histoire et cristallisés par la loi sur les pensionnats. Accepter m'a finalement permis de jouer un rôle de thérapeute dans cette population traumatisée par cent ans de violence, un rôle que je n'aurais pu jouer en refusant de prendre une place historique dans le passé commun de nos deux peuples. Cette démarche est à refaire, il me semble, chaque fois qu'un anthropologue entre en contact avec l'autre. Un anthropologue ne peut effacer l'histoire, mais en acceptant sa place dans l'histoire de l'autre, il peut aider ce dernier à prendre la place qui lui revient dans l'histoire (Fabian, 2002). L'anthropologue ne peut briser à lui seul tous les privilèges de sa société, mais en

¹⁹ M. Mercier, (2008) *Discrimination positive et inclusion sociale des personnes handicapées*. Université de Namur, AfpaWebTv, suivre le lien suivant: <http://www.youtube.com/watch?v=PwTa7Qcz05g>

introduisant sa différence dans la rencontre, il peut, selon Mercier (2004)²⁰, favoriser mouvement d'émancipation individuel. Comme le dit Cyrulnik (2001), il ne faut pas sous-estimer l'importance d'une main tendue ou d'un regard.

Rendre l'altérité compréhensible (Watson-Franke et Watson, 1975) et donner du sens aux différences sont des entreprises délicates. La méthodologie de Devereux comprend aussi une approche pour intervenir comme psychologue auprès des patients (selon les termes de l'époque) de pays lointains. Il développe son modèle en intervenant lui-même auprès des Indiens Mohave (Devereux, 1996). Pour Devereux (1980), lorsqu'un thérapeute travaille auprès de patients non occidentaux, il doit s'intéresser à l'aspect culturel du discours de son patient. Cet exercice n'est pas nécessaire lorsqu'un patient est de la même origine que le thérapeute, car, dans ce cas, thérapeute et patient partagent le même système de signes, de sens et d'action (E. Corin et coll., 1990), le même contexte (Bateson et coll., 1981) culturel. Dans la rencontre avec l'autre, le psychologue doit ajouter une échelle culturelle aux échelles psychologique et sociale habituelles. Selon la théorie de Devereux, lorsque le thérapeute intervient auprès d'un autre et accorde une attention nouvelle au culturel, il met de côté son travail psychologique. Lorsqu'il s'intéresse à l'aspect culturel du discours, un thérapeute ne fait plus de la psychologie; il tente de donner du sens à une différence (Agar, 1982) qui lui permettra de comprendre un sens individuel. Cette méthode de travail se comprend plus facilement lorsqu'on se réfère à Bakhtine (1977) et à son explication sur l'idéologie qui se diffracte dans la conscience. En d'autres termes, le sens qui se trouve dans le contexte culturel, celui qui intéresse l'anthropologue, se diffracte dans l'expérience singulière de chacun à partir de sa biologie et de sa biographie. C'est ce second contenu qui intéresse le psychologue, mais il n'y a pas facilement accès en face de clients de différentes origines ethnoculturelles. C'est le travail de l'anthropologue.

En réadaptation physique, il arrive que des clients disent avoir été victimes du mauvais œil, une explication qui n'existe pas dans les représentations traditionnelles de la société québécoise. Dans de telles conditions, un thérapeute doit prendre une position anthropologique pour comprendre le sens du mauvais œil dans le groupe du client. Ensuite, seulement, il peut espérer comprendre ce que le mauvais œil signifie dans le cas de ce client particulier. Lorsque le thérapeute est intéressé

²⁰ Ce chercheur s'appuie sur la théorie de l'agir communicationnel d'Habermas (1999).

par le sens culturel du mauvais œil dans ses échanges avec son client, il n'est plus dans la sphère psychologique, mais dans l'échelle culturelle. À l'inverse, lorsqu'il s'intéresse à l'histoire singulière de ce client en rapport au mauvais œil, il se resitue dans la sphère psychologique. L'enseignement de Devereux évite à l'intervenant de prendre une position hégémonique et d'imposer à l'autre un savoir culturel qui ne lui est pas adapté.

Cette démarche demande encore que ce thérapeute ait une formation adéquate à cet égard, soit en relations interculturelles (Cohen-Émérique, 1993; Das, 1993; Gratton, 2009) , soit en ethnopsychiatrie (Moro, 1994; Nathan, 1986). Ce type de formations est rendu nécessaire pour l'intervention en contextes pluriethniques, car les savoirs offerts ont été pensés pour des clients types (Schütz, 2003). L'anthropologie apporte ainsi à chaque discipline d'intervention une connaissance qui lui manque et il appartient au thérapeute de déterminer à quel moment dans son processus thérapeutique son savoir habituel n'est plus suffisant (Devereux 1980 ; Gratton, 2009). La pratique des intervenants a besoin que les anthropologues suivent la voie tracée par Hymes (1964), Gumperz (1964), Goffman (1964) et Hall (1964) et s'intéressent à l'ethnologie de la communication et de la communication interculturelle, un tournant historique que les anthropologues n'ont pas pris. Ne pas avoir pris ce chemin représente, à mon sens, un rendez-vous manqué dans l'étude des dynamiques interculturelles²¹. Les philosophes (Gadamer 1976; Lomomba, 1998) et les anthropologues herméneutes interactionnistes cherchent à comprendre l'autre à partir d'approches dialogiques, de rencontres entre eux et les intervenants travaillant auprès de clients de différentes origines ethnoculturelles. L'herméneute peut aussi se faire critique (Ricoeur, 2010; R. Ulin, 2001; White, 2011a) s'il intègre, comme Mercier (2004), les enseignements d'Habermas sur le pouvoir et certains autres modèles critiques.

L'exposition des principales épistémologies à partir desquelles l'anthropologie s'est construite vise plusieurs objectifs : situer les principaux courants en anthropologie; clarifier les fondements de leurs savoirs; expliquer que ce qu'on perçoit aujourd'hui comme des ruptures peut aussi être des continuités; comprendre les changements de paradigmes et leur intégration par les sciences. Cette démarche permet de saisir les bases anthropologiques des approches en relations interculturelles et en ethnopsychiatrie et les différentes périodes où les anthropologues se sont

²¹ White et coll., (2012), *Anthropology and The Intercultural Taboo: from Estrangement to Ethics*. Panel AAA.

intéressés au dialogue avec l'autre et à l'ethnologie de la communication. À ces moments, les anthropologues ont été proches de s'intéresser de façon particulière aux dynamiques interculturelles.

J'aimerais proposer que cette situation est le résultat, non de personnalités ou de sujets de recherche, mais d'une certaine disposition épistémologique, d'une façon de concevoir la complexité culturelle qui n'est ni moderniste, ni postmoderniste, mais quelque chose de complètement différent, une troisième voie possible. Si nous prenons les exemples de Devereux et de Bateson, nous remarquons que les deux penseurs suivent le mouvement de la science et offrent une théorie et une méthodologie permettant d'appréhender la notion de culture en tant que phénomène complexe et dynamique. En posant un regard interactionniste, ils arrivent à distinguer et à mettre en évidence les rapports complexes entre les différentes échelles de la réalité, entre l'observateur et les faits observés, entre les disciplines. Ils ont ainsi su prendre une position critique en se reconnaissant partie des systèmes étudiés.

Une approche interactionniste critique est nécessaire pour tenter de penser un modèle d'anthropologie interculturelle. Elle n'est toutefois pas suffisante pour entreprendre une analyse profonde du concept de culture, un concept dense (Geertz, 1973) qui nécessite comme tous les concepts denses (Ryle, 1968; Blattberg 2009, 2012) une analyse le mettant en rapport à d'autres concepts connexes, par exemple l'altérité, la relativité ou l'identité. Cette analyse se rapproche alors de l'ethnographie en tant que méthode et production (White, 2011b). En accord avec la notion de tradition (Gadamer, 1976, Agar, 1982, Maranhao, 1990, Lomomba, 1998, White, 2012), j'aborde cette recherche historique à l'aide d'un regard herméneutique interactionniste. Je tenterai de le faire en mettant en dialogue des intervenants de contextes pluriethniques et des anthropologues, dont le métier est de donner du sens aux différences qui éclairent les similitudes humaines (Agar, 1982). Cette démarche permettra finalement d'aider les intervenants à situer les actes à poser dans les contextes pluriethniques de la réadaptation physique.

CHAPITRE 3 : COURANTS ÉPISTÉMOLOGIQUES ET CONTEXTE CLINIQUE

Dans le dernier chapitre, j'ai tenté à partir d'une approche épistémologique de comprendre pourquoi il m'a été difficile pendant longtemps de traiter mes interrogations interculturelles depuis une posture anthropologique et de trouver des outils pour le faire. Il est apparu qu'une approche interactionniste ou dialogique inspirée de Gadamer (1976) constitue une ressource importante pour étudier l'autre dans des contextes pluriethniques (Agar, 1982; Émoung, 1998; White, 2012b), car ce cadre épistémologique peut aussi se faire critique (Frozzini, 2010; Ricoeur, 2010; Ulin, 1991; White, 2011b) s'il intègre les enseignements critiques sur le pouvoir. J'ai mis en évidence l'attrait de certains anthropologues (Goffman, 1964; Hall, 1964; Hymes, 1964) pour l'anthropologie de la communication et l'intérêt de Hall pour une théorie de la communication interculturelle (Hall, 1964). Une décennie plus tard, Hymes (1974) appelle à la réinvention de l'anthropologie, alors qu'il indique dans son introduction que son livre est pour les anthropologues « who ask of anthropology what they ask of themselves - responsiveness, critical awareness, ethical concern, human relevance, a clear connection between what is to be done and the interests of mankind » (Hymes, 1974, p.10).

L'approche systémique développée à l'école de Palo Alto fait voir les rapports entre la communication et la culture ainsi qu'entre les structures et les contextes pour donner à penser une culture qui n'est plus figée et qui revêt plusieurs sens selon le contexte et l'histoire. Les contextes, comme les structures, ne sont pas figés et se cumulent; déjà, le regard interactif systémique s'intéressait au micro et au macro s'approchant de projets à venir comme la socioanthropologie (Olivier de Sardan, 1995) ou l'économie morale (Farmer, 2004; Fassin, 2012). Le travail de l'anthropologue étant d'établir des ponts entre des mondes pour donner du sens (Agar 1982), je le ferai ici en établissant un dialogue entre les anthropologues et les intervenants qui posent des actes auprès de clients de différentes origines ethnoculturelles. Dans cette analyse, je me permettrai de développer les idées du dernier chapitre en glissant quelques données recueillies auprès d'intervenants rencontrés dans le cadre de mes formations en relations interculturelles dans le réseau de la santé où je travaille depuis 2000 (Gratton, 2009). Cette démarche vise à cerner les forces et les limites des courants moderniste et postmoderniste en anthropologie pour répondre aux défis soulevés par les dynamiques pluriethniques.

3.1 Courant moderne : mouvement interprétatif américain

Dans la lignée de Mead, Bateson (Bateson et Mead, 1962), Wikan (1991, 1992) et Barth (1995, 2002), Geertz (1968, 1973) fait aussi des recherches à Bali. Cette région du monde revêt une place particulière pour l'anthropologie culturelle américaine. Il s'agit d'un lieu de diversités culturelles et ethniques, une dimension pourtant peu exploitée par ces chercheurs, faisant dire à Keesing (1989) que les anthropologues ont traité les cultures de l'île comme si elles étaient isolées et statiques. Je note une grande résonance entre les questionnements de certains anthropologues du courant moderniste, particulièrement Keesing (1987, 1989), et les discours des clients rapportés par les intervenants. Consciente des dangers de la généralisation et bien que les intervenants du milieu de la santé soient eux-mêmes d'origines pluriethniques, je vais me reporter à eux en utilisant la notion du modèle type (2003) afin de ne pas alourdir le texte. De la même façon, je ferai aussi référence aux clients immigrants en tant que configuration, bien que la variation de cette population soit encore plus importante (pays d'origine, trajet migratoire, sexe, âge, religion, génération, etc.).

3.1.1 Geertz : la toile de signification

Geertz (1973) veut aller plus loin que les travaux de Weber, Durkheim et Malinowski qu'il trouve trop sociologiques, ce qui bloquerait l'avancée des études sur la religion. Il oppose la culture aux structures sociales sur lesquelles se centre l'intérêt des chercheurs européens. Il décrit la culture comme un système symbolique, une toile de signification tissée par l'Homme et à laquelle le travail interprétatif peut donner accès. Geertz (1973) n'utilise pas de méthode systématique ou explicite et ne favorise pas les comparaisons entre les sociétés (1968). Recourant à une approche interprétative, il étudie les comportements pour aborder les productions culturelles locales comme des textes. Il s'intéresse au sens des phénomènes culturels et non aux fonctions globales de la culture (Geertz, 2002).

La culture se faisant texte, on la lit comme un manuscrit étranger où le sens psychologique d'un comportement n'est pas le seul recherché, c'est-à-dire la description mince (en anglais *thin*), mais le sens profond aussi, la description dense (en anglais *thick*). Pour Geertz, la densité représente la capacité de l'ethnologue à donner un sens profond à ses observations et peut indiquer l'ampleur de ses connaissances sur l'autre. Les concepts autour de la densité sont empruntés à Ryle (1968), dont Geertz s'inspire grandement. Selon Blattberg (2009) qui approfondit la théorie de Ryle, les données sont denses lorsqu'elles sont contextuelles, c'est-à-dire lorsque d'autres concepts connexes peuvent y être associés. Prenons pour exemple le concept d'autonomie dans la société québécoise qui est associé au concept d'individualité sur lequel se construit le lien social. En réadaptation, on peut y associer les concepts d'autodétermination et d'*autonomisation (empowerment)*, tout comme ceux d'appropriation, de liberté de choix et d'indépendance. Tout porte à croire que le concept d'autonomie perd de sa densité dans les contextes pluriethniques, car cette représentation n'a pas forcément le même sens pour les clients immigrants qui viennent d'un lieu dans lequel le lien social se construit autrement (Dumont, 1977). L'inverse se produit lorsque des clients exposent des représentations sociales qui échappent aux intervenants.

Pour Blattberg (2009) qui s'intéresse aux meurtres de masse dont celui de Bali du 2 octobre 2005, les données abstraites coupent le langage de sa source morale, ce qui se passe même avec les droits de la personne. Pour ce philosophe du dialogue interculturel, la réduction d'un concept dense à un concept mince équivaut à parler de NaCl plutôt que de sel (Blattberg, 2009, 2012). En perdant sa densité, le sel devient une abstraction: on ne peut plus discuter de son usage au quotidien, remonter à l'origine de son histoire ou critiquer son mauvais usage. Pour Blattberg²², un des dangers des concepts minces est qu'il déresponsabilise l'auteur et le lecteur et limite le dialogue favorisant la rencontre avec l'autre. Ce philosophe explique cette situation par les principes de droit qui, contrairement aux objectifs, perdent leurs sens quand ils sont réduits à des expressions légales. On retrouve cette superficialité, il me semble, dans les Programmes d'accès à l'égalité en emploi (PAÉE) dans lequel les minorités ethniques sont définies comme des « personnes autres que les autochtones et les personnes d'une minorité visible dont la langue maternelle n'est ni le français, ni l'anglais »²³. Le concept de dommages collatéraux utilisé par

²² Pour consulter Charles Blattberg sur l'interculturalisme, Laboratoire de recherche en relations interculturelles, consulté le 25 juillet 2012, suivre le lien suivant : <http://labrri.wordpress.com/category/ateliers-du-labrri/>

²³ Les autres groupes ciblés par les PAÉE sont les femmes, les handicapés, les Autochtones et les minorités visibles.

l'armée pour parler de civils tués en temps de guerres est un autre exemple des conséquences de concepts superficiels (Blattberg, 2009) ou celui de restructuration en gestion qui couvre des mises à pied massives (De Gaulejac, 2005).

Pour Blattberg (2009, 2012), passer d'une compréhension superficielle à une compréhension profonde demande du temps. En conséquence, la découverte de l'autre et l'implication demandent du temps. Le temps, précise-t-il, est une condition nécessaire au dialogue. Les anthropologues modernes l'ont manifestement compris étant donné les exigences disciplinaires concernant la durée des séjours de terrain. Le temps est aussi une condition importante pour aller à la rencontre de l'autre, rapportent les intervenants qui se demandent souvent s'ils peuvent parvenir à comprendre leurs clients à l'intérieur des limites de temps imposées par les institutions. Geertz leur répondrait qu'il est impossible de parvenir à une compréhension totale, ce qui est d'ailleurs la position d'autres penseurs des courants interprétatifs, dont Schutz (2003).

Geertz (1973) établit un lien entre la culture et le texte qui est la recherche de sens. Toutefois, les similitudes entre texte et culture sont limitées. L'écrit est achevé, statique, en deux dimensions, tandis que la culture est vivante, inachevée, en mouvement constant, même si ce mouvement ne se voit pas facilement à cause de la lenteur caractéristique des structures (Bateson, 1984). Geertz (1973) n'est pas intéressé par la recherche de lois générales, mais plutôt par l'explicitation du sens des actions sociales. Ce faisant, il cherche à saisir l'expérience quotidienne en rapport avec les symboles de la cosmologie. Il veut comprendre ce qu'une personne transmet de son expérience lorsqu'elle dit : « Je suis un Bororo » (Geertz, p. 24, 1973).

Par son analyse, Geertz tente de donner du sens à des symboles qui lui échappent. Plusieurs intervenants entreprennent une démarche similaire devant les multiples modes de vie que leurs clients amènent de leur pays d'origine, bien que les conditions de leurs contacts ne se comparent pas à ceux des anthropologues. Dans le courant moderniste en anthropologie, les chercheurs passent de longues périodes avec un groupe particulier qu'ils ont choisi et pour lequel ils se sont préparés avant le départ. Dans le cadre de leurs activités professionnelles, les intervenants doivent travailler avec des clients immigrants de toutes origines qui demandent des services dans un temps relativement court et pour lesquels ils n'ont pas nécessairement eu de préparation. Ils ne

doivent pas seulement donner du sens aux aspects symboliques, mais ils doivent aussi donner du sens, dans le cas de la réadaptation physique, aux mesures sociales qui favorisent la réinsertion des handicapés immigrants dans leurs groupes d'origine et dans la société d'accueil, des mesures qui peuvent être contradictoires (chapitre 9). Les intervenants doivent donc développer une connaissance sur la façon dont les groupes se sont réorganisés à la suite de la migration (Barth, 1989) et sur les ressources disponibles pour leur clientèle.

Contrairement aux anthropologues, leurs apprentissages de l'autre et de leurs clients se développent à partir de leurs tâches quotidiennes et auprès de personnes vulnérables qui peuvent difficilement jouer le rôle d'informateur. Malgré tout, les observations répétées des intervenants provoquent, selon les termes d'Agar (1982), des ruptures qui engendrent un questionnement ressemblant à l'expérience anthropologique. Comment savoir si un comportement venu d'ailleurs et qui n'a pas de sens dans sa propre culture relève de l'individu ou de sa culture? Alors que le questionnement des anthropologues modernistes concerne les rapports entre nature et culture, entre universalité et culture, les intervenants ont compris, à l'instar de Bateson (1984), qu'un changement d'échelle logique peut entraîner un changement de sens et que la culture est un contexte particulier qui peut donner un sens différent à soi, à la vie, au monde matériel comme immatériel.

Pour Geertz (1973), la recherche de Lévi-Strauss ne concerne pas chaque homme ou groupe d'hommes, mais l'humanité dans son ensemble. Dans ce cas, il considère que les niveaux logiques (Bateson, 1984) sont clairs. Toutefois, Geertz (1973) confond l'échelle psychologique et l'échelle sociologique lorsqu'il affirme que les travaux de Lévi-Strauss sur la pensée sauvage « ne sont pas vraiment sociaux, mais psychologiques » (Geertz, 1973, traduction personnelle, p.357). Dans ce cas, il commet une erreur de niveau logique. L'analyse de la notion de bricolage de Lévi-Strauss lorsque reprise par Geertz (1973) et Douglas (1989) met cette situation en évidence. Pour Lévi-Strauss, le bricolage est culturel, pour Douglas, il est universel et pour Geertz, il est individuel. Par ailleurs, quand on applique le modèle de Devereux (1980), il devient plausible que le bricolage soit à la fois individuel, culturel et universel. La question est alors de savoir les formes qu'un invariant peut prendre selon des groupes humains différents et selon ce qu'en fait un individu en particulier. Cette difficulté est un enjeu important en intervention, car

une manifestation locale peut cacher une composante universelle importante. Si des anthropologues chevronnés trouvent difficile de définir les balises pour catégoriser un comportement, on peut aisément comprendre les défis posés aux intervenants, dont ce n'est pas la tradition professionnelle ou disciplinaire.

Geertz (1973) critique l'approche d'anthropologie sociale, notamment celle de Lévy Bruhl et de Malinowski, car leurs travaux n'ont pas fait de différence entre les actions pratiques et les rencontres mystiques. En fait, il leur reproche de ne pas distinguer et de ne pas s'intéresser aux contextes de production des symboles. Malgré l'aspect réducteur de son modèle d'interprétation et son manque de comparaison à d'autres modèles interprétatifs, Geertz fournit un outil important dans la compréhension du débat québécois actuel sur la religion et la laïcité. Ce débat se construit maintenant dans un contexte pluraliste et renvoie par certains éléments au même débat en France, tout en s'y éloignant étant donné que la séparation de l'État et du religieux y est très antérieure. Ainsi, Geertz clarifie deux niveaux de logiques différents; d'une part, les croyances en soi, et d'autre part, le modèle (*template*) que la religion apporte sans que cela soulève de sentiment religieux. C'est une différence du même ordre qui existe entre croyances et valeurs. Pour lui, il s'agit de ne pas confondre les données de la cosmologie avec les modèles fournis pour la vie quotidienne. Par exemple, d'un point de vue culturel, l'agenda hebdomadaire s'enracine, si on applique le modèle de Geertz, dans une cosmologie chrétienne de l'organisation du temps et de la création du monde qui s'est faite en une semaine. Pour certaines personnes, cette donnée soutient une croyance religieuse. Mais, même dans ce cas, l'utilisation d'un agenda, basé sur un temps chrétien, ne renvoie pas à un sentiment religieux, mais à un objet pratique qui permet une gestion d'un temps séculier.

Dans le débat sur la laïcité en cours, ceux qui demandent la disparition de tous les signes religieux ne font certainement pas référence à l'agenda, ils ne réalisent probablement pas qu'il révèle une organisation chrétienne du temps. Cet objet n'est pas, contrairement aux croix ou à la prière par exemple, associé au religieux dans la pensée populaire. Par contre, un intervenant s'est déjà fait accuser d'hypocrisie par un immigrant musulman pratiquant, car il ne reconnaissait pas dans son agenda une source chrétienne d'organisation du temps. Cet intervenant a été médusé par une telle interprétation qui, très clairement, commet l'erreur de mélanger les niveaux logiques

entre pratiques traditionnelles sans connotation religieuse, et valeurs et croyances religieuses. Il s'agit d'un problème fréquent dans les rencontres interculturelles.

3.1.2 Keesing : la distribution inégale du savoir

Pour Keesing (1987), la culture n'est ni un phénomène collectif comme chez Geertz (1968, 1973, 2002), ni un système comme chez Lévi-Strauss. Il base ses critiques sur les avancées de la linguistique et sur les approches cognitivistes. Keesing (1987) prend Geertz au mot et se demande comment l'indigène lit le texte de sa culture. Il remet en question la connaissance reconnue aux indigènes de leurs symboles, rituels, métaphores, ainsi que des connexions qui composent cette toile qu'est la culture. Sa critique porte en premier sur la quête interprétative (1987), sur la distribution inégale du savoir qu'elle implique, sur les idéologies enfouies dans la culture et sur les difficultés inhérentes à la traduction de la culture comme texte. Dans un second temps (Keesing, 1989), il s'intéresse à la quête exotique des anthropologues et aux données différentes produites par le même terrain. Keesing analyse cette variation à partir des difficultés de recueil des données et de leur interprétation. Il cible les difficultés du terrain (barrières linguistiques, variations dans les réponses des informateurs, etc.). Le pluralisme social qu'il observe à l'intérieur des sociétés étudiées le pousse vers une sociologie de la connaissance où il apparaît que les informateurs n'ont pas tous le même savoir, ce qui dévoile des inégalités sociales. J'ajoute qu'à l'heure actuelle, cette situation se complexifie avec toutes les classes intersectorielles (Bilge, 2009). Les intervenants observant des différences culturelles peuvent être troublés quand les informations qu'ils obtiennent varient énormément à l'intérieur d'un groupe. Ils ont alors encore plus de difficulté à leur donner du sens. N'oublions pas qu'à l'instar des anthropologues, les intervenants ont aussi des compréhensions variées des informations que leurs clients leur communiquent.

Les critiques de Keesing (1987, 1989) sont pertinentes pour mon analyse. En effet, contrairement au texte, la culture est un phénomène dynamique qui comporte des éléments et des structures qui réagissent de façon contextuelle et à un rythme différent (Bateson, 1984) sous l'impulsion de plusieurs variables : économiques, politiques, historiques, sociales et individuelles. Keesing

(1987, 1989) affirme que dans la vie sociale, il faut rechercher et traiter les rapports de force et les mouvements, car ils influencent la vie des groupes et des personnes. La position de chacun est en rapport aux savoirs qu'il détient dans sa société. Dans un groupe humain, tout savoir est distribué en fonction de la distribution des pouvoirs en lien avec les normes de la tradition (Keesing, 1987, 1989). Pour Keesing (1987), la toile de significations de Geertz (1973) recouvre une double mystification : elle cache des idéologies qui déguisent des réalités politiques et économiques. Même dans les sociétés sans classe, les idéologies serviraient à légitimer le pouvoir de certains. Pour dévoiler ces idéologies, il faut se demander qui crée le sens et à quelles fins? Il s'agit de cerner la place sociale des informateurs-clés et de comprendre les mécanismes d'assignation de cette place (Foucault, 1972) en regardant la nature et la complexité des connaissances que l'informateur a d'un sujet particulier.

L'analyse de Keesing (1987, 1989) sur la distribution inégale des savoirs s'intéresse aux variations des réponses d'une personne à une autre, mais elle n'explique pas les variations de réponses chez un même informateur, une situation observée par Wikan (1992) lorsqu'elle tente de donner sens à une information contradictoire d'une informatrice de Mead. On peut supposer que les facteurs sociologiques et psychologiques ont une influence sur la variation des réponses d'une personne. À l'échelle sociale, une variation dans les réponses peut être un indicateur de transformations sociales relativement rapides, comme l'exemple du Québec à la suite de la Révolution tranquille. Je pense que si Miner (1985) avait revu en 1970 ses informateurs des années 30 leurs réponses auraient été différentes, particulièrement concernant la sexualité. Dans le cas de l'informatrice de Mead qui est revenue sur ses réponses des années plus tard, il est difficile de ne pas y voir un lien avec la perte de la liberté sexuelle observée par Wikan (1992) et le prosélytisme religieux américain qui s'est implanté dans la région depuis le premier séjour de Mead.

La deuxième critique de Keesing (1989) met les anthropologues en garde contre une trop grande recherche de cohérence et une tendance vers l'exotisme. Acceptant la critique de Saïd (1989), Keesing (1987) croit que c'est non seulement la culture comme texte qui pose problème, mais l'usage même de la notion de culture qui engendre une essentialisation de l'autre représenté comme étant radicalement différent. Pour Keesing (1989), l'anthropologue reste un traducteur de

l'univers de l'autre. L'autre serait donc créé par l'anthropologue et l'ethnographie pourrait être une source de réification. Dans son analyse, il pourfend la cohérence du sens culturel qui serait, contrairement à la position de Geertz (1973), un artefact des études anthropologiques où les bornes mises en place pour des fins d'analyse doivent être discutées. Selon Keesing (1989), des problèmes de traduction sont souvent à l'origine des enjeux qui les questionnent. Sa solution est de défaire l'unité culturelle pour parler de mosaïques locales ou de variations culturelles locales. Même si des arguments associés aux critiques postmodernes commencent à transparaître dans son texte, il critique à cet instant les postmodernes pour leur manque de rigueur qu'il nomme « le relativisme des postmodernes ». Pour Keesing (1989), il ne faut pas rendre l'autre exotique, il faut le montrer dans sa vie quotidienne sans trop interpréter et en complexifiant sans trop relativiser. Comment y parvenir? Selon lui, ce serait en développant une meilleure connaissance de la langue locale.

Il est intéressant de constater que la discussion de Keesing (1989) soulève la question même de la valeur des différences culturelles observées par les anthropologues et de leur interprétation. Pour Shaw (1989) qui répond à Keesing, il faut s'occuper avant tout de notre humanité commune. Le débat entre Keesing et Shaw met en évidence deux échelles différentes, l'échelle universelle dont il faut certainement tenir compte et aussi l'échelle culturelle qui est plus problématique. On retrouve un débat similaire en santé. La question posée est la suivante : est-ce que les différences culturelles sont significatives et faut-il s'en occuper? Pour certains, il faut nommer les différences et en tenir compte; pour d'autres, il ne le faut pas. Au fil des années et des formations en relations interculturelles, j'ai pu observer que ces positions contradictoires sont souvent en rapport avec une question de seuil. En effet, lorsqu'il y a peu de clients immigrants, leur présence engendre un intérêt exotique. Les intervenants disent que « Ça les change de leur clientèle habituelle ». Puis, lorsque la clientèle augmente, les réactions deviennent antagonistes: pour certains intervenants, il faut tenir compte des différences, car elles ont leur importance, pour d'autres, elles ne sont pas significatives et on fait de la discrimination si on y attache une importance quelconque (Gratton, 2009). Lorsque le nombre de clients immigrants atteint un nouveau seuil qui fait en sorte que les intervenants sont dépassés, les positions s'uniformisent à nouveau : « Il faut s'en occuper », disent-ils.

Les préoccupations interculturelles des intervenants et des clients immigrants doivent être situées dans des contextes pluriels particuliers où les savoirs ne sont certainement pas distribués de façon uniforme et égalitaire. Du côté des intervenants, les types de soins et les disciplines sont complexes et les clients n'y ont pas accès de façon uniforme. Du côté des clients immigrants, aux facteurs sociodémographiques que l'on retrouve dans la clientèle locale habituelle s'ajoutent de nombreux autres comme les générations, la durée au pays d'immigration, l'origine ethnoculturelle et religieuse, le statut migratoire, le processus migratoire, sans parler du pays d'origine. Finalement, entre les intervenants et les clients immigrants s'ajoutent encore différentes barrières caractéristiques des soins et des interventions dans les contextes pluriethniques: la méconnaissance du système de santé, les barrières linguistiques et les valeurs culturelles (Battaglini, 2000).

Par ailleurs, la prise en compte ou non de tous ces facteurs est filtrée par d'autres facteurs comme les traditions culturelles nationales (États -Unis, Canada, Québec). Lors des formations que j'ai données et qui ont concerné plus de 4000 personnes, j'ai remarqué que la vision de la pluralité qu'ont les intervenants et les gestionnaires est influencée par leur contexte spécifique de travail, contexte qui varie selon le nombre et l'origine des clients immigrants ainsi que selon les caractéristiques propres des départements, par exemple la complexité des soins prodigués. Intriguée par cette question, j'ai fait quelques recherches informelles au fil des années afin d'explorer davantage cette question. J'ai demandé à des participants de vérifier le nombre de clients nés à l'étranger dans leurs services. Leurs réponses pouvaient varier de *quelques-uns* à la *grande majorité*, une variation présente entre diverses institutions, mais aussi à l'intérieur d'une même institution à mandat unique, telle la réadaptation physique.

Par exemple, en regard du pourcentage de la population immigrante de l'île de Montréal, il y avait une surreprésentation de clients immigrants dans un service de neurologie d'un hôpital de réadaptation et une sous-représentation de cette population dans son service de musculosquelettique²⁴. J'ai réalisé cette enquête, à la suite à la lecture de la recherche de Ibrahim et coll., 2002 qui démontre qu'aux États-Unis, les Noirs refusent les remplacements de hanche et

²⁴ Dans les services musculosquelettiques, on traite par exemple des personnes qui ont subi des remplacements de genou ou de hanche ou encore des amputés.

de genou. Je me suis demandé si l'on retrouvait cette population dans les services musculosquelettiques. Cette simple vérification a engendré quelques problèmes méthodologiques. D'une part, on note avec cet indicateur sociodémographique américain une réduction de la culture à la race. D'autre part, la race comme variable n'est pas un indicateur acceptable pour le Canada. Je l'ai donc remplacée par le pays d'origine à la naissance. Pour le cas qui m'intéresse, il s'agit d'Haïti. J'ai ensuite comparé la présence de ces clients dans les différents services de réadaptation, ce qui a confirmé les résultats d'Ibrahim et coll. (2002) et les différences que j'ai mentionnées plus tôt (Gratton, 2009).

Des variations dans la composition de la clientèle immigrante semblent avoir un impact sur les opinions et les savoirs que les intervenants développent concernant les problématiques pluriethniques. Toutefois, des données sociodémographiques de ce type échappent souvent aux organisations. Leur cueillette ne peut se faire que de façon informelle. Des données de ce type entrent par ailleurs dans la catégorie des données taboues (Gravel et Germain, 2008). À l'heure actuelle, les institutions ne voient généralement pas l'importance de ces données. En conséquence, ce facteur n'est pas considéré comme influençant les conditions de travail des intervenants, nuisant au développement de savoirs spécifiques localisés et de conditions d'accueil de ces nouvelles clientèles.

En accord avec Keesing (1987, 1989), je ne vois pas que la culture puisse être étudiée comme un texte, surtout en interculturel. Dans ce contexte, il est nécessaire de développer un modèle pluriel et dynamique pour permettre de faire coexister les différents niveaux logiques (Bateson, 1984) du pluralisme. Seule une vision globale qui laisse place aux spécificités contextuelles rendra possible la compréhension des enjeux spécifiques aux dynamiques interculturelles. Il s'agit de s'intéresser autant au vécu de tout un chacun qu'aux structures. Le modèle recherché doit pouvoir prendre en compte les changements induits par des variations de populations et les seuils qui transforment la qualité et la nature des rencontres.

Pour des raisons historiques, l'immigration au Québec avant les années 1960 était seulement d'origine européenne, un ensemble assez uniforme du point de vue social. La distance culturelle, sociale et politique, pour ne pas dire religieuse, était moins importante que celle qui se vit

actuellement avec les populations immigrantes qui représentaient 20.3% de la population montréalaise en 2006 et 30.1% en 2011 (Montréal en statistiques). Ce pourcentage varie d'un arrondissement à un autre, comme l'illustre l'arrondissement de Ville Saint-Laurent où l'immigration récente représente jusqu'à 50% de la population. Une autre caractéristique à considérer est que Montréal n'arrive pas à retenir l'ensemble des immigrants qui s'y installent, ce qui provoque un flot constant de nouvelles arrivées migratoires qui compense cette déperdition. Ainsi, toujours selon Montréal en statistiques, en 2010 et 2011, la ville a accueilli 38 315 immigrants et elle a eu un solde de 33 523 immigrants. Les populations immigrantes se déplacent beaucoup vers la couronne nord de Montréal. La Ville de Laval connaît un changement plus radical que Montréal par rapport à sa population totale, malgré un pourcentage moins élevé qu'à Montréal, car ce changement se produit dans une très courte période. De 1996 à 2006, la population immigrante y est passée de 14.6 à 20.2 %. Elle est de 23% en 2011 et selon les prévisions, elle sera de 25% en 2015 (communication personnelle). Le changement de population est récent et son rythme est plus rapide. Toujours selon Montréal en statistiques, en 1996, Haïti et le Liban occupent les premiers rangs des classements des lieux de naissance des immigrants résidants à Montréal. En 2001, l'Algérie et la République populaire de Chine qui arrivent en tête de liste.

On ne peut faire l'économie de la notion de seuil, car, tel que l'explique Bateson (1984), le seuil est une mesure utile quand interagissent des variables entre lesquelles il y a disparité, par exemple lorsque plusieurs échelles coexistent. Le seuil est ce qui produit l'interaction entre un changement et une tolérance. Il est à la fois objectif et subjectif (Bateson, 1984). Par exemple, la croissance progressive du nombre des automobiles n'a pas d'effet perceptible sur les transports jusqu'au moment où, subitement, le seuil de tolérance est dépassé et la circulation s'embouteille. « Le changement d'une variable met en évidence la valeur critique de l'autre. » (Bateson, 1984, p. 64). En d'autres termes, la notion de seuil indique qu'une impression qualitative, tel le sentiment qu'il y a trop d'embouteillages, indique effectivement un changement quantitatif qui influence la qualité d'une situation. Penser en termes de seuil permet ainsi de considérer que les impressions des personnes, des intervenants et des clients immigrants indiqueraient que les capacités structurelles d'un lieu ou d'un service peuvent absorber ou non les changements générés par les dynamiques interculturelles. Selon Bateson (1984), chaque phénomène doit être

envisagé depuis une perspective qui permet d'évaluer l'harmonie particulière de chaque système, c'est-à-dire sa capacité à supporter ou non de nouveaux changements. Cette analyse permet de penser en termes de moyens pour redonner, au besoin, leur synchronie et leur harmonie aux systèmes en état de changement. La notion de seuil est très utile en écologie par exemple (Bateson, 1984).

Le modèle recherché pour étudier les dynamiques interculturelles doit s'intéresser aussi aux mécanismes de changements des nouvelles sociétés pluriethniques, aux limites des changements possibles en territoires migratoires, aux limites possibles d'adaptation des institutions ainsi qu'à leurs capacités réelles de répondre aux défis du pluralisme. En réadaptation physique, la logique d'intervention s'appuie sur l'autonomie, concept dense qui suppose des mécanismes sociaux traversant l'évaluation des besoins, l'élaboration des plans d'intervention, les choix de chaque client et la définition de la réussite de l'intervention. Ainsi, pratiquant dans un monde pluraliste, il devient nécessaire de mettre en doute la valeur de ses propres représentations pour l'autre. Je remets alors en question, pour des raisons éthiques, la notion d'autonomie dans le cas de clientèles émigrantes (Gravel et coll., 2010).

3.2 Le courant postmoderniste : du texte au cosmopolitisme

La notion de culture et les frontières ethniques deviennent fluides avec la fin de la période coloniale et avec le déplacement massif de populations immigrantes du Sud vers le Nord. Cette mouvance humaine est parallèle à une mouvance dans les savoirs occidentaux. En Amérique, emportés par la vague postmoderniste influencée en partie par la pensée d'Europe, les anthropologues attaquent les fondements mêmes de leur propre science : le concept de culture, l'ethnographie comme savoir et l'ethnographie comme texte (White, 2006). En tant qu'objet d'étude, la culture n'est plus vue comme une réalité objective externe, mais comme une production dépendante de la subjectivité de l'observateur. La nature même de l'écriture est interrogée pour sa propension à masquer les conditions de production de la connaissance. Sur cette question, Fabian (1983) devance les postmodernistes (Clifford, 1988; Marcus et Fischer, 1999; Rabinow, 1988), mais les tient à distance (Fabian 1995). Le chercheur est perçu comme ne pouvant éviter les pièges d'un savoir où ses préoccupations prennent le pas sur la réalité (Marcus et Fischer, 1999). Dans cette logique, l'ethnographie devient la transmission d'un discours où

l'autre est construit à partir de la subjectivité du chercheur, autrement dit, la transmission d'une représentation. Pour tenter d'éliminer ces biais, le chercheur doit se mettre en scène à partir d'une approche réflexive qui lui permet de retrouver une certaine crédibilité scientifique (Clifford et Marcus, 1986). En réponse à ces critiques, la représentation des pratiques culturelles ne peut plus échapper aux contingences historiques et à la contestation.

Dans ce contexte où la domination coloniale cède la place aux mouvements d'indépendance, on ne peut plus écrire sur l'autre sans qu'il ait la possibilité de défier cette parole et sans que l'anthropologue remette en cause sa propre autorité. Les écrits doivent donc changer de forme. Pour éviter le piège de la prise de parole, elles deviennent des inventions poétiques à saveur politique qui visent l'évocation davantage que l'explication. Pour Clifford et Marcus (1986), on assiste à *une véritable crise de la représentation*, en anthropologie tout comme dans les sciences sociales en général. Cette crise est d'autant plus forte qu'elle est nourrie par des chercheurs venant d'ailleurs (Abu Lughod, 1991; Mbembe, 2000; Appadurai, 2005). C'est l'émergence des *postcolonial studies* (Appiah, 1993; Bhabha, 1994) et des *subaltern studies* (Spivak, 1988). C'est aussi l'apogée de l'orientalisme de Saïd (1989), ce concept plus littéraire que sociologique qui reproche aux anthropologues d'avoir créé une image des peuples étudiés plus concordante à leur propre vision de la différence de l'autre. Cette idée est nuancée, du moins jusqu'à un certain point, par Scheper-Hugues pour qui la connaissance anthropologique doit être vue comme un produit de l'interaction et non comme extraite d'informateurs à partir de plans secrets (citée par Michrina et Richards, 1996a). Cette critique nous renvoie à Keesing (1987, 1989) et à Fabian (1996, 2002), mais cette fois-ci, elle provient d'anthropologues issus de ces sociétés.

Si on accepte les critiques postmodernistes, le temps ne peut plus s'ancrer dans le passé et doit se centrer sur le présent. Le mode de régulation des pratiques sociales se fragmente et les identités individuelles et collectives se redéfinissent et se fragilisent. Deux questions se posent alors: comment penser l'après-colonialisme? Comment penser après le colonialisme (Abélès, 2005)? Selon Appadurai (2005), de nouvelles catégories sont nécessaires pour dépasser la domination de l'Occident.

3.2.1 Appadurai : la mondialisation

Appadurai est un anthropologue d'origine indienne qui a toujours vécu, dit-il, dans l'entre-deux. Il critique les modernistes pour leur volonté de s'abstenir de toute subjectivité et tente de condenser les rapports entre le subjectif et l'objectif dans l'omnipotence de l'imagination. Son concept d'*ethnoscape* fait référence à la fois au paysage intérieur et extérieur (2005). Pour Appadurai, la notion de représentation est statique. Il cherche son nouveau référent qui serait à la fois dynamique et subjectif et plus représentatif des flux culturels, tout en permettant de porter un regard sur les groupes qui subissent des déterritorialisations. Avec sa théorie du flux/paysage, il cherche à concevoir la mondialisation ainsi qu'à rompre avec les conceptions objectivistes, avec l'opposition centre/périphérie et avec les théories néomarxistes du développement. Il veut élaborer une théorie de la circulation loin d'une vision centrée sur les structures. Son appareil théorique lui permet finalement de remettre en question les frontières et les rapports entre le local et le mondial.

Tout en s'opposant à l'idée de perte de culture par les immigrants, Appadurai (2005) utilise la métaphore du rhizome de Deleuze et Guattari pour expliquer la gestion du pouvoir des immigrants qui, tout en restant en contact avec leur pays d'origine, se réorganisent sans suivre une ligne de subordination hiérarchique. Pour Appadurai, la mondialisation marque la disparition d'une civilisation où la transmission et la tradition jouent un rôle prépondérant. Il est intéressant de noter que le penseur dans son analyse fait passer la métaphore du rhizome d'une échelle intrapsychique à une échelle sociale du pouvoir. Ce passage est cohérent avec sa vision de l'omnipotence de l'imagination, mais pose, selon une analyse inspirée de Bateson (1984), des questions quant aux échelles logiques qui disparaissent de l'analyse.

Dans ce contexte mondial, les identités sont en constante mutation. Selon Abélès (2005) qui signe la préface de l'ouvrage d'Appadurai *Après le colonialisme*, la position de l'anthropologue indien va à l'encontre d'un localisme ancré sur le territoire de l'État-Nation, car elle met en lumière des solidarités transnationales et des organisations internationales comme les ONG. Pour Abélès, Appadurai (2005) suit les traces de Geertz (2002) pour qui, dans le monde actuel, l'altérité radicale n'a plus sa place et les entreprises ethnographiques qui tendent à réifier le local doivent

être revues. Appadurai s'appuie sur la distinction entre savoirs locaux et *globaux* de Geertz et insiste sur le fait qu'il n'est plus possible d'avoir des théories générales en sciences humaines. C'est pour cette raison qu'il favorise les recherches multisites. Il établit un contraste important entre identité et ethnicité. Pour lui, l'identité est toujours en reconstruction, tandis que l'ethnicité se rapproche « fâcheusement » (Appadurai, 2005, p. 45) de la notion de culture, une culture qui a une composante naturaliste et substantielle. Appadurai (2005) refuse d'utiliser la forme substantive de la culture, mais accepte sa forme adjectivale qui souligne les dimensions contextuelles, heuristiques et comparatives. Dans ce cas, il est possible de tenir compte des différences. Il se situe ainsi dans la position critique de certains anthropologues qui craignent un usage essentialiste de la notion de culture et qui préfèrent soit la mettre entre parenthèses, soit utiliser des termes comme identité ou ethnicité pour ne pas parler de culture (Brightman, 1995).

Appadurai (2005) s'oppose à l'ethnicité qu'il considère comme une instrumentalisation de la culture, une culture qui n'est même pas différenciée de la race, précise-t-il. Pour lui, il est important de mieux comprendre la construction de l'ethnicité afin de faire taire l'argument primordialiste et essentialiste. Cet argument peut nourrir des violences ethniques et prendre des formes intégristes où la peur de l'autre verse en des actes de violence graves. Appadurai oppose également le concept d'ethnicité au cosmopolitisme. Pour lui, l'ethnicité est un avatar des constructions et des reconstructions des groupes ethniques, conséquences des frontières dessinées par les puissances colonisatrices. Tout comme le postcolonialisme, il perçoit l'ethnicité comme un danger posé au cosmopolitisme. Le problème soulevé par Appadurai n'est pas nouveau; autant pour lui que pour Schwimmer (1980), les groupes ethniques semblent inexistants avant le colonialisme et se recomposent avec l'urbanisation. Selon ce dernier (1980), à la suite de leur indépendance, les États postcoloniaux ressentent le besoin de créer une identité *nationale* afin de contenir ces ethnicités multiples.

La nécessité de l'analyse urbaine et de la recherche d'un système idéologique hors de la diversité des systèmes *ethniques* ou *tribaux* de la période coloniale se fait alors comprendre comme la recherche d'une certaine unité sur le territoire national. Cette « identité nationale », précise Schwimmer (1980), est probablement un phénomène urbain trouvant son origine dans les pratiques et les représentations de la capitale nationale et des centres régionaux en plein

développement *polyethnique*. À la différence d'Appadurai (2005), Schwimmer considère que le monde de structuration supra-ethnique n'est jamais seulement un fait social, mais un outil d'interprétation des événements et de la pensée.

Poutignat (1995) s'intéresse à l'ethnicité dans le monde occidental en tant que conséquence à la migration. Il l'appréhende comme un phénomène d'attachement et comme une appartenance en concurrence avec l'État. Le cosmopolitisme devient une stratégie pour dépasser l'ethnicité (Appadurai, 2005; Galissot, 1987), mais les forces sociales inégalitaires s'y opposent en marquant les identités depuis la généalogie et la religion qui, devenant des matrices communes, favorisent l'*ethnisation* des immigrants (Galissot, 1987). Dans la littérature sur l'Occident, on ne différencie pas toujours entre identité et ethnicité. Dans certains cas, le terme ethnicité est synonyme d'identité (Cognet et Montgomery, 2007; Meintel, 1993; Taboada-Leonetti, 2000), dans ce cas, il implique une connotation qui est souvent neutre; le terme ethnicité peut prendre aussi le même sens que chez Appadurai (2005) (Galissot, 1987, Schwimmer, 1980) dans ce cas, sa connotation est négative. Khilani (2000) s'oppose à ce point de vue parce que selon lui, on doit créditer les cultures populaires du droit d'avoir un sens propre.

D'après ces analyses, l'identité moderne se construit et se reconstruit à partir d'un imaginaire postnational qui se redéfinit constamment selon des processus historiques inscrits dans les rencontres coloniales et postcoloniales (Meintel, 1993). Dans la mondialisation, les métissages et les hybridités peuvent s'opposer à des identités qui se veulent faussement originaires (Appadurai, 2005). Pour Laplantine et Nouss (2008), comprendre l'origine des combinaisons de ce mouvement d'interactions n'est pas important, car ce serait revenir à une position essentialiste. Les concepts d'hybridité, d'ethnicité et d'identité ethnique se veulent une façon de contrer cette position. Ces concepts qui émergent de la mondialisation (Appadurai 2005; Laplantine et Nouss, 2008) me semblent pourtant offrir peu de ressources aux intervenants qui tentent de comprendre les caractéristiques personnelles de leurs clients immigrants, cela bien qu'ils soient conscients que toutes les communautés possèdent des histoires d'hybridation. Toutefois, venant du milieu de la santé, ils savent aussi que la génétique des uns n'est pas la génétique des autres et que certaines maladies génétiques existent seulement chez certaines populations. Reprenant les mots de Fischer

dans *Writing Culture* (1986), il est aussi important d'ouvrir la porte de la tradition dans le contexte de la postmodernité :

What emerge as a conclusion is not simply that a parallel process operate across American ethnic identities, but a sense that these ethnicities constitute only a family of resemblances, that ethnicity cannot be reduced to identical sociological functions, that ethnicity is a process of inter-reference between two or more cultural traditions, and that these dynamics of intercultural knowledge provide reservoirs for renewing humane values. Ethnic memory is thus, or ought to be, future, not past oriented (Fisher, 1986, p. 201).

La personnalisation des soins dans les contextes de pratique pluriethnique pose des problèmes qui n'échappent pas aux éthiciens de la santé publique de Montréal (Bouthillier, 2007; Bouthillier et coll., 2009). Comme rapportés par Battaglini (2010), les intervenants locaux et les clients étrangers manifestent des attentes particulières et similaires dans la prestation des soins. Cette question doit être étudiée sous l'angle de l'organisation des services. Les clients recherchent l'utilisation d'interprètes, plusieurs souhaitent une connaissance de la part des intervenants de leurs situations particulières, un partage d'information sur les valeurs de la société québécoise par les intervenants, une sensibilité des intervenants à leurs croyances et leurs pratiques religieuses ainsi qu'une plus grande période de temps en compagnie des intervenants. Leurs attentes correspondent généralement à celles des intervenants. Ici, le concept de culture demeure central, mais seulement si l'on s'arrête sur les particularités des personnes et de leurs relations changeantes. Dans ce cas, il devient possible de subvertir, comme le dit Abu-Lughod (1991), les connotations d'homogénéité, de cohérence et d'intemporalité de la culture.

Selon Battaglini (2011), la migration met en rapport deux types de problèmes : des difficultés liées à la pauvreté et des problèmes d'intégration. Son étude révèle l'existence de problèmes de santé mentale (anxiété, détresse, choc post-traumatique) chez 50 % des immigrants rencontrés. Ces données confirment les travaux de Legendre (2007) selon lesquels plus d'immigrants qu'on le croit ont subi des traumatismes dans leur pays d'origine, souvent une des causes mêmes de leur migration. D'après cette chercheuse, les traumatismes peuvent avoir existé avant le départ, pendant la trajectoire, surtout pour les réfugiés, ou à l'arrivée au pays d'accueil. Certains intervenants font le même constat lorsqu'ils voient des clients repartir dans leurs pays d'origine. Ces exemples nous éloignent amplement d'un cosmopolitisme librement choisi (Bauman, 1998).

Lorsque cette immigration est libre, elle peut aussi engendrer de la détresse, car le pays et les conditions présentées pour attirer les immigrants ne sont pas ceux trouvés sur place (Duclos, 2009).

La réflexion d'Appadurai (2005) sur la migration l'amène à s'intéresser au culturalisme. Il est plus facile de comprendre à quoi il se réfère lorsqu'on y rattache, comme il le fait, certains préfixes : *bi*, *multi* et *inter*. Pour Appadurai, le culturalisme s'approche de l'ethnicité en faisant la promotion de caractéristiques culturelles quoique, cette fois-ci à ses yeux, cette utilisation des identités prend place à l'intérieur de l'Occident et non dans les pays colonisés. Tout comme l'ethnicité, le culturalisme le rend mal à l'aise. Pour lui, le culturalisme est un trait caractéristique des sociétés pluralistes occidentales où les identités se développent en toute conscience. Il critique les États nations modernes qui distribuent des droits variés à partir de politiques de gestion de la diversité, ce qui contribue à définir l'identité de groupe. Cette façon de faire lui apparaît comme une faillite du cosmopolitisme et comme un échec à contenir des diversités ethniques sur des territoires occidentaux fermés. Pour Appadurai, le culturalisme est une politique identitaire qui engendre des violences ethniques en faisant une utilisation populiste d'une identité culturelle. Le regard est aussi négatif que celui posé sur l'ethnicité. Se méfiant de tous types de nationalismes, il est intéressant de noter qu'il prend le nationalisme québécois en exemple pour soutenir son argumentation.

Plusieurs contradictions apparaissent chez les chercheurs qui s'intéressent aux rencontres entre les intervenants et les clients immigrants. Plusieurs critiquent les intervenants qui soulignent les écarts culturels entre leurs clients et eux. Inspirés par le modèle postmoderniste, des chercheurs dénoncent par exemple la *face cachée de l'interculturel* (Thésée et coll., 2010) où ils réduisent les approches interculturelles à des jeux de pouvoir. La clinique est alors étudiée comme un espace social de pouvoir (Fortin et Laprise, 2007) et les chercheurs doivent en dénoncer les enjeux (Thésée et coll., 2010), ou encore, comme lieu de discrimination basée sur le genre et l'ethnicité (Cognet et Raigneau, 2002). Ils déplorent le retour du culturel dans le champ de la santé et des services sociaux, en critiquant l'usage dit inflationniste de la culture et les rapports négatifs des intervenants envers les usagers, rapports envisagés souvent selon un modèle colonialiste (Cognet et Montgomery, 2007). Ils appellent ainsi à *une éthique de l'altérité* (Cognet et Montgomery,

2007) qui favorise des catégories propres à l'ethnicité et non des catégories propres à la culture qu'ils critiquent. Selon ces chercheurs, le terme ethnicité devient une progression par rapport à celui de culture qui ne peut que réifier l'autre.

Même s'ils sont loin des débats ayant cours en anthropologie et en sciences sociales, les intervenants n'échappent pas aux conséquences de la mondialisation. Ils sont aux prises avec des réalités qui les mettent en rupture avec leurs différentes traditions disciplinaires. Ils tentent de cerner et de réduire les différences qui les empêchent de rejoindre leurs clients venus d'ailleurs. Ils ont compris qu'ils ne peuvent donner sens aux paroles et aux actes de leurs clients, car ils ne partagent pas les mêmes contextes (Bateson et coll., 1981) culturels. Ils demandent donc être formés pour mieux comprendre ce qui les séparent de leurs clients. Cette demande est toutefois difficilement entendue dans un contexte où l'anthropologie postmoderniste nie la notion de culture et interprète leur demande à l'intérieur d'un modèle de discrimination et d'ethnicisation. Plusieurs confusions existent regardant la subjectivité et le pouvoir dans la clinique (Fortin et Laprise, 2007; Thésée et coll., 2010). Comme nous le démontrent les études sur la littérature médicale (Gratton, 2009; Omariba et Ng, 2011), de plus en plus de clients ne possèdent pas les compétences nécessaires pour promouvoir leur santé, étant donné la diversité des barrières économiques, sociales et culturelles (Battaglini 2000). Les intervenants sont donc dans une situation de double contrainte (Bateson et coll., 1981): s'ils ne tiennent pas compte des différences qu'ils observent, ils prennent une position hégémonique et ethnocentrique, s'ils veulent en tenir compte, ils sont coupables d'agir par discrimination. Les intervenants anglophones résument cette situation en disant : « Damned if you do, damned if you don't »²⁵

Si on se base sur les travaux de Barth (Barth, 2002) à Bali, l'imperméabilité des médecines locales ne pose pas de problème à la prestation de services auprès des populations pluriethniques. Peut-on étendre l'analyse de Barth faite à Bali aux milieux pluralistes de l'immigration occidentale actuelle? Le corps étant social et politique (Scheper-Hughes et Lock, 1987a; Scheper-Hughes, 1990), l'usage de médecines variées à Bali pourrait ne pas poser de problème, car, malgré les différences ethniques et culturelles, les populations de l'île auraient en commun des

²⁵ Présentation de Gratton, D. (2012), The Double Taboo: Intercultural Communication and Clinical Challenges To Ethics in Anthropology, dans White et coll., (2012), Anthropology and The Intercultural Taboo : from Estrangement to Ethics. Panel AAA.

structures sociales et politiques et vivaient avec plusieurs systèmes médicaux depuis des générations. Toutefois, ces conditions ne se retrouvent pas dans la situation des immigrations récentes du Sud vers le Nord. Les deux articles de Barth (1995, 2002) proposent donc que les différentes populations culturelles puissent avoir des contacts, mais que leurs médecines respectives restent imperméables à ces contacts. Ces limites médicales représentent de nouvelles complexités dont on doit tenir compte dans les contextes pluriethniques.

L'analyse d'Appadurai (2005) qui se centre sur l'omnipotence de l'imaginaire présente une lacune en regard des limites de la vie biologique et concrète. La position d'Appadurai (2005) s'inscrit dans la foulée des critiques de *Writing Culture* (Clifford et Marcus, 1986). On assiste alors à une généralisation de la pensée postmoderne qui a pour conséquence de ne pas relever des propositions comme celles de Barth (1995, 2002) où une généralisation des contacts interethniques peut se faire sans problème et de rétrécir les possibilités de l'analyse ethnographique comme pratique critique et collaborative (White, 2011b). Il devient donc difficile, voire impossible, de chercher de nouvelles méthodes pour étudier les dynamiques interculturelles. La notion d'imaginaire prônée par Appadurai (2005) ne permet pas de s'attarder, comme le fait Barth (2002), aux conséquences des rencontres de savoirs entre les groupes humains et d'étudier l'efficacité et les conditions d'usages des médecines occidentales par les immigrants. Il y a une disparition des échelles de l'esprit et de la matière (Bateson, 1984) ainsi que des échelles universelles, culturelles/sociales et individuelles. Il ne reste qu'une subjectivité construite par des choix conscients et par une consommation identique partout dans le monde. Cette vision du monde se révèle insuffisante pour étudier les rencontres interculturelles à l'intérieur des institutions.

3.2.2 Friedman: le processus de mondialisation

Avec le phénomène de mondialisation, comme décrit par Appadurai (2005), le monde évolue vers une société cosmopolite, permettant à l'imaginaire de devenir une force sociale. Jonathan Friedman (Friedman, 1994, 1995, 2000) reconnaît aussi les changements induits par la mondialisation, mais pose un regard différent sur le phénomène. Il note que le nouveau discours sur la mondialisation « prétend en découdre, non seulement avec tout ce qui touche à

l'anthropologie, mais également, aussi étrange que cela puisse paraître, avec les peuples qu'étudient les anthropologues » (2000, p. 19). Friedman constate que chez les anthropologues influencés par le postcolonialisme et par les critiques postmodernistes, l'approche n'est pas analytique, mais morale. Selon lui, ces analyses retiennent plus des *cultural studies* que de l'anthropologie.

Pour Friedman (1994), la problématique de l'ethnicité et des identités nationales est à revoir sous l'angle de la perte de la position hégémonique de l'Occident. Dans la modernité, le mode de vie (*life style*) maintient l'autonomie du sujet par rapport à la culture où il évolue. Sans légitimité historique, dans l'univers d'Homo Equalis (Dumont, 1977), le mode de vie devient un choix libre du sujet individuel²⁶. Avec la migration, précise Friedman (1994), l'identité ethnique peut se redéfinir à partir de propriétés attribuées à un segment de la population. L'ethnicité n'a pas le même sens pour ces nouvelles populations, car elle prend un sens historique commun; elle ne fait plus référence à un mode de vie individuel.

Friedman (1994) trouve importante, il me semble, cette analyse, car elle permet de faire tomber certaines confusions entre deux tendances concernant le concept d'*ethnicité*. Pour certains, comme Meintel (1993), l'ethnicité est presque synonyme d'identité et ce concept a un usage positif. Par ailleurs, il remplace le terme *culture* quand ce concept a été rejeté. Il a aussi l'avantage d'introduire une certaine subjectivité. Pour d'autres, le terme *ethnicité* est vu comme négatif lorsqu'il renvoie à des tensions ethniques et que ce phénomène social met en péril l'unité de la nation.

Le concept de culture ne permet pas, jusqu'à maintenant, d'étudier les rencontres entre les groupes humains, encore moins entre personnes issues de traditions différentes. Dans cette période de tensions sociales et économiques, plusieurs anthropologues ne veulent plus faire usage de la notion de culture par crainte de réifier et d'essentialiser (Friedman, 2000), un danger encouru aussi par les notions d'ethnicité et d'identité ethnique (Friedman, 1994). Selon Friedman (2000), le concept d'hybridité devient une solution pour éviter ce problème. Toutefois, le processus de mondialisation serait plutôt en cause lorsqu'il y a réification, car cette dernière est la

²⁶ Pour une version contemporaine de cette analyse, voir les écrits de Nigel Rapport (2012).

conséquence d'une économie où les hommes deviennent des instruments et leurs activités n'ont que des fins utilitaires (Friedman, 1994; Gabel, 2009). Le fait que la notion d'ethnicité soit déjà réifiée lui donne raison et laisse présumer que, dans les conditions économiques actuelles, celle d'hybridité le deviendra aussi. À preuve, dans le langage populaire québécois, on dit *les ethniques* pour se référer aux immigrants alors que plusieurs immigrants disent plutôt *raças* pour parler des humains ou pour qualifier des populations immigrantes en général. Outre leur manque d'élégance, ces expressions dévoilent une division traditionnelle en anthropologie (Abu-Lughod, 1991): pour l'Occidental, la culture est pour les autres (Douglas, 1989).

L'analyse de Friedman (1994, 2000) permet de revoir le débat sur l'hybridité. Premièrement, cette représentation biologique semble un recul par rapport au travail commencé par Boas et continué par les anthropologues pour détacher les productions humaines de la race. Jean-Loup Amselle comprend également l'hybridité ainsi, ne souhaitant plus parler de logiques métisses (1999), mais de branchements (Amselle, 2005). Ensuite, la notion d'hybridité peut engendrer l'idée que, étant donné que les humains sont tous pareils, résultats de mélange identitaires, les différences n'existent plus. Pourtant, tel que le constatent les intervenants, si tous les humains sont hybrides, ces résultats hybrides diffèrent d'un endroit à un autre. Finalement, si les sciences sociales doivent recourir à une représentation biologique, mieux vaut y aller de façon rigoureuse, à l'instar de la génétique qui depuis Mendel produit un savoir complexe, toujours en développement.

La complexité de la génétique devrait nous amener à faire preuve d'un peu de prudence quant à un usage imprécis de l'hybridité et à une recherche des différentes formes possibles de mélanges culturels. Par exemple, on pourrait dire que le syncrétisme (Bastide, Balandier, Poirier, et Raveau, 1976) est une forme particulière d'hybridité qui met en lumière une couche animiste profonde sous une surface religieuse catholique de l'Amérique du Sud. Ainsi, le syncrétisme permet pour le moins de reconnaître la coexistence des deux formes culturelles. Lorsqu'il se réfère au branchement, Amselle (2001) prend plutôt l'exemple d'un marabout africain qui utilise une nouvelle forme d'alphabet pour transcrire le Coran dans une langue africaine, lui permettant d'inclure les tons typiques de cette langue. Dans le milieu de l'ethnopsychiatrie qui s'occupe des enfants immigrants, Moro (2004) parle de co-construction pour se référer au bricolage qui arrive

lors des rencontres entre personnes issues d'horizons culturels différents. Souvent, il faut d'ailleurs prendre le temps d'explorer ces co-constructions qui ne sont pas seulement positives. Dans ce cas, elles préoccupent autant les parents immigrants que les intervenants, les amenant à se demander : *À qui appartient le métis* (Nathan, 1986)? La réponse à cette question est importante quand il faut trouver des affiliations culturelles et sociales aux enfants nés de couples mixtes ou dans la migration.

Selon Friedman (1994, 2000), il ne faut pas confondre cosmopolitisme et diaspora. Le cosmopolitisme est une position d'élite ayant des ressources, ce qui n'est pas le cas toujours des diasporas, par exemple les réfugiés, les déplacés ou les ouvriers immigrants. Contrairement à Appadurai (2005), Friedman (1994) ne considère pas la mondialisation comme conséquence d'un processus historique particulier. Pour lui, comme pour Amselle (2001), la mondialisation est cyclique. Selon Friedman (1994), ce cycle représente un déplacement hégémonique en rapport avec un effondrement économique. Le cycle actuel se caractérise par l'effondrement américain et une concurrence commerciale entre la Chine, l'Inde et les pays islamiques. Cette analyse renvoie à celle de Rist (2007) qui critique le mythe du développement propre à l'Occident comme étant à l'origine du colonialisme.

Friedman (2000) réfute l'idée selon laquelle la circulation des biens diffuse la culture américaine. Il prend pour exemple l'Afrique du Sud où les limites économiques sont souvent expliquées par la sorcellerie ce qui ne serait jamais le cas aux États-Unis. Selon Friedman, une situation similaire ou un objet peuvent prendre des sens différents selon les lieux. En réadaptation physique, la sorcellerie et le mauvais l'œil sont aussi quelques fois cités par les immigrants comme cause d'accident ou de maladie. L'usage d'aide technique, par exemple des prothèses et des orthèses, dans les contextes pluriethniques appuie aussi l'analyse de Friedman en ce qui a trait au sens culturel particulier donné à un même objet. Ainsi, plusieurs patients immigrants refusent ce type d'aide, car ces objets ne peuvent être acceptés dans leur société. Ou encore, ils les utilisent ici, mais les laissent lorsqu'ils retournent au pays d'origine.

Citons le cas d'un petit garçon algérien dont la mère refusait qu'il porte son appareil auditif lors d'une visite en Algérie par peur qu'il soit étiqueté et qu'il ne puisse plus se marier. Étant donné

que le séjour était assez long et que cela pouvait générer une perte d'acquis, son orthophoniste a discuté avec cette mère afin de trouver un lieu et des personnes sécuritaires avec qui l'enfant pourrait porter son appareil et communiquer. Au retour, la mère l'a remerciée d'avoir fait cette démarche avec elle, car, dès le début du séjour, elle a fait cet exercice après s'être enfermée avec sa propre mère et l'enfant. Cette femme a alors décrété que l'enfant n'avait pas de handicap puisqu'il pouvait entendre sa voix. On connaît le pouvoir social des grand-mères dans plusieurs de ces sociétés (Gratton 1986), seule cette personne en autorité pouvait introduire ce nouvel objet dans ce milieu social. La résolution ne se fait pas toujours aussi facilement, comme le constatent les intervenants.

Pour Friedman (2000), nous vivons une décentralisation et une fragmentation culturelles. Il voit comme une erreur le positionnement des chercheurs qui fondent leurs analyses sur une perte de l'identité culturelle et qui critiquent les groupes humains où l'ethnicité est mise de l'avant. Pour Friedman, les humains ont besoin de projets significatifs, ce qu'une société en décroissance ne peut leur en offrir de façon uniforme, par exemple l'hégémonie américaine décadente. Il analyse la remontée des identités ethniques en Occident comme la répercussion de l'échec de l'assimilation, assimilation qui aurait demandé des ressources économiques que les sociétés occidentales n'ont pas. Selon son analyse, le multiculturalisme est une solution médiane à ce problème.

Dans la même lignée, Friedman (2000) critique la dénonciation chez certains anthropologues des groupes indigènes qui choisissent de se donner une appartenance ethnique. Selon lui, la critique de ces anthropologues est plus idéologique que scientifique, en ajoutant qu'ils doivent rester prudents à ne pas plaquer leurs expériences immédiates sur l'expérience des autres. Dans cette analyse, Friedman admet que le Fond monétaire international, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale du commerce ont consolidé un nouvel ensemble de règles de contrôle international, mais il ne pense pas que cela signifie que l'humanité est entrée dans un monde entièrement différent. Il précise que, contrairement à une élite cosmopolite, seulement 2% de la population planétaire se déplace d'un territoire national à un autre.

Dans les pays d'immigration, ce n'est pas l'hybridité qu'il observe, mais des sociétés où les élites vivent dans des gratte-ciels sécurisés et consomment la différence sous forme d'objets et de menus métissés (White, 2011b). Les différences s'estompent à ce niveau, mais, si on redescend l'échelle sociale, il apparaît une pauvreté de classes ethniquement différenciées. Ces réalités ne peuvent être uniquement saisies par la lecture, dit-il, mais observées à partir d'un travail ethnographique. Il est intéressant de noter que plusieurs intervenants observent ces différences dans leur pratique et, ce faisant, concluent que les programmes gouvernementaux devraient davantage cibler certains groupes immigrants que d'autres. Selon leurs observations, compte tenu de leur pays d'origine et de leur classe sociale dans celui-ci (Gratton, 2009), les immigrants n'ont pas tous les mêmes capacités à s'insérer dans leur nouvel environnement physique, humain et social. La culture demeure pour Friedman, qui se réfère à la définition de Kluckhohn (1966), un apprentissage à refaire lorsqu'une personne change de groupe humain, à l'égal de la pratique des anthropologues sur leur terrain.

Friedman parle de la culture en terme de compétences (1994), telles les compétences linguistiques de Hymes (1984). En continuité, on peut se poser la question des compétences interculturelles, soit la capacité de communiquer et de circuler entre des univers culturels en contact, ou encore de reconnaître l'incapacité à le faire sans plaquer de fausses théories (Gratton, 2009) pour contrôler leur angoisse (Devereux, 1980). Pour Friedman²⁷, cela pose de sérieux problèmes que les postmodernistes considèrent Boas comme raciste. De même, ne pas considérer la culture comme une structure permettant des interactions est aussi source de problèmes. Friedman (1994) entreprend une analyse fine du concept de culture afin de montrer que le savoir des anthropologues n'existe pas en soi, mais qu'il est tributaire des contextes sociaux, économiques et politiques dans lesquels leurs études prennent place. Ceci explique que dans les années 50, Kluckhohn trouve 162 définitions de la culture. Selon Friedman²⁸, la culture est un artefact qui est toujours le résultat d'autre chose. La culture comprend des règles et des idées qui sont le substrat de comportements interactifs. Cette réalité est universelle. Une culture implique donc des pratiques et des structures qui rendent ces pratiques possibles. Friedman (1994, 2000,

²⁷ Friedman, J. (2011). *Globalizing Fantasies and Trenchant Realities : Global Systemic Anthropology, the Contemporary Crisis and the Reconfiguration of the World, Again*. Santa Barbara : University of California, Orfalea Center for Global and International Studies. Suivre le lien suivant: [youtube.com/watch?v=mlUu2p8LKGo](https://www.youtube.com/watch?v=mlUu2p8LKGo)

²⁸ Ibidem

2011) et Bateson (1984) s'entendent : une culture n'est pas fixe. En tant que structure, elle génère un processus de vie sociale qui se reproduit. La culture est donc spécifique et reproductible et implique une façon distincte de faire les choses. Pour Friedman, comprendre le monde est donc multidisciplinaire.

En terminant, soulignons la composante politique importante présente dans l'analyse de Friedman (1994). Selon lui²⁹, l'économie actuelle a un effet sur la politique intérieure des pays occidentaux et sur leur gouvernance. Dans cette situation, la différence entre la droite et la gauche est quasi inexistante. Le discours politique cache une perte de la démocratie à l'aide de termes comme *nouvelle démocratie*, *nouvelle force de travail*, car les joueurs corporatifs et les groupes ethniques influents négocient directement avec les gouvernements. Dans ce contexte politique, le cosmopolitisme représente une position d'élite ayant les moyens financiers et étatiques pour se déplacer (Bauman, 1998). Les visas sont, en effet, très difficiles à obtenir dans certaines régions du monde. Cette position se compare aux conditions migratoires qui sont appelées à se durcir si s'amplifie la tendance actuelle de recourir aux travailleurs étrangers temporaires. Cette tendance a été confirmée pour la première fois en 2008 quand le nombre de travailleurs entrant au Canada à l'aide du programme de travailleurs temporaires a dépassé celui des individus utilisant le système traditionnel d'immigration menant à la résidence permanente, soit 370 000 contre 250 000 (Bureau du vérificateur général du Canada, 2009). Il est important de noter que ces travailleurs n'ont pas la possibilité de s'établir et doivent repartir s'ils sont sans emploi (Côté et coll., 2012).

Je termine en présentant les raisons qui expliquent qu'une orientation postmoderniste représente des obstacles à la compréhension des dynamiques interculturelles. Contrairement aux courants modernistes, l'anthropologie postmoderniste s'est regardée elle-même, une réflexivité essentielle à l'étude des dynamiques interculturelles. Elle arrive aussi à faire coexister plusieurs voix, dont celles qu'elle étudie, un acquis important. Par contre, le postmodernisme prône une position relativiste forte, où la notion de culture est niée, voire même celle de réalité. Cette prise de position rend presque impossible l'étude des rencontres entre personnes de différentes origines ethnoculturelles.

²⁹ Ibidem

L'analyse de Friedman (2011) offre de nouvelles possibilités pour l'étude de ce type de rencontres, et cela à plusieurs niveaux. Sur le plan générique, la culture est définie comme une compétence, non comme un objet ethnographique délimité par des frontières et regroupant certains éléments particuliers. La culture n'apparaît pas plus comme un code défini par l'autorité de l'ethnologue, mais plutôt comme un immense jeu d'interprétations réciproques d'une réalité sociale donnée dans lequel l'anthropologue a le dernier mot, du moins celui qui circule dans son univers scientifique. La même dynamique arrive lorsque l'on prend une position extérieure d'autorité par rapport aux intervenants plutôt que de rechercher un dialogue et une collaboration (White, 2011a).

Pour Friedman (1994), les discussions sur le concept de culture se sont basées jusqu'à maintenant sur une approche individualiste. Pour les modernistes, les relations entre l'individu et la culture se donnent dans une épistémologie où la culture est externe au sujet; c'est le même type de relation qu'avec l'altérité. Pour les postmodernistes, la subjectivité a priorité sur le monde extérieur. Friedman, tout comme Devereux (1980), considère que ces deux aspects renvoient au même processus, mais à des échelles différentes. La troisième voie recherchée pour comprendre les dynamiques interculturelles est interactive. Elle présuppose des interactions à plusieurs niveaux, notamment une interaction entre la subjectivité et le monde extérieur qui prend une dimension nouvelle avec la migration. Avec ce processus, tel que le dit l'ethnopsychiatrie (Nathan, 1986), il y a une perte de cohérence entre la psyché et le monde externe, entre le soi et son enveloppe, la culture. Keesing (1987, 1989) et Barth (1995, 2002), à l'instar de Friedman, ne sont ni modernes ni postmodernes; chacun d'eux permet d'effectuer un passage vers cette troisième voie interactive dans la rencontre des savoirs en contextes pluralistes. La culture n'apparaît plus comme une chose externe à cerner ou comme un texte à décoder, mais plutôt comme une pratique de recherche de sens quant à un produit instable, et une recherche de savoir dynamique et partiel (Friedman, 1995). La culture se construit à partir d'une multitude d'actes d'interprétations du monde, situés dans la société et entre les membres d'une société (Friedman, 1994). Même quand il travaille dans sa propre société, comme c'est souvent le cas pour des anthropologues africains par exemple, ces derniers interprètent leurs univers d'origine de manière professionnelle ce qui

engendre des ruptures avec leur vie quotidienne, notamment à cause de la distance qu'ils peuvent avoir prise avec leur groupe d'origine³⁰.

Poser un regard sur l'autre prend du temps dans un processus qui inclut des apports épistémologiques et théoriques différents. Selon Friedman, plusieurs mondes coexistent, rejoignant en cela les propos de Nader (1988). Cette dernière propose une anthropologie post interprétative qui laisse la place au temps et aux anthropologues afin qu'ils explorent leurs questions de recherche à partir de plusieurs paradigmes. Barth entreprend la même démarche à Bali. Dans un de ses textes, il étudie les frontières entre les groupes ethniques et il constate qu'elles sont fluides (1995), son analyse est abondamment reprise par les postmodernistes. Dans un autre texte, Barth (2002) s'attarde aux savoirs médicaux de cette société et conclut qu'ils sont imperméables aux variations des populations ethniques, une position moderniste.

Dans un dernier texte, Barth (1989) propose une façon de faire de l'ethnographie dans les sociétés complexes. Il suggère de revoir la notion de culture à partir des relations de sens conférés, de sens attribués ainsi que de sens distribués inégalement et des positions sociales. Cette position revêt alors des accents herméneutique, interactionniste et critique, rejoignant celle de philosophes (Émoungou, 1998; Gadamer, 1976) et d'anthropologues (Crapanzano, 1990; Maranhao, 1990; Michrina et Richards, 1996a; White et Yoka, 2010; White, 2011b; Wikan, 1992) qui comptent sur le dialogue pour comprendre l'univers de l'autre et qui rejettent une position autoritaire dans leurs écrits. C'est cette approche qui m'apparaît la plus pertinente pour comprendre les dynamiques interculturelles.

Les immigrants, à l'instar des autres exclus des sociétés occidentales; personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes du sida, délinquants, se construisent des représentations à partir de leurs interactions. Quelques fois, ces représentations sont justes, quelques fois, elles sont fausses, tout comme celles des majoritaires à leur égard (Mercier, 2004). Il importe alors d'étudier ces représentations mutuelles et ces interprétations du monde, car elles favorisent ou induisent l'inclusion et l'exclusion. C'est dans l'acte que ces interactions et ces représentations se

³⁰ Pour consulter Atelier avec Mamadou Diawara, Laboratoire de recherche en relations interculturelles. Consulté le 30 avril 2012, suivre le lien suivant : <http://labrii.wordpress.com/page/7/>

dévoilent selon leur échelle propre et c'est aussi dans l'acte de parole, comme dans l'acte individuel et social, que les barrières de l'exclusion peuvent être abaissées ou reproduites. Dans la dernière section de ce chapitre, je vais présenter une théorie de l'agir en dehors des modèles modernistes et postmodernistes qui nous permette de développer des expertises particulières dans le contexte des relations pluriethniques.

3.3 Mercier : développer une expertise à partir de l'agir

Les personnes en réadaptation physique, surtout celles qui le font de façon intensive comme dans les centres de réadaptation, ont souvent vécu un incident malheureux, par exemple une maladie ou un accident, qui a provoqué ou peut provoquer une déficience physique mineure ou majeure. Ceci explique que la réadaptation physique englobe plusieurs caractéristiques: traitement de longue durée³¹ comparé aux soins aigus de première ligne; réorganisation de la vie qui tient compte des limites physiques, cognitives ou sociales; recherche d'un potentiel et actualisation de ce potentiel en vue d'une réinsertion dans la vie sociale et professionnelle; recherche d'efficacité basée sur l'autonomie, la motivation et l'adhésion au traitement.

La réadaptation physique s'insère dans une structure institutionnelle où un travail spécialisé renvoie à la fois à un ordre social et à une efficacité professionnelle inscrite dans des pratiques extrêmement codifiées et exigeantes pour les clients. Les intervenants de ces institutions peuvent réaliser leurs tâches et souhaiter une certaine efficacité seulement dans la mesure où chaque client participe aux objectifs de traitement et joue un rôle actif tout au long du processus de réadaptation. Une multitude d'actes sont posés par le personnel et par les clients à partir d'un encodage fondé principalement sur l'autonomie. Structurant l'intervention et le lien social (Massé et Saint-Arnaud, 2003), l'autonomie des personnes est au cœur des débats en santé publique et interpelle les éthiciens (Gravel et coll., 2010). D'un côté, l'autonomie affirme le droit de la personne à prendre ses décisions et s'oppose à l'autorité des experts. De l'autre, le débat en santé publique oppose la protection de la collectivité et le respect de la liberté individuelle. Par exemple, pensons au débat sur les coûts causés par la cigarette ou celui sur la responsabilité des usagers et le refus possible de traitement. Parmi ces débats où les considérations éthiques

³¹ Un processus de réadaptation intensive peut durer de huit semaines à plusieurs années, selon la gravité du cas.

prennent une place importante, il reste à ouvrir celui sur l'adhésion des personnes immigrantes aux valeurs de l'autonomie véhiculées dans les programmes de santé (Gravel et coll., 2010).

Inspiré par le concept d'agir communicationnel de Habermas, Mercier (2004), psychologue européen, s'intéresse au sens et à la formation identitaire dans l'émancipation de la personne handicapée. Selon ce chercheur, trois types de communication doivent coexister afin de pouvoir parler d'une éthique de la communication:

1- L'agir objectivant a le mérite de clarifier la connaissance. Ce type de communication risque par contre de réduire l'autre, le handicapé en l'occurrence, à un objet, car ce type de communication ne modifie pas sa relation à lui. N'utiliser que ce mode de savoir, essentiel, mais non suffisant, c'est risquer de passer à côté de réalités complexes ne pouvant être atteintes sans un contact avec le vécu de l'autre. En réadaptation physique, l'agir objectivant mise sur les expertises exigées par les déficiences physiques et cognitives.

2- L'agir communicationnel a le mérite, de mettre l'accent sur la différence et de la prendre en compte dans la relation à l'autre. Le risque de ce mode de communication aussi essentiel, mais non suffisant, est d'accentuer une différence au point d'exclure et de segmenter. Cela peut se produire dans la mesure où chercheur et intervenant restent ceux qui savent et ceux qui marquent leurs propres caractéristiques ou leurs différences dans une relation de pouvoir.

3- L'agir émancipatoire tient compte du regard de l'autre sur sa propre réalité. Ce mode de communication insiste, par ailleurs, sur les compétences de l'autre dans l'élaboration du savoir. Ici, l'accent est mis sur les compétences des personnes handicapées et sur la prise en compte de ce savoir. Le risque de ce mouvement d'émancipation, aussi essentiel et insuffisant, est de laisser de côté un savoir objectivant qui pourrait échapper à la personne handicapée et de ne pas inclure les différences aux relations.

Mercier souhaite le développement d'une expertise à partir de l'acte de communication. Il n'est pas le seul à s'orienter vers des actes. Hacking (1999) préconise aussi ce virage en affirmant que la pensée a plus à voir avec les actes qu'avec les représentations, une position nuancée par Mendel (1998) pour qui la pensée est aussi un acte. White (2012a) propose également de

considérer les représentations des actes et de les inclure dans le processus de réflexions par rapport à l'acte à poser. Selon lui (2012b), les postmodernistes privilégient les représentations alors que les chercheurs travaillant à partir du courant herméneutique utilisent les représentations pour expliciter les préjugés toujours présents (Gadamer 1976) et pour décider de l'acte à poser. Cette position diffère de celle de Bakhtine (2003) pour qui le résultat d'un acte doit être pris en compte dans une séquence allant de la responsabilité à l'acte, à l'événement. Giddens (1994) accorde aussi une grande importance aux actes, il reconnaît les compétences que développent les acteurs sociaux à partir d'une conscience pratique. Dans sa perspective, l'acteur social est un acteur réflexif; les acteurs sociaux doivent s'intéresser aux contextes, aux besoins, aux contraintes, aux capacités d'agir et, comme pour Bakhtine (2003), ils ne peuvent en prévoir toutes les conséquences. Pour Bakhtine (2003), leurs bilans impliquent des rajustements possibles de leurs actes et posent des enjeux éthiques.

S'intéresser à l'acte est, un aspect négligé par les philosophes affirme, Mendel (1998), anthropologue, psychanalyste et fondateur de la socioanalyse, qui demande de distinguer entre *action* et *acte*. La pensée de cet auteur peut d'ailleurs nous aider à réfléchir aux différences entre les modèles de pratique et les gestes concrets posés quotidiennement. Il explique que de tout temps, la philosophie occidentale, suivie par la psychologie et par l'anthropologie, s'est préoccupée de la pensée. Même lorsqu'ils s'intéressent aux pratiques, les anthropologues sont tout d'abord attirés par des catégories qui leur permettent de comprendre l'organisation de la pensée. Mendel (1998) appelle cela l'action. Selon lui, nous, les chercheurs, devrions nous intéresser davantage à l'acte. Intéressé particulièrement par le milieu du travail, Mendel étudie la confrontation entre la pensée et sa mise en action dans la réalité qui sont pour lui deux situations différentes. Ainsi, selon ce chercheur, une ethnographie lorsqu'elle s'intéresse à l'acte doit comprendre deux parties: l'action qui renvoie aux modèles de pratique et l'acte qui est l'application de ces modèles. Mendel (1998) s'intéresse au pouvoir de l'acte et au pouvoir sur l'acte, qui sont deux moteurs de ce qu'il nomme la « psychosocialité » et dans laquelle il introduit les notions « d'acte pouvoir » et de « mouvement d'appropriation de l'acte ». Ces deux mouvements anthropologiques sont, selon lui, aussi fondamentaux que le sont les processus inconscients.

Pour Mendel, « l'absence de référence aux réalités objective, sociale ou naturelle constitue la limite inévitable de la théorie de Habermas » (Mendel, 1998, p.170). Son analyse vise à dépasser les divisions entre Gadamer (1976) et Habermas (1999) à partir de l'acte. Il rejoint en ce sens la démarche de Ricoeur, donnant une importance capitale à la distinction entre les modèles de pratique et les actes eux-mêmes. Avec Habermas (1987; 1999), la vérité absolue ne peut être; il faut en faire le deuil après le désenchantement amené par la pensée des modernistes. Pour ce philosophe, l'agir communicationnel demande un autre type d'attitude, soit la recherche de l'entente. Cet agir est limité par les structures du langage; l'entente langagière fonctionne donc comme un mécanisme de coordination de l'action. Dans ce processus, les participants de l'interaction s'accordent sur la validité de leurs actes de paroles, un consensus fondé sur une reconnaissance intersubjective où chacun est capable de critique réciproque (Habermas, 1987).

Tout comme Mercier (2004) et Habermas (1987), Mendel (1998) soulève la question du pouvoir dans la rencontre avec l'autre. Il considère que le pouvoir concerne davantage ce que l'on fait que le pouvoir que l'on exerce sur les autres, une position différente de celle de Foucault plus intéressé par le pouvoir sur l'autre, celui du savoir et celui des institutions³², mais qui va dans le sens des compétences chez Giddens (2005). Mendel (1998) cherche à étudier l'agir à mi-chemin entre l'action et l'acte. La même question est aussi posée par Bakhtine (2003). Les réponses des deux penseurs sont similaires; elles renvoient à l'éthique ainsi qu'à la différence entre l'acte et les modèles pour le premier et entre l'acte et la pensée pour le second. Bakhtine (2003) s'est intéressé aux différences entre la conscience et l'idéologie. Pour lui, la conscience est l'idéologie diffractée par la biologie et par la biographie de chacun. L'individu garde une liberté intérieure qui ne transparaît pas toujours dans le discours.

Cette distinction correspond à l'idée que l'acte doit être étudié en fonction de son accomplissement dans la réalité. En faisant une différence entre action et acte, Mendel (1998) considère l'acte comme une forme d'interactivité entre un sujet non conscient et un sujet social. Puis, il recourt une fois de plus à Habermas (1987) pour étudier la collaboration. Une des autres

³² Le modèle de l'acte est différent de la recherche-action qui vise à évaluer les résultats. La recherche-action concerne les moyens et un processus de transformation en rapport avec les résultats obtenus. Ces transformations concernent autant les devis de recherche que des contenus, comme celui de formations, visés par des recherches évaluatives. Dans le modèle de l'acte, c'est le va-et-vient entre réflexion épistémologique et ajustement du geste à poser qui est favorisé et qui lui donne sa véritable force. De plus, cette approche critique cherche à promouvoir le dialogue entre les institutions et ceux qui doivent appliquer les modèles prescrits.

limites de l'œuvre de Habermas identifiées par Mendel (1998) est que, bien qu'il démontre la puissance irrésistible des structures du pouvoir et de l'argent dans la société moderne, ses interlocuteurs traitent de la coopération comme si elle n'était pas imposée du dehors ou empêchée par les structures sociales, économiques, idéologiques ou par celles de l'organisation du travail. Habermas parle effectivement de situation idéale de dialogue, mais cela ne veut pas dire qu'il présume de la bonne volonté de chacun. Il dit seulement que le dialogue véritable demande certaines conditions, ce que reprend Blattberg³³.

Habermas (1987) ne s'intéresse pas à la modification physique de l'environnement, contrairement à Bakhtine (2003) et à Giddens (1994) qui s'intéressent justement à l'interaction entre les planifications d'un sujet, leurs conséquences dans la réalité et les résultats qui induisent des ajustements des actes planifiés, modifiant ainsi, à la fois, le plan d'action et l'acteur. En fait, contrairement à Habermas (1987), la force de Mendel (1998), de Giddens (1994) et de Bakhtine (2003) est de postuler un processus dans l'interaction entre un plan, un modèle, une théorie et une confrontation avec le réel et de faire une place au résultat qui induit un rajustement du plan d'action. Cette distinction est importante selon Mendel, car c'est par le résultat aléatoire de l'acte qu'un sujet devient acteur et qu'il entre dans une aventure énigmatique provoquée par l'interactivité entre le sujet et la réalité. Mendel (1998) situe au niveau d'un préacte l'accord préalable entre des interlocuteurs pour une coopération, une collaboration.

Dans son analyse, il tente donc d'élargir la réflexion vers la dimension du sujet concret à partir de l'acte et dans son rapport à une réalité en partie inconnaissable. Son approche, comme celle de Bakhtine (2003), pose la question d'une éthique et de sa confrontation à la réalité. Ce nouveau positionnement introduit, selon Mendel (1998), le champ de la pratique et la forme de la pensée à l'œuvre dans l'acte où rien n'est prévisible à coup sûr. Pour lui, une démarche fondée sur l'acte essaie d'acquérir un savoir particulier à partir du particulier et ouvre sur le futur qui échappera en partie à notre volonté, à notre décision, à notre projet, ce qu'il nomme « la multiplicité des possibles, la chance et le risque de l'acte » (Mendel, 1998, p. 226). Cette position permet d'introduire celle de l'acteur social qui, tel que le conçoit Giddens (1994), peut effectuer un

³³ Pour consulter Charles Blattberg sur l'interculturalisme, Laboratoire de recherche en relations interculturelles, consulté le 25 juillet 2012, suivre le lien suivant : <http://labrri.wordpress.com/category/ateliers-du-labrri/>

retour sur l'action et évaluer les pratiques et les effets de l'acte. Cet acteur se caractérise par sa capacité à mettre en récit critique des situations en rapport avec sa capacité d'agir³⁴.

Mercier (2004) ne peut s'en tenir à l'agir communicationnel dans son modèle d'éthique de la communication. À cet agir, il lui faut ajouter les compétences (agir émancipatoire) des personnes handicapées et le savoir (agir objectivant) des intervenants dans la réduction des limitations physiques. Comme Mendel (1998), Mercier (2004) met en place un processus interactif qui s'ajuste continuellement aux confrontations à la réalité. Il met côte à côte les modèles des uns et des autres pour considérer les changements dans les représentations induits par les actes et transformant la réalité afin de favoriser l'inclusion. Mercier (2010)³⁵ étend ses travaux pour s'intéresser au concept d'inclusion et d'exclusion dans différentes disciplines. Il interpelle alors la médecine, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie et la santé publique. Pour son étude, il mobilise plusieurs universités et plusieurs populations exclues : toxicomanes, personnes vieillissantes, personnes ayant le sida, personnes handicapées et jeunes qui vivent en banlieue, le plus souvent immigrants ou enfants d'immigrants. La comparaison entre ces populations laisse voir des mécanismes communs d'inclusion et d'exclusion.

D'après ses travaux, les populations exclues suscitent de la pitié ou de la peur. Elles sont considérées comme socialisables ou non-socialisables. Les personnes handicapées suscitent de la pitié et sont parfois considérées comme non-socialisables. Dans ce cas, les institutions les gardent dans des structures adaptées et elles vivent une forme d'exclusion. Lorsqu'elles suscitent de la pitié et qu'elles sont considérées comme socialisables, la société met en place des ressources pour les inclure. Les jeunes de banlieue que la société n'a pu maîtriser sont considérés comme non-socialisables et suscitent la peur. On applique alors dans leur cas la sanction pure et simple (Décarpes, 2006). Les demandeurs d'asile, quant à eux, sont considérés comme non-socialisables et suscitent la peur; ils sont donc exclus et repoussés aux frontières. D'autres populations sont par ailleurs considérées socialisables tout en suscitant de la peur. Dans ce cas, on tente alors

³⁴ On retrouve plusieurs catégories d'acteur social (Aubry et Potvin, 2012). L'acteur réflexif de Giddens (1994) décrit bien la position des intervenants quand on le compare à l'acteur stratégique (Crozier et Friedberg, 1992), à l'acteur social en représentation (Goffman, 1973) et à l'acteur communicationnel (Habermas, 1987).

³⁵ M. Mercier (2010) *Discrimination positive et inclusion sociale des personnes handicapées*. Université de Namur. AfpaWebTv. Suivre le lien suivant: <http://www.youtube.com/watch?v=PwTa7Qcz05g>

l'inclusion, par exemple avec les délinquants à qui on demande des travaux communautaires (Carrier et coll., 1998).

Le point de vue des populations majoritaires comporte des représentations sur les populations exclues et les populations minoritaires se voient elles-mêmes comme incluses ou exclues. Mercier et son équipe mettent aussi en évidence des représentations dichotomiques à propos de ces populations minoritaires. Les personnes exclues ont différentes opinions concernant la disponibilité ou non de ressources sociales pour elles. Une personne qui considère qu'il y a des ressources, mais qu'elle ne fera jamais partie du groupe majoritaire devient une assistée. Elle se reconnaît comme assistée et parfois accepte sa situation. Une personne qui considère qu'il y a des ressources disponibles et qu'elle peut entrer dans les normes, dans les valeurs et dans les privilèges du groupe majoritaire essaie d'utiliser ces ressources sociales pour y arriver. Elle se voit incluse, elle l'est potentiellement et elle fera tout pour y parvenir. Une personne qui ne voit pas de ressource, mais qui se sent susceptible d'entrer dans le groupe majoritaire grâce à ses potentialités devient une militante. La militante est le contraire de l'assistée. La personne qui se voit non acceptée par le groupe majoritaire, et qui considère qu'il n'y a aucune ressource pour l'être, reste définitivement dans la représentation: je suis exclue et je vais le rester.

Pour Mercier (2010), il est important de mettre en évidence les représentations, autant celles de tout exclu que celles des groupes majoritaires, car cette conscientisation permet de faire changer ces représentations. Cela n'est toutefois pas suffisant, des mesures concrètes doivent être prises afin de confronter les représentations des uns et des autres, leurs modèles à des actes (Mercier, 2012) à la réalité, dirait Mendel (1998). Cette confrontation est celle qui transforme le sujet (Mendel, 1998). Dans sa pratique, Mercier travaille avec les employeurs qui pourraient faire plus d'efforts en vue de favoriser l'inclusion. Il existe en Europe des mesures anti-discrimination qui exigent des quotas d'employés marginaux, comme au Canada (PAÉE). J'y reviendrai dans la section sur les politiques de santé. Mercier considère que ces programmes ne font pas changer les représentations et que l'on doit travailler à tous les niveaux de la société où se retrouvent les exclus. Par exemple, pour les enfants handicapés, cela commence dès la garderie. Pour lui, comme pour Tremblay (Tremblay, 2004, 2011), il faut passer de l'analyse à l'action dans le monde associatif et aux décisions politiques.

Mercier identifie des mécanismes de changements de représentation sociale. Si une personne s'exclut à cause de ses propres représentations, il est possible de changer ces représentations. De la même manière, on modifie les relations des personnes handicapées grâce à des politiques. Avec cette tentative, on réalise que toutes les personnes handicapées ne sont pas non socialisables. Même si Mercier ne connaît pas Mendel, il prend appui sur l'acte pour apporter des transformations grâce à une confrontation des idées reçues. Mercier reconnaît que changer l'idéologie et la culture demande un travail de longue haleine, à un autre niveau. Sa position tient compte des échelles logiques (Bateson, 1994). Pour lui, toutes les représentations ont un noyau central qui est stable et résistant et un noyau périphérique qui est plus labile et sur lequel on peut agir graduellement. Son analyse est intéressante dans la mesure où on peut l'appliquer aux interactions entre la société d'accueil et tous les groupes exclus; elle met en évidence comment chacun peut se faire des idées vraies ou fausses sur l'autre, et comment les préjugés surgissent des deux côtés, à la fois. L'analyse de Mercier (2004, 2010) met aussi en évidence la possibilité de changer les préjugés et la durée exigée pour le faire selon les actions ou les modèles en cause (Bateson, 1994). Finalement, son étude met en lumière différentes sources d'exclusion et leurs représentations. Par exemple, les jeunes de banlieue ne suscitent pas les mêmes représentations que les personnes handicapées. De même, les immigrants handicapés ne suscitent pas les mêmes représentations chez les majoritaires que dans leur groupe d'origine (Streito, 2007). Il serait intéressant de savoir comment ils vivent leur double altérité³⁶

On comprend aussi de l'analyse de Mercier que la réadaptation physique est une ressource mise à la disposition des handicapés étant donné qu'ils suscitent de la pitié et sont vus comme socialisables. Quelle est l'efficacité de cette ressource dans le cas des personnes immigrantes? La réponse ne peut dépendre uniquement des préjugés, car le phénomène de l'intervention dans les contextes pluralistes ne met pas seulement en jeu des groupes ethniques en contact (Barth, 1995), mais aussi des savoirs qui restent imperméables malgré la variation des populations ethniques (Barth, 2002). Selon Mercier (2004), ces savoirs sont nécessaires pour une communication éthique. La question précédente se pose donc dans une société complexe (Barth, 1989). Il faut s'intéresser aux relations de sens conférés, de sens attribués, de sens distribués

³⁶ Présentation de Piérart, G. (2012) Migration et handicap : comment être davantage à l'écoute des parents migrants? Conférence organisée par l'Institut de réadaptation en déficience physique du Québec (IRDQP)

inégalement, tout comme aux positions sociales. Il est nécessaire de rencontrer toutes les personnes impliquées, intervenants, tiers payeurs et clients immigrants, dans les interventions et de connaître leurs opinions sur ces actions et sur ces actes de réadaptation. On ne peut se contenter d'étudier les modèles de pratique, car ils sont pensés pour favoriser une accessibilité universelle. Ces modèles doivent donc être étudiés au quotidien dans les contextes pluriethniques.

En conclusion, s'il y a cohérence entre deux parties, aucune différence ne peut être perçue dit Bateson. Sa position (1984) renvoie à celle de Schutz (2003) qui s'est aussi intéressé à la cohérence. Son analyse se base, en partie, sur sa propre position d'immigrant qui lui permet d'expliquer les différences perçues et l'intersubjectivité. Pour lui, le monde social est constitué d'actions et d'actes, comme chez Mendel (1998) et d'intentionnalités implicites et pratiques. Dans son quotidien, l'individu acclimaté aux modes de vie locaux, ce que les anthropologues modernistes appellent la culture, intègre un ensemble de savoirs *allant de soi*. Ces allants de soi impliquent la *typification* du monde social. Schutz prend l'exemple des services fournis par les magasins qui sont pensés pour des clients types et que l'on peut certainement généraliser aux institutions pensées aussi pour un patient type.

Les compétences (Friedman, 1994; Giddens, 1994; Hymes, 1984; Mendel, 1998) des acteurs sociaux, qui ont un rôle à jouer dans les interactions sociales, sont aussi tenues pour acquises jusqu'à ce qu'il y ait rupture (Agar 1982) ou incompréhensions, ou *misunderstanding* (Fabian, 1995, White et Yoka, 2010). Sur le terrain, cette altérité s'imisce entre l'acte et l'action, entre la théorie et la pratique de l'anthropologue (Agar, 1982). Cette rupture, qui vient de la perception d'une différence, est recherchée par l'anthropologue qui en fait son sujet d'étude. Cette rupture, cette incompréhension, favorise bien la connaissance, mais n'est pas, selon Schutz (2003), du même ordre dans le contexte du savoir savant que dans celui du savoir « ordinaire ». De sorte, qu'à mon avis, l'anthropologue dans sa vie quotidienne ne va pas traiter une différence ou une rupture de la même façon que lorsqu'il l'étudie dans le cadre de son travail. C'est le cas pour tous les professionnels qui portent un regard différent sur les événements qu'ils vivront au quotidien. Le contexte de l'action et de l'acte, le savoir savant ou quotidien, influence l'analyse.

Selon Gadamer (1976), dans la rencontre avec l'altérité, chacun part de sa position pour créer des ponts (Agar, 1982) qui permettent de mieux comprendre l'autre et soi-même. Ce niveau de l'action et des modèles est toutefois insuffisant lorsque l'on passe à l'acte de collaboration. Si on suit Mendel (1998), la collaboration ne peut rester à l'échelle des modèles et des projets. Elle est confrontée par l'acte de chacun des acteurs à une réalité qui transforme autant le sujet que leur projet commun. Cette situation est également vécue quotidiennement par les intervenants ayant développé des modèles et des moyens d'évaluation des résultats à l'intérieur même de leur pratique, de leur modèle théorique. C'est la même méthode que les anthropologues auront, selon moi, à développer dans leurs pratiques collaboratives (White, 2012).

L'anthropologie se transforme sous la pression des changements de son objet d'étude (Friedman, 1994, 1995, 2000) et la recherche de nouveaux modèles de collaboration. Il devient alors intéressant de collaborer avec des intervenants qui sont en contact avec des personnes de plusieurs horizons. Ceci est d'autant plus pertinent qu'au plan national, « les politiques de santé et les institutions sont traversées par un pouvoir managérial et une idéologie gestionnaire qui représentent deux figures du capitalisme financier et de la mondialisation » (De Gaulejac, 2005, p. 253). Selon Hardt et Negri (2000), ce capitalisme trouve une correspondance idéologique entre les corporations capitalistes et celles des postmodernistes et des postcolonialistes :

Many of the concepts dear to postmodernists and postcolonialists find a perfect correspondence in the current ideology of corporate capital and the world market. The ideology of the world market has always been the anti-foundationalist and anti-essentialist discourse par excellence. Circulation, mobility, diversity, and mixture are its very conditions of possibility. Trade brings differences together and the more the merrier! Differences (of commodities, populations, cultures, and so forth) seem to multiply infinitely in the world market, which attacks nothing more violently than fixed boundaries: it overwhelms any binary division with its infinite multiplicities (Hardt et Negri, 2000, p. 150).

En appliquant le modèle de Bateson (1984) à un contexte pluriethnique, on peut dire que le soi renvoie à trois niveaux différents : universel, culture/social et individuel. Ces trois niveaux possèdent leurs propres règles de fonctionnement et demandent des connaissances dans plusieurs disciplines, disciplines qui apparaissent et disparaissent selon le niveau auquel on s'intéresse (Devereux, 1980) et qui sont interpellées différemment dans les contextes pluriethniques. Cette situation concerne aussi les institutions du savoir, qu'elles soient du milieu de l'anthropologie ou

de celui de la santé. C'est pourquoi dans le prochain chapitre je commence à présenter le contexte ethnographique et je m'intéresserai aux principaux enjeux posés par les dynamiques interculturelles dans les réseaux de la santé à une échelle nationale et locale. Cette description, même si elle s'intéresse particulièrement aux différences entre les cadres nationaux, ne peut occulter les influences de la mondialisation sur les modèles institutionnels et les pratiques (action) dans la prestation de services auprès de populations pluriethniques. Ce contexte servira ensuite de toile de fond à l'étude des actions en réadaptation physique. Il permettra éventuellement d'étudier les actes posés au quotidien depuis le point de vue des acteurs sociaux. L'analyse ethnographique visera à mettre en lumière la confrontation de ces actions à la réalité des actes pour décrire les préoccupations des trois acteurs/sujets sociaux impliqués en réadaptation physique en contextes pluriethniques : les intervenants, les agents tiers de la CSST et les clients immigrants.

PARTIE II : CONTEXTE ETHNOGRAPHIQUE

Chapitre 4 : *Les politiques de santé dans les contextes pluriethniques*

Chapitre 5 : *Le fonctionnement de la réadaptation physique au Québec*

CHAPITRE 4 : LES ASPECTS ÉCONOMIQUES ET POLITIQUES DE LA SANTÉ EN CONTEXTE PLURIETHNIQUE

Je me demandais, en roulant dans le tram, comment maman qui connaissait si peu l'anglais et probablement sans argent avait pu se débrouiller [à la suite d'une chute sur trottoir ayant entraîné une fracture de la hanche]. À cette époque, il fallait presque avoir l'argent à la main pour être admis à l'hôpital ou avoir du moins avec soi un répondant.

La Détresse et l'Enchantement, Gabrielle Roy

La question posée par Gabrielle Roy, dont la mère canadienne-française vivait dans une province anglaise, demeure d'actualité pour deux raisons. Elle pose une première question quant à la manière dont se débrouillent les personnes immigrantes qui doivent faire face à des barrières linguistiques et à une méconnaissance du réseau de la santé dans leur nouvel environnement social et humain. Elle met aussi en évidence des enjeux actuels relativement à la privatisation des services de santé. La pluralité des sociétés à forte immigration amène le besoin de nouvelles visions. Selon Douglas (1989), les institutions pensent, mais on peut se demander comment elles pensent dans ce contexte de mondialisation. Comment pensent-elles les dynamiques interculturelles et quelles questions se posent-elles au sujet des populations pluriethniques, notamment dans les institutions de la santé? Ces questions, comme toutes les questions complexes, doivent être abordées à partir d'échelles diverses qui tiennent compte de la mondialisation, des politiques nationales et institutionnelles et des relations entre les personnes.

La pluralité n'est pas un territoire facile à aborder, car il est traversé par les lois du marché international, les politiques nationales et les lois sur la discrimination. Au Canada, plusieurs de ces lois, pensons à celles sur le travail, sur la santé et sur la discrimination, existaient avant la diversité culturelle actuelle. Les politiques se trouvent donc confrontées à des situations pour lesquelles elles ne sont pas adaptées. À ces lois s'ajoutent de nouvelles politiques institutionnelles qui visent à répondre aux défis du pluralisme tout en étant traversées par des constructions historiques locales, par exemple l'accessibilité des soins et des services en santé. Cette diversité nationale et institutionnelle rend inefficaces, du moins en santé, les catégories actuelles de comparaisons entre pays quant aux problèmes spécifiques de ces populations. Malgré ce constat,

le chapitre qui suit cherche à donner quelques balises anthropologiques, sociologiques et interculturelles pour s'aventurer sur ce territoire. Cette première partie répond à la question suivante: pourquoi parle-t-on de gestion de la diversité? Pour y arriver, je reprends encore Bateson (1980) en faisant des nœuds dans un foulard pour attirer l'attention sur les situations qui, quoiqu'encore sans réponse, méritent de s'y attarder.

La mondialisation, la communication internationale et la communication interculturelle constituent des domaines aux liens étroits entre eux, ils permettent de penser les problématiques posées dans ce chapitre (Agbobli et Hsab, 2011). La communication internationale sert souvent de contexte pour comprendre l'interculturalité, tandis que l'interculturalité sert de contexte pour comprendre l'*internationalité*, selon l'expression de Hsab et Stoiciu (2011). Pour ces auteurs, la communication interculturelle réfère principalement aux phénomènes de communication en situation de pluralisme ethnique et culturel, touchant davantage, en principe, les sociétés et les pays d'immigration. Les principaux enjeux qu'ils soulèvent sont l'immigration, l'intégration, la reconstruction nationale et la gestion du pluralisme. Ensuite, ils s'intéressent à la rencontre avec l'autre et, finalement, aux appartenances identitaires. Ces auteurs établissent un rapport entre la communication interculturelle à l'échelle locale et micro et la communication internationale à l'échelle globale et macro. Suivant l'analyse de Friedman (1994; 1995; 2000), on peut dire que les liens entre ces échelles sont plus étroits qu'il n'y paraît à première vue parce qu'il y circule une élite cosmopolite.

Dans cet espace où l'international et l'interculturel se confondent et s'entrecroisent, ils se tissent des liens étroits entre le secteur privé et le secteur public (Galbraith, 2004) ainsi qu'entre une économie locale basée sur des travailleurs immigrants auxquels les institutions locales ont l'obligation de répondre et une économie globale fournissant ces travailleurs. De la même manière, le secteur privé mondial s'infiltré dans la gestion du secteur public et des politiques nationales (De Gaulejac, 2005), ce qui est d'intérêt pour cette thèse parce que ça nous ramène aux politiques canadiennes sur le travail et la santé. Le contexte des rencontres interculturelles en réadaptation physique apparaît alors comme un lieu de tensions entre un pouvoir disciplinaire (Foucault, 1976, 1993) et un pouvoir cosmopolite (De Gaulejac, 2005; Friedman, 1994, 2000). La gestion étant, selon De Gaulejac (2005), la pierre angulaire d'un pouvoir entrepreneurial le plus

souvent cosmopolite, mettre en évidence son fonctionnement dans les institutions permet d'en comprendre les opérations et leurs combinaisons et ainsi, pour cette étude, de donner du sens aux rencontres interculturelles dans les institutions de réadaptation physique en permettant de saisir le contexte où elles se déroulent.

4.1 *La société malade de la gestion*

D'après De Gaulejac (2005), la société est malade de gestion. Pour ce sociologue français, entre logique de profit et respect des personnes, les armes sont inégales. Amartya Sen (2004, 2012) récipiendaire du prix Nobel d'économie, reprend cette position lorsqu'il considère l'économie comme une science morale qui devrait permettre de repenser les inégalités. De Gaulejac décrit une société hypermoderne où « chaque individu peut être simultanément producteur et produit du système, en être l'acteur et l'agent, le faire fonctionner tout autant que le subir » (De Gaulejac, 2005, p. 11). Le système auquel il se réfère est celui de l'entreprise devenue un monde guerrier et destructeur qui suscite l'adhésion à travers une guerre des places plutôt que des classes. Dans ce système, les perdants sont stigmatisés et chacun doit démontrer sa capacité d'avancer et son statut de gagnant (De Gaulejac, 2005). Cette logique, comme explique Honneth à Fossel (2008), prend sens dans un modèle où l'individu devient « entrepreneur de lui-même » et où l'autonomie devient une source d'aliénation. Pour Honneth (2000), le modèle néolibéral pense le rapport social selon un modèle de transaction économique, de sorte qu'il ne reste plus d'espace pour des sphères de la société qui tentent de fonctionner selon d'autres principes que ceux de la rentabilité économique. Dans ce type de système, avancer permet de suivre le développement entrepreneurial dicté par un ordre mondial et une élite trempée d'une idéologie de cosmopolitisme (De Gaulejac, 2005; Friedman, 1994, 1995, 2000), sans lien avec le réel (Galbraith, 2004) et sans attache politique. Galbraith (2004), économiste, dénonce *les mensonges de l'économie* et offre ce qu'il considère une option en regard des idées en vogue en soulignant le décalage entre les idées admises, ce qu'il appelle la sagesse conventionnelle, et la réalité.

Quels sont ces mensonges de l'économie? D'après Galbraith (2004), il y en a cinq. Tout d'abord, on utilise aujourd'hui le terme *économie de marché libre* alors qu'« en réalité, le marché est habilement géré dans tous ses aspects » (Galbraith, 2004, p. 24). Selon lui, le mot qui convient le

mieux à la réalité d'aujourd'hui demeure le terme de *capitalisme*. Ensuite, la souveraineté du consommateur professé aussi bien « dans les cours d'économie que dans les discours d'apologie du système économique » (Galbraith, 2004, p. 28), n'existe pas. La preuve en est la présence de cours de marketing dans les sciences de la gestion. Troisièmement, on sert un double discours lorsqu'on affirme que les conditions de travail se valent partout, alors que le travail est épanouissement pour certains et asservissement pour d'autres. Le même double discours s'applique au management des entreprises. On fait l'éloge du petit entrepreneur, alors que le monde est dirigé par de très grandes entreprises gouvernées par des bureaucraties multinationales. « La célébration persistante, dans le discours politique et social, des PME et de l'agriculture familiale est un aimable mensonge » (Galbraith, 2004, p. 42). Finalement, Galbraith souligne le mythe de la séparation du secteur privé et du secteur public. Prenant le cas américain, l'auteur montre l'interpénétration des deux, par exemple dans les commandes d'armement. « En usant de son pouvoir d'influence et de son autorité, l'industrie d'armement octroie à ceux qui la soutiennent des postes convoités, des rémunérations de directeurs et des profits, et elle constitue indirectement une source privilégiée de financement politique » (Galbraith, 2004, p. 53). La Commission Charbonneau au Québec s'inscrit dans le même mouvement.

La convergence entre différentes analyses; Galbraith (2004), Sen (2004, 2012) et Stiglitz (2012) appellent à la vigilance entre une idéologie gestionnaire et un pouvoir managérial mondial. La logique économique internationale, qui dirige autant le développement (Rist, 2007) que les institutions étatiques nationales (De Gaulejac, 2005; Galbraith, 2004), est une source d'inégalités sociales autant locale que mondiale (Sen 2000) qui s'infiltrent de plus en plus dans notre vie quotidienne à travers un discours public dominé, voire manipulé, par les entreprises animées par le profit (Bibeau, 2004).

De Gaulejac (2005) reprend l'argument de Castoriadis (1997) selon lequel la guerre économique participe à la construction d'un imaginaire social qui sert de paravent à une domination, ressentie par chacun, notamment dans la perte de sens au quotidien, mais dont peu saisissent les causes dissimulées derrière la rhétorique internationale (Rist, 2002). À quel sens font-ils référence au niveau local? Selon Castoriadis (1997), il s'agit d'une montée de « l'insignifiance », causée par une élite politique qui applique « un intégrisme néolibéral amenant pour le citoyen » (guillemets

de Castoriadis) une augmentation du chômage, une précarité et finalement, un désengagement de la vie politique et sociale³⁷.

Pour Appadurai (2005), la disparition des frontières et des États nations favorise la libre circulation des biens et des humains. Toutefois, tel que le dit Friedman (2000), cette avancée cosmopolite ne concerne que 2 % de la population mondiale qui voyage librement et dans des conditions avantageuses. Appadurai (2005) n'a pas anticipé les nouvelles difficultés engendrées par une économie mondiale qui favorise une certaine élite et ne tient pas compte des conséquences locales. Selon De Gaulejac (2005) et Friedman (2000), le pouvoir économique et politique serait en ce moment entre les mains d'une élite cosmopolite transnationale avec comme pierre angulaire, la gestion. Friedman (2010)³⁸ ne fait pas de différence entre des positions cosmopolites entrepreneuriales de droite et le cosmopolitisme de gauche qui composent obligatoirement avec les systèmes en place, comme dans le cas du développement international. Selon Rist (2007), le développement, profondément ancré dans l'imaginaire occidental, a servi pendant cinq générations à légitimer des politiques économiques et sociales. Pour le chercheur, à l'époque coloniale, le système économique a su mobiliser les humanistes pour parvenir à ses fins, reprenant en cela la critique des anthropologues postmodernistes.

Lewis (1998) critique les postmodernistes qui n'ont pas su faire la différence entre un système et les anthropologues opposés à ce système et, ce faisant, ont créé une rupture faisant en sorte que les anthropologues d'une nouvelle génération s'arrêtent à la lecture des critiques postmodernistes. Dans la situation actuelle, sans tomber dans le piège des critiques coloniales qui ont été appliquées à tous sans nuance, il serait important de faire une différence entre un système et les personnes qui évoluent dans ce système, tel que l'enseigne l'approche systémique de Palo Alto (chapitre 2). Ceci dit, De Gaulejac (2005), Galbraith (2004), Sen (2004, 2012), Stiglitz (2012) et Rist (2002, 2007) nous amènent aujourd'hui à porter une attention particulière à ce qui pourrait échapper aux chercheurs en sciences sociales dans leurs rapports critiques en regard de l'aspect

³⁷ Selon Montréal en statistiques, on note effectivement un appauvrissement de la population et une augmentation de l'exclusion sociale

³⁸ Friedman, J. (2011). *Globalizing Fantasies and Trenchant Realities : Global Systemic Anthropology, the Contemporary Crisis and the Reconfiguration of the World, Again*. Santa Barbara : University of California, Orfalea Center for Global and International Studies. Suivre le lien suivant: [youtube.com/watch?v=mlUu2p8LKGo](https://www.youtube.com/watch?v=mlUu2p8LKGo)

économiques qui traverse nos institutions. Le débat sur la valorisation du cosmopolitisme par les anthropologues pourrait être, à mon avis, un exemple du même type. Les modèles d'analyse du pouvoir offerts par les postmodernistes peuvent ici aider à éviter certains pièges.

Pour De Gaulejac (2005), le pouvoir au sein des multinationales repose sur une alliance entre des cadres qui font des choix stratégiques et des actionnaires qui attendent des dividendes, alors que pour les institutions locales, les décisions économiques échappent au débat public malgré leurs effets sur la société. Dans ce contexte, les politiques ne peuvent que gérer les conséquences et veiller au respect du droit. Les acteurs politiques n'ont pratiquement aucun pouvoir et certains n'ont aucun intérêt pour le contrôle des circuits financiers et du droit au travail ou pour contrer les stratégies des firmes multinationales (De Gaulejac (2005). La mondialisation engendre à la fois des liens élitistes internationaux (Friedman, 1994, 1995, 2000) et une rupture entre un certain pouvoir politique et économique issu d'une population locale (De Gaulejac 2005; Galbraith, 2004). Les élections américaines offrent un bon exemple du détournement des gouvernements aux mains d'une élite entrepreneuriale lorsque l'on compare les discours républicains et démocrates. Pour les élections de 2012, Romney a soutenu la position néolibérale selon laquelle le gouvernement est la source des problèmes économiques, alors qu'Obama ne considère pas que le gouvernement soit la source du problème et que certains choix reviennent à la population. Malgré cela, Obama a bénéficié des *super pac*, les *Political Action Committees*, qui permettent un abus excessif des contributions du secteur privé au secteur public au moment des élections, tout en les critiquant dans son discours. Dans ce contexte, certains acteurs politiques sont heureux de l'évolution des mécanismes de financement et d'autres auraient, quelque part, les mains liées.

Stiglitz (2012), récipiendaire du prix Nobel de l'économie et ancien conseiller de Bill Clinton, a été renvoyé de la Banque Mondiale lorsqu'il a souligné l'échec du projet de développement et proposé de mettre en place des moyens plus cohérents aux besoins locaux (Lapeyre, 2002). De Gaulejac (2005) cite également Stiglitz pour son analyse de l'idéologie gestionnaire néolibérale qui gouverne les instances internationales chargées de réguler l'économie mondiale (FMI), le développement (Banque Mondiale) et le commerce (OMC). De Gaulejac (2005) reprend cette analyse pour mettre en évidence l'influence des décisions de quelques experts sur les mesures prises par les entrepreneurs et par les services publics, particulièrement en Occident. Dans un

film documentaire réalisé en 2008 et intitulé *L'encerclement: la démocratie dans les rets du néolibéralisme*, le réalisateur Richard Brouillette réunit plusieurs personnalités: Ignacio Ramonet, Normand Baillargeon, Susan George, Omar Aktouf, Oncle Bernard, Michel Chossudovsky, François Denord, Noam Chomsky, François Brune, Martin Masse, Jean-Luc Migué, Filip Palda et Donald J. Boudreaux, qui expliquent l'idéologie néolibérale et ses mécanismes pour imposer ses décisions aux Nations³⁹.

Les réflexions de ces intellectuels aident à circonscrire la complexité du néolibéralisme et la transversalité de la doctrine; de la politique à l'économie, à l'éducation et aux médias. Le film met aussi en évidence les échecs de ces politiques et l'endettement des Nations causé par des institutions internationales comme la Banque mondiale (Stiglitz (2012)). Cette dette est aujourd'hui utilisée par le secteur privé, par exemple l'Institut économique de Montréal (IEDM), comme motif de récrimination contre l'État et comme argument pour favoriser son démantèlement. Pendant ce temps, les pays dits en voie de développement voient leur pauvreté augmenter (Rist 2002 : Sen, 2004, 2012) et ceux dits riches voient leurs richesses aux mains d'une élite⁴⁰. Aux États-Unis par exemple, 1% de la population contrôle 40% des biens⁴¹ (Stiglitz, 2012). Par ailleurs, la crise mondiale de 2008 a confirmé beaucoup des craintes des critiques de la pensée économique contemporaine, résumées par la métaphore américaine du *trickle down*. À ce sujet, la volte-face d'Alan Greenspan, président de la réserve fédérale, au sujet de cette théorie qui prévoit que les baisses d'impôts et autres mesures incitatives pour les riches retombent sur les plus pauvres est à noter. Cette approche mise en œuvre sous Reagan et sous Bush a endetté le gouvernement américain, le laissant vulnérable par rapport aux crises économiques actuelles⁴². En résumé, il y a coupure totale (De Gaulejac, 2005, p. 42) entre l'élite

³⁹ Voir à ce propos l'analyse de Bernier (2010) sur les flux financiers et la relation global-loccoll. Cette analyse historique critique pointe le *trickle down* et met, entre autre, en évidence comment le Chili représente un terrain de jeu pour les économistes de l'École de Chicago qui y testent leurs théories néolibérales basées sur les analyses de M. Friedman avant de les exporter.

⁴⁰ En ce moment, des journalistes commencent à mettre en évidence les liens entre les manœuvres de la banque d'affaires américaine Goldman Sachs dans les problèmes de l'Euro, notamment dans la faillite de la Grèce, soutenant ainsi la thèse de Brouillette dans *L'encerclement*. Goldman Sachs avait été sauvé en 2008 de la faillite grâce à ses liens étroits avec le gouvernement américain. Voir « Goldman Sachs : La banque qui dirige le monde », RDI 2012.

⁴¹ Le mouvement Occupy a d'ailleurs popularisé cette métaphore.

⁴² Pour consulter, suivre le lien suivant :

http://www.google.ca/#hl=fretscient=psyabetq=alan+greenspan+trickle+downetoq=alan+greespan+trictgs_l=hp.1.0.0i13i30l2j0i8i13i30.5226.8205.1.11335.12.11.1.0.0.0.144.1063.8j3.11.0...0.0...1c.1.NHSTornMUNketpbx=1etbav=on.2,or_r_gc_r_pw_r_qf.etfp=228fd1ee39a31d20etbiw=1280etbih=858

technocratique, les experts internationaux et les populations concernées. Les cures d'austérité et la privatisation sont présentées comme des solutions, mais connaissent aussi la contestation des populations touchées. Dans ces conditions, ce sont les contradictions qui doivent attirer notre attention, des contradictions que l'on retrouve dans le discours, dans les résultats ou encore, dans les structures.

L'influence d'une élite du secteur privé sur les décisions de l'État (De Gaulejac, 2005; Galbraith, 2004) n'est pas seulement américaine ou française, elle est aussi locale. Au Québec, on peut penser à l'Institut économique de Montréal (IEDM) qui se définit comme un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan, dont les idées visent à enrichir le Québec. Par ses publications, ses interventions et ses conférences, l'IEDM dit vouloir alimenter les débats sur les politiques publiques du Québec et du Canada en proposant sur leur site « des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché ». Ces recherches portent sur l'efficacité des services publics, la santé, l'éducation, la fiscalité et l'environnement et argumentent pour leur privatisation. Cet organisme répond parfaitement aux descriptions de De Gaulejac (2005) sur les institutions néolibérales qui, malgré les apparences de séparation entre le privé et le public, illustrent l'interpénétration des deux secteurs (Galbraith, 2004). La santé est un enjeu politique dans lequel s'insère le privé, elle est d'ailleurs au centre du devenir de la société (Béland et coll., 2008). Les conseils d'administration d'organismes publics regroupant des entrepreneurs privés, par exemple les universités au Québec, représentent une autre forme de pression du pouvoir privé sur les organismes publics.

Théorisées par De Gaulejac (2005) et illustrées par Greenspan, certaines visions du monde, ou idéologies sont à l'œuvre derrière les outils, les procédures, ainsi qu'au travers des dispositifs d'information et de communication (Keesing, 1987, 1989). Derrière un système qui se présente comme rationnel se dissimule un projet de domination dans lequel, à l'heure de la mondialisation, un modèle capitaliste néolibéral est imposé, mais aussi valorisé par une élite cosmopolite. Y est exclu tout ce qui est considéré comme irrationnel, non objectivable, non mesurable, non calculable. Les seuls indicateurs considérés sont ceux mettant en valeur l'excellence, la réussite, l'engagement, le progrès, la satisfaction des besoins et la qualité. Ces critères permettent bien

certaines avancées, mais, selon De Gaulejac (2005), leur surutilisation devient une pathologie de la gestion, une caricature de la pensée occidentale. L'ambiguïté du pouvoir managérial :

réside dans le décalage entre les intentions affichées d'autonomie, d'innovation, de créativité et d'épanouissement dans le travail, et la mise en œuvre de dispositifs organisationnels producteurs de prescriptions, de normalisation, d'objectivation, d'instrumentalisation et de dépendance (De Gaulejac, 2005, p. 75)⁴³.

L'efficience, la responsabilité, la communication et la mobilité sont les mots d'ordre du modèle managérial. La gestion se fait par objectifs; la flexibilité et la réactivité sont favorisées en vue de transformations « totalement » positives (guillemets de De Gaulejac). La productivité est encouragée, mettant les travailleurs devant des contradictions et utilisant des instruments de mesure qui ne leur permettent pas de se retrouver. Plusieurs gestionnaires constatent ce problème sans pouvoir en expliquer la source, comme le dit cet informateur en fin de carrière: « Aujourd'hui, on passe la moitié de notre temps à évaluer ce que fait l'autre moitié. Je ne comprends pas comment on en est arrivé là! ». De Gaulejac (2005) cite l'exemple d'une travailleuse sociale qui s'occupe avec dévouement, dit-il, de personnes handicapées. On a décidé à son lieu de travail de mettre en oeuvre une gestion moderne:

« On nous demande d'être des exécutants. On a de plus en plus de directives. On est soumis à une nouvelle procédure, Total Quality Management. Il faut remplir des formules, suivre des procédures informatisées. On a de plus en plus de dossiers à suivre en même temps. On n'a plus le temps d'être à l'écoute parce qu'on a de plus en plus d'indicateurs de mesure de l'activité. Je n'ai pas l'impression que la qualité exigée par les consignes correspond à ce que j'estime être un travail de qualité » (Ibidem, p.77).

Il est intéressant de comparer les propos d'une informatrice travailleuse sociale française à ceux d'un intervenant du réseau du MSSS de Montréal. Dans le cadre d'une évaluation de la qualité, cet intervenant a été observé par un évaluateur externe sans formation professionnelle. Ce dernier lui aurait ensuite suggéré de supprimer des parties des échanges avec ses clients pour gagner du temps (communication personnelle). Cet exemple nous démontre également l'infiltration de l'entreprise privée dans les politiques locales et la gestion des institutions publiques, ce qui est

⁴³ Une question similaire est posée par Strathern (2000) qui s'intéresse à des contrôles similaires en Angleterre. Elle se demande si les audits, une pratique de plus en plus courante dans les institutions publiques et académiques, sont bénéfiques ou préjudiciables.

noté et contesté par plusieurs groupes de professionnels, dont les Médecins québécois pour un régime public, le Canadian Doctors for Medicare et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmière et d'infirmiers⁴⁴.

Deux exemples tirés de mon terrain soutiennent aussi cette analyse. Mes principales données ont été recueillies en 2005 et j'en fais maintenant une utilisation secondaire. Je souhaitais donc rencontrer d'autres clients immigrants en 2011. J'ai alors repris contact avec certains responsables de la réadaptation en emploi qui m'avaient aidée lors de mes premières démarches de recherche. Ils m'ont informée que cette approche a été abandonnée, car elle est jugée comme peu efficiente, c'est-à-dire peu efficace et coûtant trop cher (communication personnelle). Dernièrement, j'ai pourtant reçu des demandes de formation en relations interculturelles de la part de différents services de réadaptation privés qui, d'après mon évaluation préliminaire, offrent un programme similaire de réinsertion au travail, quoiqu'ils semblent utiliser un modèle plutôt multidisciplinaire qu'interdisciplinaire (chapitre 5). D'après ces premiers contacts, les employés font face aux mêmes difficultés interculturelles que celles rencontrées dans le réseau de la santé et ils n'ont pas de meilleurs résultats que ce dernier. J'ai validé cette information auprès de mes interlocuteurs du réseau public qui ont confirmé cette situation, en précisant qu'il y a un écrémage de la clientèle. Ce mécanisme d'écrémage mis en place par les organismes privés implique une sélection des clients selon leurs réactions positives au programme. Ainsi, ceux qui demandent plus de soins seraient retournés au secteur public, notamment ceux qui auraient connu des échecs en privé. Cette mesure est vue par les critiques qui favorisent les services publics comme un moyen de faire croire à une plus grande qualité des services et d'efficacité dans le secteur privé. C'est ce qu'ils nomment de l'écrémage : retourner les cas les plus difficiles dans le réseau public.⁴⁵

⁴⁴ Pour consulter différents organismes canadiens s'opposant aux restrictions budgétaires dans le réseau de la santé, suivre les liens suivants :

Médecins québécois pour un régime public, <http://www.mqrp.qc.ca/>

Canadian Doctors for Medicare, <http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/the-case-for-medicare.html>;

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmier, <http://www.fcsii.ca/>

⁴⁵ Pour consulter *Pourquoi payer plus et recevoir moins : Veillons à ce que nos soins de santé demeurent publics* produit par La Coalition canadienne de la santé (www.Medicare.ca) qui reprend les travaux de Robert G. Evans, économiste fellow de la Société royale du Canada et de l'Académie canadienne des sciences de la santé, suivre le lien suivant : <http://healthcoalition.ca/fr/>

Pour De Gaulejac (2005), les outils de gestion ne sont pas neutres; ils permettent une mise à distance de la violence qui règne au sein de l'entreprise en réponse à un modèle de gestion pensé pour des objets et appliqué à des humains. Selon le même auteur, cette analyse s'applique aussi au système de santé, du moins au système de santé du Québec qui utilise maintenant le système *Lean Toyota* afin de le *dégraïsser*⁴⁶. Ce fonctionnement représente pour lui une rupture par rapport aux modèles autoritaires et disciplinaires (Foucault, 1976, 1993). Dans ce type de pouvoir, précise l'auteur, chacun se remet en question lorsqu'il est le perdant, évitant une remise en question de l'idéologie gestionnaire et managériale. La subjectivité est donc d'autant plus acceptée qu'elle évite une analyse des facteurs objectifs et des pressions faites aux travailleurs⁴⁷.

Ce système entretient une ambiguïté permanente entre le discours et les exigences demandées aux employés. Cette constatation se confirme dans les études de Coutu⁴⁸, une psychologue qui travaille en collaboration avec la CSST et qui s'intéresse à la santé des travailleurs. Elle tente de construire des outils de mesure pour analyser la détresse psychologique des employés de la fonction publique québécoise qui prend souvent la forme d'absentéisme. Cette souffrance proviendrait d'un écart trop grand entre les tâches telles que conçues par les gestionnaires et la réalité. Cet exemple et l'analyse de De Gaulejac (2005) démontrent un passage du contrôle disciplinaire du corps (Foucault, 1976) à la transformation d'une énergie psychique en force du travail. Dans le domaine de la santé, le passage du code vestimentaire de l'uniforme aux vêtements personnels peut également illustrer ce glissement.

Dans ce passage, la répression fait place à la séduction, l'imposition à l'adhésion, l'obéissance à la reconnaissance (De Gaulejac, 2005). La mobilisation du désir se met en place à partir d'une

⁴⁶ Voir Bernier (2009) sur le détournement de l'approche Toyota dans un contexte néolibéral, une approche de production flexible ayant pour conséquence l'expansion du travail précaire.

⁴⁷ Il est, par contre, important de préciser que l'approche Toyota peut être aussi bien utilisée. A l'origine, cette approche donnait beaucoup de pouvoir aux employés qui étaient reconnus comme des experts dans leur champ d'action, ce qui rejoint Giddens (1994). Cette approche, maintenant favorisée dans le réseau de la santé, peut toutefois être détournée de sa philosophie de base quand les employés subissent des pressions suite à des protocoles qui les dépossèdent de leur expertise. Pour avoir un exemple positif de cette approche qui mobilise les employés afin de rendre les opérations plus efficaces, voir l'expérience faite au Virginia Mason Medical Center à Seattle, suivre le lien suivant : http://www.pbs.org/newshour/bb/health/july-dec12/health_10-24.html

⁴⁸ Pour consulter la conférence intitulée Développement d'une approche systématique d'identification des déterminants de l'incapacité au travail liés au travail et à la santé psychologique des travailleurs dans un secteur ciblé, suivre le lien suivant : <http://www.irsst.qc.ca/-webtv-developpement-approche-systematique-identification-determinants-incapacite-travail-sante-psychologique-travailleurs-secteur-cible.html>

adhésion à un système paradoxal. Un paradoxe est, je le rappelle, un problème logique qui peut s'étudier à deux niveaux. Au niveau logique, il peut être attribué à une erreur d'échelle, au niveau relationnel, il relève de la communication. Bateson (1984) a mis en évidence que les paradoxes sont typiques de la communication schizophrène. De Gaulejac (2005) considère d'ailleurs que le harcèlement⁴⁹ comme source de maladie professionnelle est un symptôme de la violence psychique typique de l'entreprise hypermoderne. Cette violence est induite par les contradictions et par les paradoxes d'une gestion qui induit des pathologies sociales.

4.2 La gestion de la diversité

Dans la logique de cette idéologie gestionnaire, l'immigration est présentée comme une ressource à gérer, un capital humain (De Gaulejac, 2005). Dans un rapport de 1996 sur le taux annuel d'immigrants soumis au sous-ministre des communautés culturelles, on pouvait lire:

En somme, si dans le budget gouvernemental, l'immigration apparaît comme une dépense courante, une hausse de l'immigration affecte peu la planification des dépenses publiques à court terme. [...] Il est une réalité malheureusement mal connue que l'apport de la population immigrée aux finances de l'État est positif [...]. La planification des volumes d'immigration s'inscrit, comme telle, en tant qu'exercice visant à maximiser les retombées économiques de l'immigration [communication personnelle].

On retrouve ici un modèle de gestion quantitative où les indicateurs retenus visent une efficience d'une qualité totale et tentent de distinguer le secteur public du secteur privé (Galbraith, 2004) en niant une influence économique mondiale et privée. Les termes de ce discours ignorent les questions touchant la moralité de l'économie et les inégalités sociales (Sen, 2004, 2012). Dans ses rapports de 2010 et de 2011, le vérificateur général du Québec note que le Québec n'utilise pas d'indicateur socioéconomique pour mesurer sa capacité à intégrer les nouveaux arrivants⁵⁰. Il précise que, dans les dossiers consultés, seulement 9 % des candidats sélectionnés présentent un

⁴⁹ Le harcèlement est reconnu au Québec par la Commission des droits de la personne et de la jeunesse comme une atteinte aux droits et il est aussi reconnu comme une maladie professionnelle par la CSST.

⁵⁰ Pour consulter le communiqué de presse émis par le Vérificateur général du Québec, suivre le lien suivant : http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_salle-de-presse/fr_Communique/fr_Fichiers/fr_Communique20100512-3.pdf

profil répondant aux exigences des domaines de formation privilégiée du Québec. En conséquence, il ne sait pas si le Québec a les moyens de recevoir tous ces immigrants. Cette analyse suit de peu la publication du livre de Dubreuil et Marois (2011) qui se veut une critique de l'immigration comme moyen de compenser le taux de natalité et le manque de main-d'œuvre. Ces chercheurs, philosophe et démographe, croient que les décideurs et l'opinion publique entretiennent une fausse idée à propos de l'influence de l'immigration sur l'économie et sur la démographie québécoises. Ils sont d'avis que cette situation empêche l'évaluation objective de la politique québécoise d'immigration, cela autant pour la société d'accueil que pour les immigrants, nourrissant des attentes démesurées par rapport aux politiques de gestion de la diversité.

L'analyse de ces chercheurs s'appuie sur des études démographiques disponibles pour le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni et d'autres pays européens. Ces recherches démontrent que l'immigration n'a qu'un impact marginal sur la structure par âges de la population de la société d'accueil. En outre, ils soutiennent que les difficultés d'intégration économique des immigrants compromettent sérieusement la possibilité que l'immigration ait un impact favorable sur l'économie et sur les finances publiques. Ils soutiennent aussi que le coût réel des services aux immigrants n'a pas été calculé, ce qu'ils font en introduisant, par exemple, les coûts de santé et d'éducation dans leurs calculs. Ce livre a soulevé des tollés dans la population universitaire et dans les milieux privés. Certains intellectuels ont porté ce débat sur la place publique, notamment Victor Piché⁵¹, démographe de l'Université de Montréal. Ce chercheur s'oppose aux positions de Dubreuil et de Marois (2011) pour deux raisons : il est difficile d'avoir des données exactes sur l'immigration et les auteurs ne prennent en compte que les théories de Borjas (2006), un professeur de Harvard, sur les effets négatifs de l'immigration sans s'intéresser à celles sur les bienfaits de l'immigration, par exemple celles de Card (2004).

Les travaux de Card (2004) s'intéressent, entre autres, au rapport entre l'éducation et les revenus. Il conclut que les enfants d'immigrants, donc les immigrants de deuxième génération, ont une meilleure scolarité que les natifs américains et que leurs revenus sont plus élevés. D'ailleurs, Card (2004) entretient un débat houleux avec Borjas (2006) sur la concurrence commerciale dans

⁵¹ Journal Le Devoir, 7 mars 2011.

le secteur du travail entre les natifs et les immigrants (Card, 2000, 2004). Pour lui, ces données étant difficiles à obtenir et variant selon les villes, on ne peut dire qu'il y ait des données significatives mettant en évidence la compétition sur le marché du travail entre les immigrants et les natifs. Pour Aydemir et Borjas (2007), la question centrale de l'économie de l'immigration est de connaître l'impact de l'immigration sur le marché du travail, autant des pays exportateurs de main d'œuvre que des pays importateurs. D'après ces derniers, l'induction d'une nouvelle main d'œuvre produit des effets opposés sur les salaires, du moins à court terme, c'est-à-dire, plus le nombre d'immigrants augmente, plus les salaires baissent. Ainsi, selon ces économistes, la réaction des salaires est un paramètre crucial, non seulement pour évaluer l'efficacité de la migration et son impact international, mais aussi pour informer le débat politique nécessaire afin de savoir comment réguler le flot de populations. Soulever la question des avantages et des coûts économiques de l'immigration provoque une réaction où ceux qui le font sont immédiatement accusés d'être contre les immigrants. La même observation peut être faite lorsque les intervenants font part des problèmes qu'ils observent dans leurs interventions. Cette critique est formulée dans le langage de rectitude politique qui bloque toute critique sociale et sans doute, les possibilités d'un dialogue productif.

Dans leurs études, Aydemir et Borjas (2007) utilisent des données micro recueillies dans les recensements des États-Unis, du Canada et du Mexique. Leur conclusion est qu'un apport de 10% de migration fait diminuer le salaire moyen de 3% à 4%. Ils précisent que leurs résultats varient selon les structures du travail dans les pays étudiés. Au Canada, par exemple, l'immigration diminue les inégalités salariales, car la scolarité de cette immigration est plus élevée. Ils ne précisent pas si le salaire moyen diminue dans les couches sociales moins bien rémunérées. Aux États-Unis, les inégalités salariales augmentent, car l'immigration est moins qualifiée. Au Mexique, l'émigration est plus élevée pour les qualifications médianes. En conséquence, l'émigration a augmenté les revenus de ces immigrants, mais elle a diminué les revenus des personnes moins qualifiées restées au Mexique. Aydemir et Borjas (2007) estiment qu'il manque des variables pour comprendre l'économie du travail et, qu'en fait, il est très difficile de comprendre le fonctionnement du marché du travail. En plus de s'intéresser aux possibles déstabilisations dans les pays émigrants, ces chercheurs s'intéressent aux coûts de l'immigration sur les services publics, comme le font Marois et Dubreuil (2011).

Lors d'une entrevue pendant la période préélectorale québécoise,⁵² la question du nombre d'immigrants a suscité diverses réponses. Un candidat du Parti Québécois et un candidat de la Coalition Avenir Québec ont dit vouloir diminuer le nombre d'immigrants reçus. Le député du Parti libéral, Raymond Bachand, ministre sortant des Finances, du Revenu et responsable de la région de Montréal, a précisé que son gouvernement, si élu, augmenterait le nombre d'immigrants, décision prise à la suite de consultations auprès d'entrepreneurs de Montréal. Sa position suit les théories de De Gaulejac (2005) et de Galbraith (2004) sur les liens étroits entre le commerce et le politique.

L'économie mondiale et la libération des marchés induisent une restructuration constante du travail dans un processus où les employeurs cherchent à réduire leurs coûts de production pour augmenter leurs profits (Barnetson, 2010). On reprend ici une critique marxiste classique. Les compagnies qui ne peuvent déménager leur production où les coûts de production sont bas et où les règles de protection de la main d'œuvre sont moindres doivent trouver d'autres moyens pour les réduire. La flexibilisation du travail⁵³ est la pierre angulaire de ces changements, car elle permet de réduire les coûts de production d'une compagnie (Hatton, 2011). De plus, en 2012, des changements aux lois canadiennes facilitent le recours à des travailleurs étrangers temporaires (Côté et coll., 2012b). Le gouvernement canadien a ainsi modifié le règlement pour permettre le versement d'un salaire inférieur de 15 % du salaire médian à des travailleurs migrants temporaires d'une région donnée⁵⁴, cela sans contrôle de l'État, se fiant aux besoins de l'employeur⁵⁵. Ce projet pilote permet l'arrivée des travailleurs étrangers dans tous les secteurs d'activité, à travers principalement les agences de recrutement de travailleurs temporaires. Nous assistons au Canada à une transformation historique du marché du travail et de l'immigration, car il y a un déplacement d'une immigration permanente vers une immigration temporaire (Côté et coll., 2012b)

⁵² Le téléjournal 18h, Radio Canada, 29 août 2012.

⁵³ Il y a trois formes de flexibilité selon Théodore et Peck (2002): flexibilité des horaires (ex. Jour/nuits, cycles saisonniers), flexibilité fonctionnelle (ex. Remplacement rapide d'une main d'œuvre spécialisée) et flexibilité régulatrice (ex. dérégulation du lien d'emploi, affaiblissement du rôle des syndicats).

⁵⁴ Pour consulter le programme des travailleurs étrangers temporaires, suivre le lien suivant :

http://www.rhdcc.gc.ca/fra/competence/travailleurs_etrangers/communications/salaire.shtml (dernière visite le 5 août 2012).

⁵⁵ Pour consulter l'Avis aux employeurs : Initiative portant sur l'avis relatif au marché du travail accéléré, suivre le lien suivant : http://www.rhdcc.gc.ca/fra/competence/travailleurs_etrangers/communications/amt-a.shtml

De plus, on assiste au Canada à un accroissement des agences de placement pour les travailleurs étrangers temporaires. Selon Statistiques Canada, le nombre d'agences est passé de 1191 à 5077 entre 1993 et 2008, soit une augmentation de 325 % (Côté et coll., 2012b). Pour la province de Québec, les estimations actuelles font état de plus de 1200 agences en activité (Henaway, 2012)⁵⁶. Une agence de placement pour les travailleurs étrangers loue sa main-d'œuvre aux compagnies qui le demandent. La compagnie paie l'agence pour les services du travailleur et l'agence rémunère le travailleur par la suite. Or, ce type de relations, peu réglementé au Québec, devient source de situations stressantes et peu enviables pour les travailleurs (horaires flexibles, incertitudes sur la nature des tâches à accomplir et sur la rémunération, salaires inférieurs aux travailleurs réguliers, etc.) (Côté et coll., 2012b).

Par ailleurs, les travailleurs immigrants sont exposés à des emplois à haut risque de lésions professionnelles sans l'entraînement et les équipements de protection nécessaires (Calugay et coll., 2011). *L'Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail* (Vézina et coll., 2011) mentionne que le taux d'accidents de travail des travailleurs d'agences de placement est plus élevé que celui des autres travailleurs. Les travailleurs victimes d'un accident de travail sont parfois retournés sur le champ dans leur pays d'origine bien qu'une telle pratique contrevienne aux normes du travail en vigueur au Québec⁵⁷.

Les analyses de De Gaulejac (2005) mettent en lumière la logique managériale et gestionnaire qui touche autant le secteur de l'emploi que le secteur public. Dans la même mesure, le secteur de l'emploi, même local, est aussi influencé par une élite cosmopolite avantagée dans une économie

⁵⁶ Il existe plusieurs types d'agences de placement, celles qui opèrent sur la scène internationale (ex. *Randstad*, *ManPower*), celles régionales (ex. *Thompson Tremblay*), des petites firmes et même, des individus qui agissent à titre d'agents de placement.

⁵⁷ Au Québec, l'article 7 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q. c. A-3.001) prévoit une couverture universelle des travailleurs et ce, sans égard au statut de résidence ou au type de lien d'emploi (contrat à durée indéterminée ou déterminée). L'article 32 de cette loi stipule que « l'employeur ne peut congédier, suspendre ou déplacer un travailleur, exercer à son endroit des mesures discriminatoires ou des représailles ou lui imposer toute autre sanction parce qu'il a été victime d'une lésion professionnelle ou à cause de l'exercice d'un droit que lui confère la présente loi ». De plus, cette loi accorde à chaque travailleur le « droit de réintégrer prioritairement son emploi ou un emploi équivalent » (articles 234 à 251) sans perte d'avantages et d'ancienneté. Cette même loi permet à un employeur d'offrir un poste temporaire qui est adapté à la capacité résiduelle du travailleur jusqu'à ce que dernier soit entièrement capable de réintégrer l'emploi qu'il occupait avant la survenue de la lésion. Si le travailleur ne peut atteindre cet objectif, il a droit une indemnité et à des services de réadaptation pour devenir capable d'exercer à temps plein un emploi « convenable » (article 47).

mondiale qui néglige les mesures locales de protection des travailleurs et de l'environnement (De Gaulejac, 2005). Inspiré lui aussi par la théorie des échelles de Bateson, De Gaulejac (2005) considère qu'il est nécessaire de mettre en place des mesures internationales de protection des travailleurs et de l'environnement. Son analyse fait ressortir les contradictions d'une économie mondiale qui ne prend pas de responsabilités en regard des systèmes qu'elle a mis en place et qui rejette sur les individus les limites de ces systèmes, jusque dans la gestion des services publics.

Les modes de gestion actuels créent de la détresse à plusieurs niveaux (De Gaulejac, 2005). On note une détresse chez les immigrants, notamment au Québec, lorsqu'ils ne retrouvent pas le Canada annoncé qui avait motivé leur migration (Duclos, 2009). Une situation de détresse s'observe aussi chez les personnes qui s'occupent de ces immigrants, qu'elles soient nées au Canada ou issues de l'immigration, face à la lourdeur des situations et du sentiment d'impuissance qu'elles ressentent (Legendre et Tavlian, 2005). Les mêmes logiques mondiales gestionnaires affectent le marché du travail et des institutions publiques, dont les institutions de santé, amenant une contradiction dans des institutions où les logiques historiques se confrontent aux logiques internationales.

4.3 Les soins de santé dans les contextes pluralistes

Les nouvelles restructurations mondiales inquiètent divers secteurs de la société (Saillant et Boulianne, 2003). S'intéresser aux soins dans les contextes pluriethniques amène à réfléchir avec plusieurs logiques et niveaux logiques, en contradictions les uns et les autres. Barth (1989, 1995, 2002), à partir de différents textes, met en évidence les contradictions causées par ces différentes logiques. Il identifie une logique où les savoirs de santé restent imperméables aux populations pluriethniques. En conséquence, selon les pays et selon les indicateurs locaux, il peut être difficile d'obtenir des données pour la recherche en santé et encore plus difficile de comparer, quand elles existent, les données nationales sur les impacts des politiques de santé. Ajoutons que, selon le contexte et selon les sensibilités, des indicateurs différents sont utilisés pour mesurer la lutte à la discrimination⁵⁸.

⁵⁸ Par exemple, à la 14e Conférence Nationale de Santé du Brésil, en décembre 2011, les données sociodémographiques de la fiche d'inscription comprenaient les indicateurs suivants : 1- Race : blanche, noire (preto), métisse (pardo), indien, etc.; 2- Genre: masculin, féminin; 3- Orientation sexuelle : hétérosexuel, gay,

Didier Fassin (1999), anthropologue médical, parle de l'indicible et de l'impensé à propos de la « question immigrée » (ses guillemets), ce qui complique la connaissance de la situation, par exemple dans les politiques sur le sida en empêchant de recueillir des données pertinentes et d'agir. Il note que ces données existent pour l'étude des inégalités sociales, mais qu'on ne retrouve aucun indicateur pour les différences culturelles (Fassin, 1999). Fassin s'inquiète également (2006) de l'émergence en France d'une orientation *racialiste* dans laquelle la culture, qui ne peut être nommée comme indicateur, se réduit à la race, interrogeant alors l'ensemble des paradigmes qui sous-tendent les représentations de cette société. Ces questions concernant l'immigration, les indicateurs, la culture, la race, les inégalités et la discrimination sont aussi soulevées dans les politiques nationales de santé en Amérique du Nord. Pour cerner la problématique des indicateurs, il faut s'intéresser aux conditions historiques et sociales des nations et des politiques (Bowen, 2004). Dans l'analyse qui suit, je m'attarderai aux politiques publiques et à leur impact sur la cueillette de données, à l'éthique interculturelle et aux pratiques en contextes de diversité (Rondeau, 2008)⁵⁹.

4.3.1 *Le cas des États-Unis*

Vers la fin des années 80, les travaux de Leininger (1988), influencé par Kleinman, ont amené une prise de conscience des limites de la qualité de soins offerts aux immigrants (Bowen 2004). Aux États-Unis, l'augmentation de la diversité par l'immigration non européenne, autant chez les patients que chez les praticiens, a permis d'atteindre de nouveaux seuils (Bateson, 1984). Cette situation a démontré l'importance des facteurs culturels, ethniques et raciaux dans la variation des soins et de leur efficacité (Bazarian et coll., 2003), tout comme dans les réactions des patients aux traitements (Niemeier et coll., 2003). Plusieurs facteurs favorisent également dans ce pays la prise en compte des écarts culturels dans les services: des raisons morales et éthiques

lesbienne, transsexuel, etc. (Carmen Rico de Sotelo Professeure Département de Communication Sociale et Publique UQAM, OBSCOMII–GERACII) Table ronde sur l'épistémologie entre GERACII et LABRRI, suivre le lien suivant : <http://labrri.wordpress.com/2012/04/09/table-ronde-sur-lepistemologie-de-linterculturel-resume/>.

Au Québec, seul le sexe (homme/femme), l'âge et le statut social sont des indicateurs acceptés. Le pays d'origine à la naissance serait un indicateur légalement acceptable mais rarement utilisé.

⁵⁹ Pour consulter Vers un courant interculturel, Laboratoire de recherche en relations interculturelle, consulté le 17 février 2012, suivre le lien suivant : <http://labrri.wordpress.com/contexte/>

relativement aux inégalités sociales et la discrimination, des obligations légales et des standards de pratiques. De plus, depuis au mouvement initié par l’OMS (2000), la réactivité des systèmes de santé constitue un nouvel incitatif (Bowen, 2004). Cette approche a d’ailleurs démontré que, même si l’on tient compte des facteurs socioéconomiques et des assurances, il persiste des différences troublantes dans l’accessibilité aux soins et dans les services reçus selon l’appartenance raciale et ethnique (Bowen, 2004).

Malgré les variations entre états, les indicateurs admis sur les fiches sociodémographiques sont en général: la race (noir-blanc) et l’origine ethnique (latino, asiatique et autre). Bien que ces indicateurs posent problème du point de vue anthropologique parce que la culture et la race ne sont pas en rapports naturels, ils ont tout de même permis à des experts américains d’avoir des données suffisantes pour délimiter certaines problématiques pluriethniques. Différents groupes d’experts (*task force*) ont travaillé cette question pour des secteurs particuliers, par exemple le travail infirmier, le vieillissement, les traumatismes crâniens et la douleur. Les recherches de Bazarian et coll. (2003) ont démontré l’absence de différences liées au genre dans le traitement des traumatisés crâniens moyens dans les urgences américaines. Toutefois, leurs recherches statistiques ont souligné des différences ethniques et raciales. Dans leur analyse, ces experts questionnent le modèle de gestion de la diversité de ce pays basé sur celui de la discrimination qu’ils trouvent insuffisant à rendre compte des disparités dans les soins reçus. Par exemple, les Latinos perçus comme subissant la même discrimination que les Noirs, du moins dans certains États, reçoivent des traitements plus élaborés et avec un meilleur contrôle de la douleur que ces derniers. En plus des écarts entre les traitements reçus, les chercheurs notent des variations inexplicables dans l’acceptation des traitements, notamment le remplacement du genou et de la hanche (Ibrahim et coll., 2002). Cette disparité ne peut, selon les auteurs, s’expliquer uniquement par des facteurs économiques et de discrimination.

Ce type de conclusions encourage l’utilisation des variables culturelles dans les études sur les écarts entre les éléments constitutifs des traitements : outils d’évaluation, soins, résultats aux tests, réactions des patients à l’offre de services et réactions du personnel soignant. Ainsi, les travaux d’un comité d’experts sur les personnes âgées publiés dans une revue médicale, *Medical Care* (2007), se centrent sur les évaluations d’ergothérapeutes en cas de démence. À partir de

leurs analyses, ils remettent en question la valeur universelle des tests cognitifs utilisés, tels celui de la performance dans l'exécution des tâches quotidiennes (AVQ) et celui des activités de la vie domestique (AVD), car ils varient d'un groupe culturel à un autre. Ces travaux rappellent la nécessité de tenir compte des modes de sociabilité et d'insertion sociale. Les intervenants relatent que ces différences ont un impact sur les gestes quotidiens, comme se brosser les dents ou préparer le cabri (la chèvre), pour mesurer une démence.

En réadaptation physique, les recherches s'intensifient en reconnaissant les différences individuelles et intragroupes (McCauley, 2005). Elles portent sur les travailleurs immigrants et mettent en évidence les emplois à risque de lésions professionnelles qui sont souvent leur lot (Calugay et coll., 2011). Des écarts en matière de santé sont aussi observés (Bass-Haugen, 2009). Ensuite, beaucoup des recherches concernent la douleur, notamment les représentations, les croyances et les représentations de la douleur (Lovering, 2006; Madan et coll., 2008). D'autres études s'intéressent aux capacités des immigrants à localiser leur douleur et à expliquer son intensité, cette difficulté étant reconnue pour poser des problèmes aux thérapeutes qui ont besoin de cette information afin d'adapter leur traitement et de s'assurer de son efficacité (Löfvander et Taloyan, 2008). Malgré les différences observées, le temps d'intervention et le processus de retour au travail restent les mêmes (Norrefalk et coll., 2006). Cette donnée contradictoire remet en question notre capacité à bien cerner cette problématique et les indicateurs utilisés pour mesurer la qualité des services et renvoie encore aux ruptures dénoncées par certains (De Gaulejac, 2005; Galbraith, 2004). On se demande alors dans quelles conditions se fera ce retour au travail pour les immigrants.

Côté (2012a) réalise une revue de la littérature extensive sur la réadaptation au travail des immigrants. Il conclut que les différences culturelles peuvent générer des représentations divergentes et conflictuelles qui empêchent le processus thérapeutique et induire son échec. Pour ce chercheur, une meilleure compréhension des représentations réciproques facilite une communication transculturelle et un développement d'une alliance thérapeutique. Enfin, il considère que le développement de compétences culturelles est nécessaire et qu'il doit être étudié sur plusieurs échelles (individuelle, organisationnelle, politique). Selon Côté, on ne peut se

permettre l'économie de ces compétences particulières si on souhaite développer des interventions culturellement adaptées.

Le livre de Cross et Benjamin (1988) intitulé *Toward a Culturally Competent System Care* demeure un incontournable dans le développement de ce nouveau champ d'interventions et de recherches (Bowen, 2004). Il a lancé l'intérêt au Canada et aux États-Unis de mieux saisir le rôle de l'accessibilité et des barrières dans la prestation de services pour les groupes mal desservis. Dans le contexte américain, le développement de compétences culturelles est vu comme une mesure de protection prise par les organisations de la santé pour éviter des poursuites judiciaires dues à des erreurs médicales ou à une violation des droits des usagers (Bowen, 2004). Dans ce pays, la culture du litige a favorisé un recours aux différences culturelles. Selon Bowen, qui s'intéresse particulièrement à la réactivité des systèmes de santé et à leur performance (OMS, 2000), les questions de l'accessibilité des populations de classes sociales moins nanties et de l'efficacité des soins aux communautés raciales et ethnoculturelles se posent de façon plus criante et contradictoire dans le système de santé privé américain, provoquant une augmentation de gestion de cas culturels (Bowen 2004). Des impératifs commerciaux appuient aussi le développement d'une expertise culturelle : il est reconnu, à cause du système d'assurance privée, que les *minorités ethniques* représentent un marché de plus en plus important en santé (Bowen, 2004).

Les variations mises en évidence par les recherches appellent au développement de compétences culturelles, non seulement individuelles, mais organisationnelles. L'approche heuristique qui traverse la littérature sur les compétences culturelles présente une lacune en ne s'intéressant généralement qu'à la culture des clients et non à celle des intervenants issus de la société d'accueil (Gratton, 2009). L'objectif des politiques de santé, des ordres professionnels, des compagnies d'assurance et les mesures anti-discrimination est d'offrir des soins de qualité à tous les groupes ethnoculturels, d'augmenter l'adhésion au traitement et de favoriser la participation des clients. Quant aux clients, on attend de plus en plus d'eux une participation en tant qu'expert de leur propre santé. D'ailleurs, les recherches en littérature soulignent la difficulté pour les classes défavorisées et pour les immigrants de promouvoir leur santé dans un système où les ressources réduites demandent de plus en plus de compétences personnelles, un problème bien documenté

au Canada (Gratton, 2009; Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008). Peu de recherches critiquent le modèle américain basé, comme au Canada, sur l'autonomie et sur une éthique individuelle, dont l'application peut même être dangereuse pour des clients immigrants (Gravel et coll., 2010).

Malgré ces lacunes, la notion de soins culturellement efficaces, une expression de la littérature américaine, a permis de mettre en évidence des disparités entre les groupes *raciaux* et *ethniques*, des écarts dans le fonctionnement social et des échecs dans la capacité des services à répondre aux besoins de toute la population. Bien qu'aux États-Unis, les données empiriques restent empêtrées dans un rapport problématique entre race et culture et forcent les experts à suivre une voie délaissée depuis longtemps par les anthropologues, les données américaines signalent quelque chose de différent dont on doit tenir compte.

4.3.2 *Le cas du Canada*

Au Canada, la diversité est appréhendée à travers des barrières linguistiques et géographiques; de sorte qu'historiquement tous les groupes minoritaires, y compris les canadiens-français, les autochtones, les Inuits et les immigrants, constituent la même catégorie. Par ailleurs, les recherches en réadaptation physique constituent un exemple éloquent du silence canadien en matière de données culturelles (Bowen, 2004), la littérature sur les immigrants en réadaptation physique venant principalement des États-Unis. Ainsi, on se souvient que, selon le moteur de recherche *Medline*, en 2005 au Canada, il n'y avait aucune recherche sur la réadaptation des immigrants et en 2011, il y en avait une centaine (chapitre 1). Il reste encore à comprendre les raisons de ce nouvel intérêt. Cette curiosité n'existe toutefois pas dans le cas des enfants immigrants en réadaptation physique, car, toujours selon *Medline*, en 2011, il n'y avait mondialement aucune recherche sur le sujet.

Ce silence du milieu canadien de la recherche peut aussi s'expliquer par la vision canadienne de la discrimination et du mouvement de rectitude politique où les différences culturelles ne sont pas nommées. La Charte canadienne des droits et libertés reconnaît les appartenances raciales et ethniques comme des motifs de discrimination, de sorte que l'utilisation de ces indicateurs reste très controversée au Canada. Il existe donc un consensus sur un tabou d'encodage de ces données

perçues comme discriminatoires. Gravel et Germain (2008) révèlent d'ailleurs que ces données sont utilisées de façon informelle au Québec par les gestionnaires pour adapter les services.

La position canadienne va, par ailleurs, à l'encontre des recommandations de l'OMS qui s'inscrivent dans la logique américaine. Elle comporte aussi des contradictions quant aux Amérindiens et aux Inuits qui font partie des populations dites *ethniques*, une nouvelle caractéristique culturelle découlant de l'immigration. D'un certain point de vue, cette position est bénéfique, mais elle gomme l'histoire de ces peuples et les relations de pouvoir historiques entre les deux peuples dits fondateurs. Cette histoire, contrairement aux États-Unis, ne s'est pas construite sur l'esclavage racial et ne prend donc pas en compte des indicateurs raciaux. Malgré tout, étant que nous pouvons récolter des données sur les Amérindiens, nous nous apercevons que leur niveau de santé est le plus pauvre du Canada (Bowen, 2004). Avoir accès à des données n'est pas suffisant, mais demeure essentiel pour se faire une idée de l'état de santé de toutes les populations, de la pertinence des services offerts et des conditions dans lesquelles on offre ces services.

Bien que fondée sur une position morale et sur des risques réels de discrimination, l'idéologie canadienne permet, selon Bowen (2004), d'éviter de se demander si les patients de races et d'origines ethnoculturelles différentes ont des besoins particuliers auxquels les services de santé canadiens ne répondraient pas. D'après ce chercheur, il ne suffit pas de se fier aux outils de mesures usuels, comme ceux d'Agreement Canada, pour répondre à ce questionnement. L'absence de données sur les populations immigrantes laisse supposer une absence de problèmes d'accessibilité et de santé particuliers (Bowen, 2004). À l'instar de Fassin (1999), Smith et Mustard (2008) et Côté (2012a) confirment l'importance de ces données, par exemple, pour obtenir de l'information sur les blessures physiques des immigrants et l'impact sur leur santé. Les données de Smith et Mustard (2008) pointent à un besoin de surveillance des conditions de travail des immigrants. Jusqu'à maintenant, un consensus selon lequel la santé des immigrants est plus élevée à leur arrivée que celle de la population locale a prévalu (Bowen, 2004). Ce consensus se base sur les conditions d'acceptation au pays d'accueil. Lors de leurs récentes recherches, les chercheurs de Santé Québec ont bricolé des indicateurs afin de parvenir à des estimations sur la santé des populations immigrantes. Ils ont, en effet, croisé différents indicateurs : l'année de

naissance, les numéros récents de cartes de maladies et les codes postaux des quartiers de Montréal reconnus pour leurs taux élevés de populations immigrantes (communication personnelle). Leurs résultats devraient sortir sous peu.

Dans la foulée des orientations de l'OMS (2000), Bowen (2004) s'est intéressée à cette question pour sa thèse sur la réactivité⁶⁰ et sur l'efficacité du système de santé. Elle se penche sur les pratiques canadiennes dans les services aux groupes qu'elle qualifie de *culturellement diversifiés* et identifie de bonnes pratiques. De façon inattendue, ses travaux illustrent l'analyse de De Gaulejac (2005). On y retrouve deux termes de gestion d'une société hypermoderne : la réactivité et les bonnes pratiques. De plus, ses travaux mettent en évidence un acteur social privé et international qui évalue les performances du réseau de santé canadien: Agrément Canada. Je reviendrai sur le rôle de cet organisme plus loin. Il est à noter qu'aux États-Unis, les structures organisationnelles affirment une volonté d'être attentives à des écarts possibles dans les services de santé aux immigrants et aux personnes issues de groupes minoritaires, mobilisant dans la même veine les acteurs de ce réseau.

Dans sa recherche, Bowen (2004) réalise une revue exhaustive de la littérature internationale sur les instruments de mesure et les bonnes pratiques, ce qui lui permet de comparer différents systèmes de santé. Cet exercice révèle des différences dans les approches souhaitant répondre aux enjeux de la diversité culturelle, mais, malgré ces variations, un consensus international basé sur le modèle de l'OMS (2000) préconise les bonnes pratiques de réactivité culturelle des systèmes de soins. Selon Bowen (2004), les stratégies d'évaluation de la réactivité culturelle sont pensées depuis une zone d'intervention et pour certains types de juridiction. Cela laisse de côté plusieurs facteurs pourtant nécessaires à l'évaluation de la réactivité des systèmes de santé : des législations différentes, par exemple contrairement à la situation américaine, la santé au Canada est de juridiction provinciale même si soumise à une loi pancanadienne sur la santé; des mesures

⁶⁰ L'OMS a défini en 2000 un cadre conceptuel du système de santé dans le but d'en définir les objectifs et les fonctions et de pouvoir en mesurer les performances. La mesure de réalisation des divers objectifs a permis de comparer les 191 systèmes de santé du monde entier dans le rapport mondial de l'OMS (2000) consacré aux systèmes de santé, « améliorer la performance ». La comparaison des résultats avait pour but de montrer l'importance du rôle que joue le système de santé dans l'amélioration de ses objectifs sociaux. Selon ce nouveau cadre conceptuel, tout système de santé a les trois objectifs intrinsèques suivants: améliorer l'état de santé des populations ; répondre aux attentes des divers partenaires; établir équitablement la contribution financière.

de suivis et de contrôle variant selon les pays; des différences nationales dans la collecte des données selon des indicateurs locaux (voir Fassin, mentionné ci-dessus); des priorités populationnelles et une distribution des services différents pour chaque pays; des consensus sociaux nationaux sur la valorisation de certaines activités. Bowen (2004) conclut que la conception d'une mesure d'évaluation doit découler des politiques canadiennes, notamment de la vision particulière des différences culturelles et d'un contexte de soins publics et non privés.

Le questionnaire d'autoévaluation utilisé par Bowen (2004) a été conçu par Agrément Canada. Ce service d'évaluation est privé, ce que plusieurs intervenants et gestionnaires du réseau du MSSS ignorent (communication personnelle), sauf les hautes directions qui payent pour ces services d'évaluation à cause de la notoriété que l'agrément offre à leur institution (communication personnelle). Agrément Canada se définit sur son site comme « un organisme privé sans but lucratif et indépendant qui fournit aux organismes de santé et de services sociaux nationaux et internationaux un examen, qui est mené par des pairs de l'extérieur, afin d'évaluer la qualité de leurs services selon des normes d'excellence »⁶¹. Agrément Canada dit être reconnu par une instance internationale. Pour l'évaluation de la réactivité, Bowen (2004) identifie deux étapes, une première plus générale et une seconde plus spécifique à la diversité culturelle. Des indicateurs internationaux sont utilisés dans les deux cas.

La première partie de l'évaluation comprend huit rubriques: profil général de la réactivité, ressources humaines, formations, services d'accessibilité linguistique, structure organisationnelle et d'intégration, information pour les clients et la communauté, recueil de données, évaluations et recherches, partenariats avec les communautés. L'évaluation plus spécifique comprend aussi huit dimensions qui évaluent des enjeux de diversité culturelle : définition de la culture et des groupes culturels, orientations multiculturelles et antiracistes, actions volontaires et exigées, concentrations individuelles et institutionnelles, compétences chez le personnel et accessibilité dans les communautés, approche de management des ressources humaines, approche en développement des compétences culturelles. Cet instrument a été revu par le *National Network for Cultural Competency in Pediatric Health Care* avant que Bowen ne l'applique à sa recherche. Les résultats de cette autoévaluation ont ensuite été comparés aux autres données recueillies selon les indicateurs mentionnés plus haut. Dans une récente évaluation d'une institution de la région

⁶¹ Accréditation Canada, site consulté le 21 juin 2012, suivre le lien suivant : www.accreditation.ca/fr/

de Montréal, Agrément Canada met l'accent sur les mécanismes d'accessibilité et sur la mise à jour des politiques et des procédures en vue d'atteindre ses objectifs (communication personnelle). Dans la région de Montréal, la restructuration par programme favorisée par le MSSS est largement évaluée par cet organisme. Il est intéressant de noter que, dans ses évaluations, Agrément Canada s'intéresse peu ou pas aux relations directes entre intervenants et clients.

La comparaison des résultats obtenus par les deux modes de recueils utilisés par Bowen met en évidence des approches différentes pour répondre aux enjeux de la diversité culturelle sur chaque site. Plusieurs contradictions apparaissent également entre les données obtenues par l'autoévaluation (Agrément Canada) et celles dégagées par les autres modes de recueils (Bowen, 2004), particulièrement au sujet des meilleures pratiques, des outils de gestion et des réalités quotidiennes. On revient ici au problème soulevé par De Gaulejac (2005) et Galbraith (2004). Suivant ses résultats, Bowen dégage plusieurs constats. Tout d'abord, les initiatives organisationnelles sont souvent portées par des individus-clés et non par des politiques organisationnelles fondées sur des données probantes. Ensuite, la définition de la culture est étroite et fixée dans des catégories raciales/ethniques. Les initiatives pour les immigrants, pour les autochtones et pour les Canadiens français sont par ailleurs prises en compte de façon isolée, sans une vision d'ensemble de la diversité pluriethnique. On remarque aussi que dans plusieurs centres de santé, l'accent est mis sur des formations culturelles, sans mesure de discrimination positive pour la sélection du personnel, indiquant pour Bowen une orientation multiculturelle de la diversité et non une approche anti-discrimination. Cette approche se reflète aussi dans l'idée qu'une méconnaissance des différences culturelles⁶² est la cause de tous les problèmes d'intervention rencontrés. Dans ce cas, les formations de sensibilisation culturelle deviennent la seule solution recherchée.

Ensuite, une étude de la documentation organisationnelle des sites étudiés suggère une dépendance de l'organisation à des intérêts personnels et individuels plutôt qu'organisationnels. Bowen (2004) note, à cet égard, que les dynamiques interculturelles demandent davantage que

⁶² Avec ce constat, Bowen (2004) introduit la problématique autour du terme *interculturel*. Ces enjeux seront discutés par une comparaison entre les termes *compétences culturelles* et *compétences interculturelles*. Cette approche ne regarde pas seulement la culture mais aussi la réduction des barrières typiques aux contextes pluriethniques.

des actions personnelles et bénévoles. Finalement, il y a une insistance sur le développement des compétences du personnel plutôt que sur le développement d'une expertise en vue de réduire les barrières à l'accessibilité des services et à la participation des communautés. Ce travail est aussi jugé essentiel par Mercier (2004) pour favoriser l'inclusion.

Bowen (2004) affirme que certains indices laissent croire que la restructuration du système de santé augmente les barrières à la réactivité du système de santé en matière de diversité culturelle. On rejoint ici l'analyse de De Gaulejac (2005) sur les difficultés posées par les restructurations selon un modèle managérial. Bowen (2004) ajoute que la régionalisation des services de santé pourrait amener des défis d'évaluation organisationnelle pour les provinces. Ces changements posent problème à l'intégration de bonnes pratiques culturellement adaptées aux nouvelles structures et aux nouveaux processus organisationnels. Dans ses conclusions, Bowen (2004) soutient que sa recherche met en évidence l'importance des évaluations organisationnelles en matière de services pour les populations pluriethniques. Ses recherches indiquent qu'en matière de services aux populations pluriethniques, il faut prendre le temps de s'intéresser aux stratégies sous-jacentes, ce que Roy (1992) appelle les adaptations silencieuses.

Selon Bowen (2004), se fier uniquement aux formulaires d'autoévaluation laisse de côté des données importantes qui apparaissent seulement dans les observations, les entrevues et les groupes de discussion. Ces méthodes permettent de rendre compte des enjeux communautaires, des niveaux de consensus et de dissonances entre les différents acteurs sociaux ainsi que des contextes historiques et politiques. Pour l'auteure, ces données sont essentielles pour les planifications organisationnelles stratégiques. Elles devraient donc se retrouver dans les processus d'évaluation de réactivité du système de santé. Par ailleurs, pour Bowen, les indicateurs des questionnaires d'autoévaluation ne sont pas les seuls à compter, mais les processus mêmes de recueil de données qui devraient favoriser des changements organisationnels sont aussi importants. De plus, les évaluateurs devraient avoir une bonne connaissance de la littérature sur la diversité culturelle et sur la définition des bonnes pratiques, ce qui n'est pas le cas pour les autoévaluations.

Finalement, Bowen (2004) note que l'efficacité recherchée par l'évaluation de la réactivité des systèmes de santé demande du temps, notamment pour favoriser l'implication des gestionnaires et des employés et une rétroaction (*feedback*). Sans ces conditions et sans une évaluation qui comprend plus qu'un autoquestionnaire et dirigée par des personnes qualifiées en diversité, la portée de l'évaluation risque d'être diminuée, ne donnant pas les résultats nécessaires à mobiliser la gestion et le personnel autour d'une action crédible et impérieuse. Ces mises en garde sont cohérentes avec l'approche systémique de l'école de Palo Alto (chapitre 2). Bowen sollicite l'engagement des gestionnaires chevronnés afin qu'ils offrent le temps nécessaire à l'éducation, aux rétroactions (*feedback*) et aux interprétations continues des résultats et qu'ils participent à la planification des mesures de changement.

Serait-il possible de penser le problème autrement? Il existe un mouvement international qui tient compte de données genrées, sexospécifiques. Ces données sont aussi relatives à un autre motif de discrimination pour le Canada, le sexe. Toutefois, contrairement à l'appartenance ethnique, l'usage de cet indicateur est vu comme une avancée sociale⁶³. En santé, ce type de données fournit des informations intéressantes, car les services sont souvent plus adaptés aux besoins féminins. On argumente qu'il ne coûte rien d'adapter les services, quel qu'ils soient, au genre, alors que les services de santé aux populations ethnoculturelles demanderaient 40% plus de ressources, selon les estimations de Battaglini (2005). Cette demande est liée à un temps d'intervention plus élevé.

La contradiction entre des données genrées novatrices et des données sur l'appartenance nationale ou ethnique discriminatoires laisse songeur. Par contre, ce modèle met en évidence que tous les humains, homme ou femme, entrent dans les données genrées, ce qui n'est pas le cas pour les données ethniques ou culturelles que l'on garde encore généralement pour les populations dites « non occidentales ». Cette situation touche plusieurs enjeux, même pour les données genrées où les spécialistes se plaignent d'un manque de données sur les femmes immigrantes (communication personnelle). Les données ethnoculturelles posent un coefficient de

⁶³ Pour suivre ce grand mouvement international, le ministère de la condition féminine du Québec a mis en place un système de formations et de consultations afin de s'assurer de transmettre des modèles analytiques et des méthodologies adéquates pour le recueil de ces données (communication personnelle avec une des formatrices et consultantes de ce programme).

difficulté plus élevée que les données genrées, car la culture, l'ethnie et la race n'ont pas un rapport considéré naturel comme le genre, bien que ce dernier soit aussi une construction d'un rapport à soi et à l'autre. L'adaptation du modèle de données genrées aux indicateurs ethnoculturels demanderait également que l'Occident se voit comme ayant une culture, et comme étant aussi composé de groupes ethniques. Cette approche est celle favorisée par le modèle de relations interculturelles qui se construit peu à peu au Québec en matière de santé, un modèle qui ne fait toutefois pas l'unanimité.

4.3.3 *Le cas du Québec*

L'ancrage historique, national, institutionnel et culturel de l'accessibilité (tradition canadienne) et des compétences culturelles (tradition américaine) se distinguent au Québec alors qu'une troisième voie traverse les débats sur la diversité culturelle, celle des relations interculturelles. Bob White (2012) distingue trois échelles dans la problématique des relations interculturelles au Québec⁶⁴ : l'*interculturalité* qui concerne les faits sociaux des interactions quotidiennes; l'*interculturalisme* qui prend la forme d'un certain projet politique de gestion de la diversité, un modèle qui s'oppose au multiculturalisme canadien; et l'*interculturel* qui est une éthique ou une philosophie relationnelle⁶⁵. Suivant la problématique des relations interculturelles et de la communication introduite par Clanet (1993) et Abdallah-Preteceille (1999), l'interculturalité implique des notions de réciprocité et de complexité dans les relations entre personnes issues de groupes ethnoculturels différents. Pour Das (1993) et Lomomba (1998), les rencontres interculturelles n'ont pas lieu entre des cultures, mais entre des êtres culturels issus d'horizons différents. Cette définition met de l'avant les caractéristiques d'un champ qui n'est plus de l'ordre de l'anthropologie ou de la psychologie, mais d'un croisement entre les deux, créant un troisième champ à échelle propre (Bateson, 1984). Cette nuance est importante pour éviter des erreurs de niveaux logiques, des paradoxes (Bateson, 1984). Quand elle comprend ce jeu d'échelles, l'approche interculturelle permet, contrairement aux compétences culturelles, de rechercher et de prendre en compte les différences qui font de nous des humains (Agar, 1982) et de manier les

⁶⁴ Pour consulter Atelier sur le bottin interculturel, Laboratoire de recherche en relations interculturelles, consulté le 15 août 2012, suivre le lien suivant : <http://labrri.wordpress.com/category/ateliers-du-labrri/>

⁶⁵ Pour consulter Vers un courant interculturel, Laboratoire de recherche en relations interculturelles, consulté le 17 février 2012, suivre le lien suivant : <http://labrri.wordpress.com/contexte/>

ressemblances et les différences (Wikan, 1992). Le processus de *centration* (Cohen-Émérique, 1993; Das, 1993) de l'approche interculturelle permet un retour critique sur la société d'accueil vue comme ayant une culture et étant historiquement construite. La société peut alors être critiquée à partir d'une critique ethnocentrique et du pouvoir, réalisée grâce au concept de *rétrochoc culturel* (Gratton, 2009).

4.3.3.1 L'interculturalité

L'approche interculturelle est soutenue depuis le début par les milieux universitaires européens francophones sous la forme de l'ARIC, l'Association pour la Recherche interculturelle. Dès le début des années 80, ce regroupement de chercheurs francophones et interdisciplinaires s'intéresse au milieu de l'éducation, du travail social et de la gestion (Abdallah-Preteille, 1999; Camilleri et Cohen-Émérique, 1989; Clanet, 1993). Leurs recherches trouvent écho dans différentes institutions politiques comme l'UNESCO, l'Union européenne et le Conseil de l'Europe. Aux États-Unis (2001) se développe également cette approche pour le milieu des affaires. Au Québec, sous l'influence de Cohen-Émérique qui effectue plusieurs voyages au Canada dans les années 80 et 90, l'interculturel fait sa place, tout d'abord, dans le milieu de l'éducation (Ouellet, 1991) et puis dans d'autres champs tels la santé et le travail social. En santé, Das⁶⁶ de l'Institut Interculturel de Montréal participe à l'élaboration de la politique de santé de 1989 sur l'accessibilité des soins et des services pour les communautés ethnoculturelles. Elle y introduit l'idée d'adéquation des services, demandant d'évaluer la possibilité que certains services de santé soient inutiles aux immigrants qui ont des besoins différents et des ressources différentes (communication personnelle), ce que les seules données statistiques ne peuvent rendre compte.

Vers le début des années 1990, Cohen-Émérique (1993) forme deux chercheurs-anthropologues de la Direction de la santé publique du Québec, Battaglini et Gravel, en communication interculturelle. Leurs travaux (Battaglini, 2000, 2005, 2010; Gravel et coll., 2010; Gravel et coll.,

⁶⁶ *Accessibilité des services aux communautés culturelles – Orientations et plan d'action 1989-1991*. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et *Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles – Orientations et plan d'action 1994-1997*. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces orientations sont toujours en vigueur.

2005; Gravel et Battaglini, 2000; Gravel et coll., 2001; Gravel et coll., 2008), influencés par cette approche, ont un impact majeur dans la compréhension des dynamiques interculturelles du réseau de la santé et des services sociaux et des rencontres interculturelles dans l'espace clinique. Les analyses de Battaglini (2000) se basent sur des recherches de terrain de type anthropologique, à partir d'un modèle interculturel et d'un modèle d'inclusion canadien où l'on s'intéresse aux barrières à l'accessibilité aux soins et aux services. Battaglini (2000) relève quatre barrières particulières aux contextes interculturels : des barrières linguistiques; une méconnaissance du système de santé local de la part des immigrants qui ne s'y retrouvent pas, des barrières culturelles (représentations différentes de la santé et de la maladie, relations différentes à l'autorité, relations hommes/femmes différemment organisées, etc.); des barrières objectives comme le statut migratoire et les moyens économiques. Gravel et Battaglini (2000) démontrent que ces nouveaux enjeux modifient la pratique clinique des intervenants qui peuvent déjà avoir des difficultés avec la communication de base (comprendre ce qui est dit et se faire comprendre) lorsqu'il n'y a pas de barrière culturelle, les amenant à saisir l'univers de l'autre.

L'analyse de Battaglini (2005) est généralement acceptée par les intervenants qui sentent qu'elle saisit bien les enjeux des actes quotidiens en contextes de pratique pluriethniques. Cette analyse est aussi acceptée par le milieu communautaire qui intervient dans certaines problématiques de la santé, tel le *Centre multiculturel d'intégration pour les personnes handicapées*. Toutefois, elle n'est pas validée par les gestionnaires et par les décideurs du milieu de la santé, car rien dans leurs données statistiques ne confirme ses résultats. Par exemple, aucune différence n'apparaît dans les statistiques de chirurgies d'un jour (communication personnelle), revenant à la rupture entre pratique managériale et réalité quotidienne de Galbraith (2004) et de De Gaulejac (2005).

Rappelons que le modèle canadien d'accessibilité est fondé sur une logique géographique et linguistique particulière à un modèle de discrimination, amenant les indicateurs utilisés pour les statistiques quotidiennes à ne pas tenir compte de l'origine ethnique ou du pays d'origine des clients. Lors des formations interculturelles, certains intervenants affirment que l'augmentation de temps nécessaire influence l'intervention, car les objectifs habituels ne peuvent être atteints, prolongeant le nombre de rencontres habituellement allouées au processus d'intervention. Selon plusieurs de ces intervenants, démontrer la validité des analyses de Battaglini nécessiterait que le

pays de naissance soit accolé au numéro de dossier du client, un numéro systématiquement utilisé par les statistiques dans la recension des activités professionnelles. Si le temps d'intervention n'est pas connu, on peut se demander comment les intervenants peuvent répondre aux exigences de leurs tâches. Plusieurs disent couper sur le temps de services offert à chacun, quelle que soit l'origine ethnoculturelle, et compter sur les clients les plus autonomes pour réduire leur temps d'intervention. Plusieurs d'entre eux précisent que cette situation est injuste pour les clients de la grande région de Montréal, car le temps alloué pour les interventions est le même partout qu'en province.

Les travaux de Gravel et Battaglini couvrent la plupart des dynamiques interculturelles dans le réseau de la santé: les réalités des clients immigrants, les moyens d'évaluation des services en contextes pluriethniques, les données formelles et informelles, l'application de modèles occidentaux de santé publique et d'intervention ainsi que les enjeux éthiques dans l'application de ces modèles. Les deux auteurs ont aussi conçu un manuel pour aider les décideurs et les gestionnaires à penser les services en contextes pluriethniques (2000). Le service de recherche de ces anthropologues à la Direction de la santé publique de Montréal, Santé-culture, a toutefois été démantelé en 2008 à la suite de la restructuration du réseau de la santé dans le cadre de la nouvelle ingénierie mise en place par le Parti libéral du Québec. Une nouvelle approche populationnelle et antidiscriminatoire a justifié de ne plus s'intéresser de façon particulière aux dynamiques migratoires et interculturelles⁶⁷ (communication personnelle).

Les travaux du Coroner du Québec, le Dr. Jacques Ramsay, remettent en question cette approche générale, car il évalue que des barrières culturelles et linguistiques sont en cause dans la mort de plusieurs patients immigrants⁶⁸. Deux de ses rapports concernent des morts en rapport avec des barrières linguistiques⁶⁹. Le Coroner a aussi déposé en 2007 un rapport lors de la Commission Bouchard Taylor sur les pratiques d'accommodements reliées aux différences culturelles. Une

⁶⁷ Plusieurs personnes du réseau MSSS ont été contactées en vue de valider les données recueillies et ont toutes préféré rester anonymes.

⁶⁸ Le Coroner base son analyse notamment sur le cas d'une patiente africaine pour qui des ambulanciers ne sont pas parvenus à interpréter les symptômes et qui, en conséquence, est morte d'une grossesse ectopique. Ce type de mortalité a été éradiqué au Québec depuis plus d'une dizaine d'années. Suite à son analyse, le Coroner ne met pas la discrimination en cause, il dénonce un problème d'interprétation de symptômes différents. Il recommande donc le développement de compétences culturelles (modèle et littérature américaine) comme solution à ce type de problème.

⁶⁹ Recommandations : dossier #140155 ; et dossier #141766.

équipe d'une Agence de la santé et des services sociaux du grand Montréal a été interpellée par cette problématique. Vu les problèmes de communication générés par l'intervention en contextes pluriethniques, cette équipe s'est attachée à adapter les formulaires de déclaration d'incident, un formulaire auquel toutes les institutions accordent une grande importance, afin de rendre accessible de nouvelles données. L'équipe se bute depuis ce temps aux indicateurs possiblement utilisables; aucun ne fait l'unanimité et tous soulèvent des enjeux de discrimination et d'idéologie (communication personnelle). Pour les intervenants, des cas similaires, quoique moins tragiques, illustrent quotidiennement les limites de leur approche habituelle en santé et expliquent la mobilisation des intervenants pour obtenir des formations en compétences culturelles (États-Unis et Canada) et (inter)culturelles (Québec) afin de faire face aux enjeux interculturels qui s'ajoutent à leurs pratiques interculturelles. Ces dernières sont aussi traversées par des enjeux de discrimination et d'idéologies qu'il reste à clarifier avant de s'intéresser à l'éthique des relations entre personnes issues d'horizons différents.

4.3.3.2 L'interculturalisme

Au Québec, la notion d'interculturalisme⁷⁰ peut se comprendre à partir d'un nouveau mythe fondateur⁷¹. En 1990, le gouvernement du Québec publie un énoncé politique en matière d'immigration et d'intégration des immigrants intitulé *Au Québec pour bâtir ensemble*. Cet énoncé politique est encore en vigueur aujourd'hui et son contenu a été réaffirmé dans le dernier plan d'action du gouvernement de 2004. Selon Icart (2012)⁷², trois courants de pensée traversent les débats actuels en la matière et orientent les prises de décision. Il y a l'idéologie classique de Rawls (1993) qui institue une nette séparation entre la sphère publique et la sphère privée. Afin de garder la neutralité de l'état, la vie privée est vue comme le seul lieu possible pour l'expression des particularismes. En second, on retrouve le courant *communautarien* (Taylor 1994) qui considère que l'État devrait reconnaître les différences entre les groupes afin de compenser les handicaps des minorités. Cette philosophie représente plus les fondements du modèle de gestion canadien de la diversité, le multiculturalisme. Cette position critique la

⁷⁰ Voir à ce sujet Bouchard, (2012).

⁷¹ Pour consulter Dialogue et représentation - IADA, Laboratoire de recherche en relations interculturelles, consulté le 10 septembre 2012, suivre le lien suivant : <http://labrri.wordpress.com/category/publications/>

⁷² Intégration et citoyenneté dans Jasmine, présentation faite au Laboratoire de recherche en relations interculturelles, LABRRI, le 29 septembre 2012.

première qui ne pourrait rendre égaux ceux qui ne le sont pas au départ. Enfin, selon Icart, l'énoncé politique québécois se situerait dans une troisième voie (Kymlicka, 1994) qui se veut une vision libérale renouvelée. Selon cette thèse, l'épanouissement de l'individu demande que soit préservé le contexte culturel dans lequel il peut exercer sa capacité à choisir une meilleure vie. Toujours selon Icart (2012), l'objectif de cette reconnaissance de la pluralité est de garantir l'indépendance de l'individu et sa limite réside dans la protection des valeurs et du processus démocratique, car la reconnaissance du pluralisme ne vise pas le maintien des communautés particulières. Il est important de noter que, quelle que soit la philosophie sur laquelle se fonde le modèle de gestion de la diversité, jamais la notion de culture n'est définie. J'y reviendrai au chapitre 7 sur les idéologies.

On retrouve au Québec le terme interculturel, venu de la littérature européenne (Abdallah-Preteille, 1999; Camilleri et Cohen-Émerique, 1989; Clanet, 1993), dans le milieu communautaire québécois (Institut interculturel de Montréal, Centre multiethnique d'intégration pour les personnes handicapées, Table de concertation des réfugiés et des immigrants, par exemple) et dans les grandes institutions comme le milieu de la santé et de l'éducation (Ouellet, 1991). Il a été facilement repris dans le cadre de la politique québécoise de la gestion de la diversité. Le milieu politique québécois utilise aussi ce modèle pour penser ses politiques publiques de gestion de la diversité et pour répondre au multiculturalisme canadien duquel il se dissocie historiquement. En effet, la politique du multiculturalisme a été implantée en 1971 par Pierre Elliot Trudeau, alors premier ministre du Canada (1968 à 1979, 1980 à 1984).

Au Québec, le multiculturalisme est vu comme une tentative d'élimination de la différence québécoise; avec ce modèle, la culture du Québec est mise sur le même pied d'égalité que les autres cultures du Canada (Frozzini, 2010). Le Québec préconise, tel que l'explique Frozzini, des rapports harmonieux entre cultures, fondés sur l'échange et sur un mode d'intégration qui ne cherche pas à abolir les différences. La notion de culture, telle que comprise par chacun des modèles, demande des précisions. Dans le modèle canadien, la culture est de l'ordre d'une possession, d'un objet; c'est une caractéristique des humains qui viennent d'ailleurs ou qui sont minoritaires, par exemple les Québécois, les autochtones et les Inuits, comme l'a mis en évidence Bowen pour l'accessibilité au réseau de santé (Bowen, 2004). Selon le modèle du

multiculturalisme, la culture comprend davantage la fête nationale ou certaines habitudes alimentaires ou vestimentaires (Fistetti, 2009).

Avec le modèle québécois, la culture implique un positionnement identitaire (Labelle et Rocher, 2011). Selon moi, cette position dépend d'un mouvement de protection identitaire des Québécois qui, contrairement aux Canadiens, se sentent plus porteurs de culture, expliquant qu'ils se soient si facilement approprié le modèle de communication interculturelle développé en Europe. En d'autres termes, les Québécois sont prêts à regarder la culture de l'autre, tout en tentant de protéger la leur. Le multiculturalisme et l'interculturalisme sont toutes deux des politiques de gestions de la diversité. Ceci dit, une approche interculturelle (pas le phénomène, pas la politique d'État, mais l'orientation) reste valide, peu importe les politiques de gestion de la diversité. Cette approche permet aussi, comme l'anthropologie, d'analyser les modèles de gestion politique. Ainsi, elle aide à saisir que le modèle de gestion politique choisi par une société comprend toujours un ancrage culturel. C'est ce qui ressort de la documentation produite par la Ville de Barcelone qui met en lumière la différence entre les modèles *multiculturalistes* des pays de langue anglaise et assimilationnistes des pays francophones (Ajuntament de Barcelona, 2010). On peut penser que ces différences respectives représentent une continuité par rapport aux modèles coloniaux qui ont entraîné des constructions identitaires différentes chez les populations colonisées, comme c'est le cas entre les identités *black* des colonies anglaises, les identités nationales comme chez les Haïtiens (Perreault et Bibeau, 2003) et la négritude (Fanon, 1971) dans les colonies françaises⁷³.

Au Canada, les politiques et les orientations de la gestion de la diversité, le multiculturalisme fédéral et l'interculturalisme québécois font un usage très pauvre de la notion de culture, par exemple, une méconnaissance de l'universalité de la culture (Friedman, 1994) ou des variations culturelles ou de la profondeur des modes de vie (Agar, 1982). En ce qui concerne la connaissance des dynamiques interculturelles, les connaissances sont encore plus pauvres, comme l'écrit Bowen (2004). On observe un manque d'expertises interculturelles pour évaluer les politiques et pour prendre des décisions en contextes de santé pluriethniques. Cette évaluation peut, à mon avis, se généraliser à toutes les sphères de la société. Galbraith (2004) et De Gaulejac

⁷³ Voir aussi White, (1996). Talk about School: education and the colonial project in French and British Africa.

(2005), tout comme Agbobli et Hsab (2011), rappellent que des enjeux internationaux impactent les politiques locales. Devant une telle complexité, comment les hommes politiques ou ceux de la rue peuvent-ils s'y démêler?

Une autre difficulté rencontrée se trouve dans les contradictions qui surgissent parfois entre le modèle interculturel et la Charte des droits de la personne, bien que les deux soient complémentaires. La Charte québécoise des droits et libertés de la personne se lit comme suit:

Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier à ce handicap. Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit (Charte québécoise des droits et libertés de la personne, Article 10)⁷⁴.

Un des problèmes dans l'utilisation de la Charte en contextes pluriethnique provient de la confusion entre deux échelles dans la liste des motifs de discrimination. Ainsi, l'appartenance ethnique et nationale renvoie à des visions du monde qui donnent un sens différent aux huit autres motifs invoqués par la Charte. C'est le seul indicateur qui induit une perte des repères, ce que les spécialistes en relations interculturelles nomment le choc culturel (Cohen-Émerique, 1993; Das, 1993; Hall, 1964, 1984). Les intervenants qui travaillent à réinsérer une personne handicapée dans une culture où son handicap n'a pas le même sens voient l'application concrète de ces différentes visions du monde (Leavitt, 1992; Saillant, 2007). La religion pose problème pour les mêmes raisons, mais aussi parce que la Charte la définit uniquement en matière d'objet personnel que chacun peut interpréter à sa guise, contradiction comprise par l'anthropologie qui reconnaît que la religion est encadrée par des structures, des institutions, des règles et par des fonctionnements qui dépassent les individus (Gratton, 2009)⁷⁵.

⁷⁴Pour consulter l'Article 10 de la Charte des droits de la personne et de la jeunesse, suivre le lien suivant : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/.../telecharge.php?type...

⁷⁵ La question des droits humains et de l'impérialisme pose aussi des enjeux critiques importants, comme le rappelle Laura Nader dans *Anthropology News* (Septembre 2006).

4.4 *Vers un courant interculturel*

L'interculturel concerne les rencontres entre personnes issues d'horizons culturels différents. Ce champ théorique et pratique peut relever d'une éthique relationnelle de reconnaissance de soi et de l'autre (White⁷⁶) dont tient compte la communication interculturelle. L'aspect éthique de la communication interculturelle se pose aussi en santé. Daniel Côté (2012) a fait une recension des écrits sur la réadaptation physique en contextes pluriethniques. Il affirme qu'une bonne communication améliore les résultats cliniques. Ce chercheur a aussi noté que cette efficacité tend à se perdre lorsque les intervenants soignent des clients immigrants (Sloots et coll., 2010), car ce nouveau contexte d'échange exige de nouvelles compétences. Cette situation pose des questions éthiques importantes, surtout si les intervenants n'ont pas les conditions, notamment le temps, pour s'intéresser à l'univers social et culturel de l'autre (Battaglini, 2005).

À travers les compétences interculturelles (Cohen-Émerique, 1993, Das, 1993, Gratton, 2009), les intervenants apprennent à se centrer et à prendre une position critique face à leur propre univers culturel et social, tout en acquérant la capacité à se décentrer, c'est-à-dire à s'intéresser à l'univers de leurs clients immigrants. Ils apprennent à mesurer les écarts culturels dans leurs interactions⁷⁷, à reconnaître les barrières typiques des contextes pluriethniques (Gravel et Battaglini, 2000) et à mobiliser, au besoin, leur milieu en vue de réduire ces barrières qui entravent l'insertion et l'inclusion (Mercier, 2004). La notion de compétence interculturelle que l'on trouve au Québec s'inspire de deux traditions; celle des compétences interculturelles venues des États-Unis et celle de la communication interculturelle venue d'Europe (Côté et coll. 2012, sous presse). La première s'intéresse particulièrement à l'autre en cherchant à accroître la sensibilité culturelle de l'intervenant et ses connaissances d'une ou de plusieurs aires culturelles particulières (Campinha-Bacote, 2002). Cette approche amène aussi l'intervenant à entreprendre une démarche autoréflexive lui permettant de prendre conscience de ses propres déterminants culturels (Muñoz, 2007). La seconde approche stipule que tous les êtres humains sont porteurs d'une culture, ce qui les prédispose à entretenir certains rapports avec les êtres et les choses (Poirier, 2004). Depuis quelques années, une nouvelle littérature émerge sur les compétences

⁷⁶ Pour consulter, Atelier sur le bottin interculturel (BIC), Laboratoire de recherche en relations interculturelles, consulté le 3 février 2012, suivre le lien suivant : <http://labrri.wordpress.com/category/ateliers-du-labrri/>

⁷⁷ Modèle développé par Legendre et Gratton, voir Gratton, 2009.

culturelles organisationnelles (Lie et coll., 2011). Une des compétences interculturelles développées dans le programme-cadre du MSSS mis en place à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal Centre est de savoir avec qui communiquer en cas d'écart culturel (Gratton, 2009). Cette technique de communication interculturelle implique que la solution n'est pas toujours du côté du client. Ces nouvelles tâches s'ajoutent aux actions habituelles reconnues par l'organisation de la santé en vue de favoriser l'inclusion des personnes handicapées.

La compétence culturelle, appelée ainsi du côté américain quand c'est l'intérêt pour l'autre qui est privilégié, ou encore la compétence interculturelle quand c'est la rencontre entre soi et l'autre qui est favorisée, est souvent décrite comme une compétence de l'interaction sociale (Bartel-Radic, 2009; Côté, 2012; Suarez-Balcazar et coll., 2009). Dans ce cas, l'Occidental se reconnaît aussi comme porteur de culture, ce qui n'est pas le cas avec une approche basée uniquement sur les compétences culturelles (Gratton, 2009). Quelles soient culturelles ou interculturelles, ces types de compétences ont la capacité à reconnaître et à utiliser le culturel et le social comme une source d'apprentissages dans le but de concevoir des interventions efficaces (Côté et coll., 2012 sous presse). Ces approches visent l'agir pour réduire les disparités raciales (Drwecki et coll., 2011) et les inégalités sociales (Lynam et coll., 2008) dont la migration représente un indicateur important (Le Blanc et coll., 2012).

Cette intention est présente dans toutes les disciplines de la réadaptation physique: nursing (Dudas, 2012); physiothérapie (Purnell et Lattanzi, 2005); ergothérapie (Wray et Mortenson, 2011); orthophonie (Moxley et coll., 2010); travail social (Legault, 2000); et psychologie (Triandis et Loner, 1980). En plus de l'adéquation de ses modèles aux conditions pluriethniques et aux mesures d'intervention, chaque discipline est confrontée à des enjeux particuliers. Par exemple, à la suite à un accident vasculaire cérébral (AVC), comment aider à réapprendre à parler une personne dont la langue première n'est pas celle du pays d'accueil? La question se pose encore plus lorsque l'orthophoniste ne connaît pas les sons de la langue du pays d'origine ni la valeur des sons et des mots dans cette société. Apprendre ou réapprendre à parler implique une cohérence entre le son, la chose et l'émotion (Gratton, 2009). En physiothérapie, les recherches de Roelofs et coll. (2011) démontrent que, s'ils proviennent de certaines sociétés, certains patients ne peuvent expliquer ni la localisation ni l'intensité de leur douleur. Ce faisant, ils

privent les physiothérapeutes d'informations importantes pour ne pas aggraver leur blessure avec leurs manipulations physiques.

Les infirmières perdent leurs repères lorsqu'elles doivent prodiguer des soins ou des enseignements étant donné que les corps sont traversés par la culture, par le social et par le politique (Scheper-Hughes et Lock, 1987; Scheper-Hughes, 1990). Les ergothérapeutes, dont la mission est l'insertion sociale à partir des activités du quotidien et de la vie domestique, ne connaissent pas nécessairement les gestes à poser pour des formes de cuisson différentes, tel cuisiner avec des baguettes ou avec les signes d'une démence dans la capacité d'une personne à fonctionner ou non dans son environnement habituel. Les travailleurs sociaux doivent comprendre des organisations familiales aux logiques différentes de l'Occident, des organisations familiales qui posent encore des problèmes aux anthropologues (Verdon, 2000). Enfin, les psychologues doivent travailler à partir d'une position de l'être qui dépend de représentations du soi et de l'univers. Comme les travailleurs sociaux, ils doivent apprendre à utiliser finement les interprètes et à revoir le fonctionnement du face-à-face qui fonde l'expérience thérapeutique occidentale. Cette difficulté amène Tobie Nathan (1986), un élève de Devereux (1980), à revoir les pratiques traditionnelles de la psychologie occidentale.

En réadaptation physique, les formations sur les compétences (inter)culturelles ne font pas l'unanimité, notamment sur l'issue du traitement (Lie et coll., 2011). Des questions se posent quant à l'efficacité des formations et de leur impact. De plus, se sentir culturellement compétent ne se traduit pas directement par des moyens de communication et d'intervention plus efficaces (Khanna et coll., 2009). Il est pourtant urgent de comprendre que présumer qu'une femme chinoise, par exemple, ne veut pas savoir son diagnostic parce qu'elle est chinoise est un stéréotype; insister pour qu'elle soit mise au courant parce que c'est notre façon de faire représente, pour ces chercheurs, une forme d'impérialisme. Le défi est donc, selon Kagawa-Singer et Blackhall (2001), de naviguer entre ces deux pôles malgré les difficultés institutionnelles qu'une telle limite peut poser dans nos institutions où les clients doivent prendre leur traitement en charge. Certaines initiatives organisationnelles ont été prises en Hollande pour s'ajuster à la diversité ethnoculturelle (Sloots et coll., 2010). Sans ces adaptations institutionnelles, telles la mise en place de services de traduction (Roy, 1991), un intervenant ne

peut réduire les barrières linguistiques. Quand cette ressource existe, comme c'est le cas maintenant dans le système de santé de l'état du Maine⁷⁸, il reste pour l'intervenant à apprendre quand et comment utiliser un interprète. Ce type d'ajustement en matière de compétences (inter)culturelles appelle à une approche systémique de la diversité (Curtis et coll., 2007). Enfin, les compétences interculturelles doivent tenir compte des fonctionnements internes de chaque milieu d'intervention, mais aussi des politiques locales. C'est pourquoi les accommodements raisonnables étaient enseignés dans le contenu développé par Proulx et Chiasson (1996) et adapté par Gratton (2009) pour le MSSS.

Pour revenir aux réflexions des deux premières sections de ce chapitre, j'aimerais soulever quelques questions relatives au contexte politique et économique plus général. Dans la logique gestionnaire qui nous entoure, on remet en question les coûts réels des formations en compétences (inter)culturelles et leur bénéfice. Dans le réseau de la santé, il existe deux niveaux de formation: des formations pour l'ensemble du Québec et des formations régionales. Le ministère de la Santé et des Services sociaux subventionne les formations qui sont obligatoires pour tout le territoire québécois. Les formations régionales sont rarement obligatoires et ne sont pas subventionnées par le ministère; il appartient aux Agences de santé de déboursier les frais. De 2000 à 2008 à l'Agence de Montréal, les formations ont connu un franc succès auprès des intervenants. Le responsable avait mis en place des évaluations systématiques afin de savoir s'il valait mieux disséminer les ressources allouées aux fins de la formation ou plutôt aider les intervenants à poursuivre leurs démarches de formation aussi longtemps qu'ils en évaluaient le besoin. Cette deuxième option a donné des résultats satisfaisants⁷⁹, amenant des problèmes éthiques causés par un manque de fonds pour poursuivre le programme.

Le manque de fonds a d'ailleurs été une des causes d'abandon du programme, combiné à la reconnaissance qu'on donnait aux recherches de Battaglini (2005) sur le temps nécessaire aux interventions interculturelles. Cette donnée incommodait certains gestionnaires puisque les limites budgétaires actuelles des services de santé exigent de diminuer le temps d'intervention. De plus, le problème soulevé par Bowen (2004) sur les initiatives interculturelles plus

⁷⁸ Résolution 01-98-3025.

⁷⁹ Un rapport interne a été produit à ce sujet, mais il n'a pas été diffusé (communication personnelle).

personnelles qu'organisationnelles a aussi influencé l'arrêt du programme. Lorsque la personne qui l'a initié a quitté ce service, l'expertise qu'on y avait développée a disparu.

L'enjeu économique est de taille, non seulement pour le développement des compétences interculturelles, mais aussi pour la reconnaissance des conditions nécessaires aux humains lorsqu'ils abordent de nouveaux environnements géographiques, culturels et sociaux. Ces données qualitatives échappent au management et aux logiques de gestion locales. Les influences cosmopolites s'y font aussi sentir jusqu'au cœur des organisations de soins. S'intéresser aux dynamiques interculturelles en réadaptation physique fait voir la confrontation entre deux pouvoirs: un pouvoir disciplinaire local et un pouvoir cosmopolite international. Dans le prochain chapitre, je m'attarderai aux structures et aux mécanismes de la réadaptation. Cette description permettra de comprendre l'importance de prendre en considération les trois acteurs/sujets sociaux rencontrés lors des groupes focalisés. Dans un premier temps, je m'attarderai à la place de la réadaptation physique et des agents tiers dans la restructuration du réseau du MSSS. Ensuite, une attention sera accordée aux principes directeurs de la réadaptation physique en tant que principe d'intervention. Finalement, ce travail mettra en évidence la marginalité de la communication interculturelle dans les institutions de réadaptation physique et dans le réseau du MSSS.

CHAPITRE 5 : LE FONCTIONNEMENT DE LA RÉADAPTATION PHYSIQUE AU QUÉBEC

Ce chapitre vise à décrire le milieu de la réadaptation physique québécois à partir de ses multiples actions quotidiennes. Il s'agit dans un premier temps de décrire l'organisation structurelle du milieu d'intervention pour saisir les logiques qui traversent cette approche thérapeutique. Ensuite, je m'attarderai aux modèles disciplinaires en réadaptation physique et à leurs rapports multidisciplinaires et interdisciplinaires. La présentation des agents tiers et des clients complète la description de ce champ social où s'observent des interactions socialement assignées à chacun des trois acteurs/sujets qui m'intéressent: clients, intervenants et agents tiers (Foucault, 1976, 1993). Cette analyse fait ressortir un milieu de la réadaptation pluriel qui répond aux normes canadiennes d'accessibilité des soins et des services. Cette accessibilité est toutefois pensée pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles issues de la société d'accueil et non de l'immigration. Ce constat pose certains enjeux dans le contexte pluriethnique actuel.

La description faite ici s'attarde aux pratiques actuelles de la réadaptation physique, y compris le contexte où elles prennent place et la communication et les interactions entre personnes de différentes origines ethnoculturelles⁸⁰. Le corps est à la fois biomédical, social et politique (Scheper-Hughes et Lock, 1987). Les changements de la société ont aussi transformé les patients qui ne sont plus aliénés et passifs, mais sont des *autosoignants*. Ce sont ces « nouveaux personnages culturels » (Herzlich, 1991) pour qui sont conçues maintenant les institutions. Ce changement se réalise au Québec à partir de 2000 avec le passage d'une gestion dite *bureaucratique* à une gestion dite *axée sur les résultats* où la définition d'objectifs mesurables est centrale. Le contexte est la Loi sur l'administration publique adoptée en 2000 ou en 2001⁸¹. L'objectif de cette Loi est de relever la performance des institutions publiques. Pour y arriver, on souhaite que les gestionnaires soient plus imputables et développent de compétences de direction en mettant en place avec les travailleurs des différents services des objectifs mesurables et

⁸⁰ Afin d'assurer l'anonymat des institutions qui ont participé à cette recherche, les informations utilisées proviennent de sites internet d'organismes situés à l'extérieur de la grande région du Montréal Métropolitain. Je me suis assuré que les données recueillies correspondent aux orientations des organisations étudiées. Cette mesure n'a pas posé de difficulté, car, comme le notera le lecteur, la réadaptation physique est très codifiée et standardisée.

⁸¹ Pour consulter la Loi sur l'administration publique, chapitre A-6.0i, suivre le lien suivant :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_6_01/A6_01.html

définis. On veut que les employés deviennent responsables. C'est une réponse directe aux critiques d'une administration publique lourde, non performante, des fonctionnaires « pouceurs de crayons » (communication personnelle). Les objectifs mesurables sont donc indissociables d'une évaluation de la performance. Ainsi, on veut comparer les performances à travers le temps et entre les directions, ce qui amène une compétitivité favorisant la performance⁸². Ce mouvement de l'administration publique québécoise s'inscrit dans le modèle de gestion décrit par De Gaulejac (chapitre précédent). Les travailleurs, les professionnels, les travailleurs en bas de l'échelle et les professionnels ont vu un changement dans leur travail et perçoivent souvent ce changement fort négativement. Ils sentent que des objectifs mesurables leur ont été imposés, ce qu'ils perçoivent comme un contrôle accru, souvent déconnecté de la réalité de leur travail, et une ingérence dans leurs champs disciplinaires même si la loi stipule que les objectifs fixés doivent avoir été établis avec eux.

Dans la même veine, on développe une Déclaration de service aux citoyens. Donc, l'état s'engage à répondre à la *satisfaction* des citoyens. Bien qu'on utilise encore parfois le mot citoyen, on change tout de même de paradigme : de *service aux citoyens* à *service à la clientèle*. L'État a maintenant des *clients* et se doit de mesurer sa performance pour répondre à leur satisfaction. L'idée veut aussi qu'on modernise⁸³ l'administration publique. L'École Nationale d'Administration publique (ÉNAP) étudie d'ailleurs beaucoup de théories axées sur le changement⁸⁴. Depuis les années 80, le passage du terme *patient* au terme *client* met également en évidence un changement de rôle social du malade quant à la transformation du fonctionnement de nos sociétés (Corin, 1985) et de nos institutions. Corin s'intéresse à la relation soignant/soigné. Elle note ainsi au Québec vers le milieu des années 80 le glissement du terme patient vers celui d'utilisateur et finalement de client. L'usage de chaque terme est, selon elle, un indicateur de la relation de pouvoir au savoir des acteurs sociaux. En ce moment, en réadaptation physique, le terme patient est réservé aux personnes hospitalisées et nécessitant un suivi médical. Le terme client fait référence aux personnes mobiles. Ainsi, lorsque les patients deviennent mobiles, même s'ils continuent d'être hospitalisés, on parle de client et non plus de patient.

⁸² Pour voir changement de paradigme du terme *citoyen* et pour consulter le Rapport de Côté et Mamouz (2005) sur les effets de la Loi sur l'administration publique et sur la gestion axée sur les résultats avec les clients, suivre le lien suivant : http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/effets_LAP.pdf

⁸³ http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/guide_gest-axee-resultat_02.pdf

⁸⁴ Je remercie Caroline Savard du Laboratoire de recherche en relations interculturelles pour ces informations.

À mon avis, cette utilisation des termes souligne une plus grande vulnérabilité des personnes hospitalisées qui dépendent davantage du personnel soignant que celles en consultations externes. Ces dernières sont plus en mesure de participer activement aux prises de décisions et de prendre davantage d'initiatives personnelles dans leurs traitements. Un autre enjeu se glisse derrière cette appellation. Au cours d'une recherche, Wing (1997) a demandé à des personnes traitées dans une clinique pour un mal de dos si elles préféreraient être appelées client ou patient. Selon ses résultats, 87% des personnes préfèrent se faire appeler patient, car, selon elles, l'usage du terme client amène une perte de la notion de soins. L'enjeu est important, car, comme nous le verrons, même si le terme client fait référence à une prise de pouvoir sur le savoir médical et à une relation plus égalitaire, il crée aussi plus d'exigences pour les personnes traitées. Ce terme dénote également la transformation de la santé en une industrie⁸⁵. Dans ce texte, je reprendrai le vocabulaire des intervenants; le terme patient sera réservé aux personnes hospitalisées, le terme client, aux personnes plus mobiles et autonomes.

En tant que maladie sociale et politique, la réadaptation physique doit aussi se comprendre sous un autre plan, soit à partir de l'avènement de la sécurité sociale qui définit la maladie comme une incapacité à travailler (Herzlich, 1991). La sécurité sociale a certainement eu un impact sur la transformation des représentations de la maladie, ses catégories ayant encore court aujourd'hui: maladies aiguës, longues maladies, incapacités, maladies professionnelles et accidents de travail. En ajoutant les accidents de la route, on a la structure de base de l'organisation des services de soins et de santé au Québec. Catégoriser les maladies a des implications juridiques, car comme dans le cas des maladies professionnelles ou des accidents de la route, elles donnent droit à des prestations et à des indemnités. Au Québec, ce sont la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) et la société de l'Assurance automobile du Québec (SAAQ) qui sont concernées par cet état de fait. Ces catégories recouvrent également des enjeux qui résultent de rapports de force sociaux, économiques et politiques, des rapports de force qui, tel que vu au chapitre précédent, se teintent de l'intrusion du privé dans les institutions publiques, amenant même un débat sur la viabilité de l'assurance maladie publique.

⁸⁵ Tel que le met en évidence le titre de ce livre : Du patient au client, l'art de fidéliser la clientèle médicale, Audouin, (2008).

Au Québec, comme dans toutes les sociétés occidentales, la réadaptation physique s'intègre à un système de santé construit autour d'un usager qui, selon les critères de Mercier (2004) est pris en pitié par une société qui pense qu'il peut s'insérer (chapitre 3). Sans cela, ces personnes seraient exclues selon Mercier (2004). La société met donc en place des moyens d'insertion (Mercier, 2004) comme la réadaptation physique. L'institution se donne le mandat de protéger et de renforcer les capacités du client en vue de favoriser l'insertion (MSSS) et l'émancipation (Tremblay, 2004), résultat d'un mouvement d'émancipation amené par différentes révolutions : la désinstitutionnalisation des années 1970, la reconnaissance des droits sociaux, économiques et culturels des années 1980 et la reconnaissance des droits politiques et de la participation citoyenne actuelle (Tremblay, 2011). La mission des centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) consiste à augmenter l'autonomie des personnes, à compenser leurs limitations et à réduire les obstacles à la participation sociale grâce à des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation.

5.1 La réadaptation comme structure du réseau de la santé et des services sociaux

Dans son plan stratégique de 2005-2010⁸⁶, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) oriente ses actions vers des services intégrés qui partagent les responsabilités entre les différents acteurs gouvernementaux, les communautés et les personnes responsables de leur santé. En élaborant ses orientations, le ministère affirme devoir composer avec des contextes d'inégalités sociales : le vieillissement de la population, les changements dans l'organisation des services, des pratiques professionnelles et des technologies ainsi qu'une croissance des dépenses de santé et des services sociaux. Les orientations ministérielles en déficience physique⁸⁷ se veulent en cohérence à ce plan d'ensemble. Elles visent *une véritable participation à la vie sociale et communautaire*, gage d'insertion sociale. La clientèle visée par les services de réadaptation physique est constituée de :

Personnes de tout âge dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque selon toute probabilité d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte que celles-ci doivent

⁸⁶ <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/index.php>, site consulté le 17 février 2012

⁸⁷ <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/index.php>, site consulté le 17 février 2012

recourir, à un moment ou à un autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à leur participation sociale. (MSSS, Plan stratégique 2005-2012, p.21).

Le concept de déficience physique est un concept dense, au sens de Blattberg (2009, 2012), parce que ce concept prend des sens contextuels et se définit à partir d'autres concepts connexes que j'introduirai graduellement. Pour le moment, la notion de déficience physique se comprend dans son rapport avec la notion d'*incapacité*, deux concepts définis par le MSSS. Une déficience physique correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique⁸⁸. Une incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude. Selon ce modèle, on dénombre dix grandes catégories d'aptitudes reliées aux incapacités intellectuelles, aux comportements, aux sens, à la perception, à la respiration, à l'excrétion, au langage, à la digestion, aux activités motrices, à la reproduction, à la protection et à la résistance. Selon le modèle ministériel, une incapacité est significative « lorsqu'elle altère la réalisation des habitudes de vie ». Elle est persistante si « elle n'est pas temporaire ». Une incapacité est dite épisodique quand « elle revient périodiquement à intervalles réguliers [...] elle persiste alors dans le temps »⁸⁹.

Le plan d'action ministériel se caractérise aussi par son accent, non sur la nature de la déficience, mais sur les incapacités significatives et persistantes qui peuvent en découler. En réadaptation, il ne s'agit donc pas de s'intéresser à une atteinte en soi, mais d'en saisir les conséquences et de tenter de les contrer ou de les compenser. Avec cette politique de la participation, on ne parle plus de handicap, mais de limitations fonctionnelles en regard des réductions possibles des activités courantes ou de l'exercice des rôles sociaux. Le service rendu s'intéresse au fonctionnement et est offert dans un esprit de respect de la personne, de développement de l'autonomie, de respect des contextes et des choix de vie, de la reconnaissance des capacités, de la participation aux décisions, ainsi que du droit à une qualité de vie décente⁹⁰. Le MSSS ne pose pas de limite d'âge à la réadaptation physique, il existe donc des services de gériatrie et des services d'oncologie en réadaptation physique.

⁸⁸ Il existe 14 grands systèmes organiques : nerveux, auriculaire, oculaire, digestif, respiratoire, cardiovasculaire, immunitaire, urinaire, endocrinien, reproducteur, cutané, musculaire, squelettique et morphologique.

⁸⁹ Site consulté le 15 mars 2012 : <http://www.aerdpq.org/les-crdp/clientele>

⁹⁰ Pour consulter le Plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la région de la Gaspésie et des îles de la Madeleine (2006), suivre le lien suivant www.agencesssgim.ca/fichiers/agence/Plan_org_services__RFI.pdf

L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) est une organisation publique dont l'influence est importante dans le réseau de la réadaptation physique du Québec. Selon cet organisme, en 2004, près de 30 % des ménages québécois sont composés d'au moins une personne ayant une incapacité attribuable à une déficience physique. Pour ces personnes, les activités qui exigent d'entendre, de s'exprimer, de se déplacer ou de voir peuvent représenter des situations de handicap, vu comme une vulnérabilité. Leurs limitations sont comprises comme des facteurs pouvant entraîner une série de difficultés: financières, psychologiques et sociales. L'AERDPQ⁹¹ travaille à favoriser, en accord avec la politique canadienne, une accessibilité qui est pensée en matière de droit.

En cohérence avec la logique d'accessibilité géographique et linguistique du Canada (chapitre 4), il existe 21 établissements de réadaptation répartis en 105 points de services sur l'ensemble du territoire québécois. Certaines de ces institutions ont comme mandat de répondre aux populations anglophones. Les centres de réadaptation en déficience physique du Québec (CRDP) offrent des services spécialisés et surspécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience physique. Selon l'AERDPQ, quelque 6 800 professionnels y travaillent en équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires et environ 76 000 personnes de tous âges ont une incapacité significative et persistante⁹².

L'accessibilité se définit par la continuité et par la qualité des services destinés à toutes les populations d'un territoire local. La réadaptation physique est autant une approche qu'une structure à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Selon le MSSS, le schéma suivant illustre la place de chacun des *producteurs de services* (termes du MSSS) dans un réseau local de services, où, suivant le plan d'action 2005-2010, on vise au maillage des services entre les différents producteurs, formant chaque réseau local de services. Ces réseaux sont toujours en changement puisque la restructuration n'est pas encore terminée.

⁹¹ <http://www.aerdpq.org/les-crdp/clientele>, site consulté le 15 mars 2012.

⁹² Ibidem

Figure 1



Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>, consulté le 14 février 2011

En décembre 2003, le gouvernement du Québec adopte la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux⁹³. Cette loi confie à des agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basée sur des réseaux locaux de services (RLS). En conséquence, pour tout le Québec, il y a en juin 2004 la création de 95 réseaux locaux de services. L'objectif de cette réorganisation massive est de rapprocher les services de la population et, en accord avec la politique de santé canadienne, de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et d'assurer une meilleure continuité entre eux. On cherche à favoriser le passage entre les interfaces institutionnelles. Ainsi, dans chacun des 95 réseaux locaux de services, on trouve un établissement appelé *centre de santé et de services sociaux* (CSSS) né de la fusion de centres locaux de services communautaires

⁹³ Pour consulter la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, suivre le lien suivant : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>

(CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme pôle du réseau local de services.

L'organigramme plus haut montre le déploiement des divers partenaires et acteurs de ce réseau sociosanitaire sous la responsabilité du MSSS. Afin de répondre aux objectifs, les centres de réadaptation physique sont rattachés conjointement aux cliniques, aux cabinets privés et aux centres hospitaliers, demeurant sous la direction d'un CSSS et d'une agence. Les tiers payeurs, la Société d'Assurance Automobile du Québec (SAAQ) et la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (CSST), font aussi partie du réseau de la santé. Selon la logique d'accessibilité, un accidenté du travail ou de la route, peu importe le lieu où la personne est transportée et son état, trouvera toujours les formulaires nécessaires pour faire une déclaration ou une réclamation aux tiers payeurs qui, le cas échéant, le prendront en charge et assumeront les coûts de sa réadaptation physique. Les travaux de Gravel (Gravel et coll., 2001) mettent toutefois en évidence la difficulté d'accès à la CSST pour plusieurs travailleurs immigrants qui se butent à une incompréhension du système ainsi qu'à des barrières linguistiques et culturelles pour ces procédures limitées dans le temps et aux conséquences légales.

5.1.1 Les services de réadaptation

Le réseau de la santé et des services sociaux fonctionne par hiérarchisation des services. Des mécanismes de référence entre les différents producteurs de services ont été instaurés pour garantir une meilleure complémentarité et pour faciliter le cheminement des personnes entre les services de première ligne (services médicaux et sociaux généraux), de deuxième ligne (services médicaux et sociaux spécialisés) et de troisième ligne (services médicaux et sociaux surspécialisés). Même si cette recherche ne les concerne pas, notons que les services de première ligne incluent aussi la réadaptation physique. Ce type de service est ouvert à l'ensemble de la population et vise la récupération de la capacité liée à une fonction atteinte de façon temporaire, en voie ou non de chronicité. Ces services ont pour but de permettre à une personne de récupérer intégralement ou presque la capacité affectée et de reprendre ses activités sans séquelle fonctionnelle ou avec des séquelles minimales. Comme tous les services de réadaptation, les services de réadaptation de première ligne sont pensés pour préserver la dignité et la qualité de vie. À ce niveau, les services permettent des interventions précoces pour la récupération de

l'incapacité et le maintien de l'autonomie. Ils se retrouvent dans les hôpitaux en soins aigus ou près du milieu de vie de la personne, dans les CLSC, dans les cliniques privées ou dans les centres d'hébergement. Ces services comprennent aussi des dépistages, et au besoin, des références aux centres de réadaptation, institutions des services de deuxième ligne⁹⁴.

Selon l'AERDPQ (2000)⁹⁵, les centres de réadaptation sont des services régionaux qui font partie des services de deuxième et troisième lignes, ce qui implique qu'un client ne peut y avoir accès directement, contrairement aux services de première ligne. Selon le MSSS, l'accès à ces services régionaux exige qu'un médecin traitant ait diagnostiqué des incapacités significatives et persistantes. Selon la logique ministérielle, la récupération d'une autonomie optimale et la participation sociale exigent la continuité des services. Les institutions de réadaptation fonctionnelle intensive considèrent donc qu'elles doivent collaborer avec les autres institutions impliquées auprès d'un client en vue de faciliter la mise en œuvre d'un plan de services individualisé, comprenant l'intégration socioprofessionnelle, sociorésidentielle et communautaire ainsi que l'hébergement dans des ressources résidentielles non institutionnelles et l'accès à des services d'aides techniques⁹⁶. Les services de réadaptation physique sont organisés par programmes et répondent à une classification en trois types: les déficiences (du langage, visuelle, auditive, motrice, etc.); les catégories de clientèles (AVC, blessés médullaires, amputés, traumatismes craniocérébraux, etc.); les étapes du processus de réadaptation (réadaptation fonctionnelle intensive, retour à domicile, réinsertion sociale)⁹⁷.

Pour compléter cette description structurelle, il importe de préciser que plusieurs centres de réadaptation physique ont des ramifications hors des institutions de la santé et que plusieurs sont reconnus comme des centres universitaires. Dans ce cas, ils ont aussi pour objectifs de contribuer à la recherche, à l'enseignement et à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en milieu clinique. Cette affiliation universitaire amène souvent les professionnels de ces centres à donner des formations dans les institutions d'enseignement, à recevoir des stagiaires ou à participer à des recherches. En terminant, j'ajouterai que plusieurs centres de réadaptation offrent

⁹⁴ Pour consulter le Plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, suivre le lien suivant :

www.agencesssgim.ca/fichiers/agence/Plan_org_services__RFI.pdf

⁹⁵ Ibidem

⁹⁶ Ibidem

⁹⁷ Ibidem

aussi à leurs professionnels des moyens techniques et économiques de poursuivre leurs études et de faire des recherches, leur permettant de répondre aux exigences de perfectionnement de leurs différents ordres professionnels. Ce mode d'organisation favorise les liens entre intervenants et chercheurs et a rendu possible la réalisation de ma recherche. La première étape de cette recherche a en effet été subventionnée par la Fondation de l'hôpital Juif de Réadaptation et réalisée en collaboration avec la Dre Isabelle Gélinas, professeure de l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill. Dans la grande région de Montréal, les chercheurs des centres de réadaptation sont regroupés au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) qui est en fait un regroupement de chercheurs de diverses universités répartis dans différents centres de réadaptation.

5.2 La réadaptation comme modèle d'intervention

En cohérence avec les orientations du MSSS et sa politique en déficience physique, la réadaptation physique est une forme d'intervention qui consiste en une série d'interventions selon un modèle disciplinaire. Selon l'OMS, une **déficience physique** est une atteinte des organes et de leurs fonctions; une **incapacité** est une réduction nuisant aux activités fonctionnelles; un **handicap** est un désavantage social lié au rôle de survie de la personne; une **lésion** désigne une blessure qui vient soit d'un accident (travail, route), soit d'une maladie professionnelle (Prévoist et Bougie, 2008).

La réadaptation fonctionnelle intensive (2^e ligne) est réalisée par une équipe de professionnels issus de plusieurs disciplines qui travaillent à partir d'approches multidisciplinaire ou interdisciplinaire. Qu'ils offrent des services internes ou externes, les milieux de la réadaptation physique sont d'une grande complexité. À la base, les équipes traitantes sont composées de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de psychologues. Au besoin, des médecins et des infirmières (surtout dans les services internes), des kinésioles ainsi que des travailleurs sociaux et éducateurs spécialisés se joignent aux équipes traitantes pour répondre aux besoins variés des clients et pour favoriser leur autonomie. Du personnel de soutien gravite aussi autour de ces équipes ainsi que du personnel clérical et administratif.⁹⁸. Pour être efficace, la

⁹⁸ Le personnel de soutien, administratif et clérical ainsi que les médecins ne font pas partie de cette recherche. La qualité de leur contact a aussi un impact sur les patients qui en font mention, ces travailleurs mériteraient que l'on se penche sur l'impact de leurs contacts journaliers avec les clients.

réadaptation nécessite la mise en place de moyens massifs et ne peut fonctionner sans la participation de clients qui expriment leurs besoins et leurs attentes sous forme d'objectifs personnels. L'efficacité de cette approche est atteinte seulement s'il y a une bonne, voire une très bonne relation, entre le client/patient et chacun de ses thérapeutes et que ce premier joue un rôle actif dans son intervention. Les travaux de Baril et coll. (2008a) soulèvent d'ailleurs les risques d'échec s'il y a un problème relationnel entre les thérapeutes et leurs patients/clients ou quand ils ne partagent pas les mêmes représentations. La réadaptation physique exige une grande qualité de relation, car elle implique des contacts soutenus à travers le temps entre les usagers et les intervenants, mais aussi entre les intervenants eux-mêmes. Avant de s'intéresser de plus près au rôle du client et à celui du tiers payeur, arrêtons-nous pour le moment aux fonctions et aux rôles respectifs des professionnels faisant partie d'une équipe traitante.

Il est impossible de s'intéresser aux actions professionnelles réalisées en réadaptation sans se référer aux structures professionnelles et légales qui encadrent l'agir objectivant (Mercier, 2004) et sans décrire les exclusivités et les complémentarités disciplinaires exigées par des chevauchements disciplinaires. Qu'ils proviennent ou non du réseau de la santé, les ordres professionnels déterminent également les actes permis, obligatoires ou interdits, en vue de protéger le public. Selon Mendel (1998), ces divisions sont à l'échelle des pratiques, ce sont les modèles théoriques qui guident le travail des thérapeutes avant qu'ils ne soient, par leurs actes, confrontés à la réalité. Ces actes sont dits réservés, car seuls les membres d'une profession peuvent légalement les accomplir. Les activités de la plupart des intervenants qui composent une équipe de réadaptation sont ainsi régies par leurs ordres professionnels respectifs. Ces orientations sont elles-mêmes encadrées par la Loi 90 de 2002 qui a modifié le Code des professions afin « de déterminer un nouveau partage des champs d'exercice professionnel et des activités réservées ce qui visait à confirmer des pratiques déjà existantes dans plusieurs secteurs d'activité ; donner aux établissements plus de flexibilité dans l'organisation du travail et favoriser l'interdisciplinarité »⁹⁹. La loi 21 modifie aussi le Code des professions mais plus en rapport avec la santé mentale¹⁰⁰

⁹⁹ Pour consulter la Loi 90 à l'Association Québécoise d'Établissement de la Santé et des Services sociaux –AQESS, suivre le lien suivant : http://www.aqesss.qc.ca/1813/Loi_90_-_Code_des_professions.aqesss).

¹⁰⁰ Pour consulter la Loi 21, suivre le lien suivant :

http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/14_%20loi%2021.pdf.

La description qui suit se base sur deux sources de données : des données empiriques recueillies à partir de ma pratique de psychologue spécialisée en neurologie et des informations recueillies sur les sites des ordres professionnels ou des fédérations s'il n'y a pas d'ordre professionnel (le cas des techniciens en éducation spécialisée et des kinésithérapeutes). Revenir aux ordres professionnels est important, particulièrement après l'adoption de la Loi 21 (non appliquée encore). Ce nouveau code de pratiques réserve en santé mentale dix actes à des ordres professionnels reconnus et non plus à des techniciens, par exemple les éducateurs spécialisés, comme c'était le cas. En plus de la restructuration actuelle du réseau de la santé, ce changement amènera certainement des transformations dans les pratiques en réadaptation physique où les champs médicaux, psychologiques et sociaux s'interpénètrent souvent. Une fois clarifiés les rôles de chaque intervenant, il sera possible de s'intéresser aux outils développés par le milieu de la réadaptation pour favoriser les interventions interdisciplinaires.

5.2.1 Les professionnels

Pour illustrer mon propos, je prends l'exemple d'un patient ayant souffert d'un accident vasculaire cérébral (AVC) gauche¹⁰¹ que j'appellerai M. St-Amand. À son entrée à l'hôpital, il a de la difficulté à mobiliser sa jambe et son bras droits. Son langage est atteint. Il pleure beaucoup. Il s'inquiète pour son retour au travail. Cet homme de 62 ans vient en réadaptation à l'interne, car son médecin pense qu'il peut profiter de réadaptation intensive afin de retrouver le plus de capacités possible. Il reçoit donc des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie quatre fois par semaine, ce qui justifie sa présence, dans un centre de réadaptation ou dans un hôpital. Si les traitements sont d'une fréquence de deux à trois par semaine, les patients sont en service externe. M. St-Amand a aussi besoin une ou deux fois par semaine des services des autres professionnels qui complètent l'équipe traitante. Grâce à l'agir objectivant qui clarifie la connaissance (Mercier, 2004), l'équipe traitante sait qu'elle a huit semaines pour faire le maximum de gains, car, pendant cette période, le cerveau est plus plastique. Cette expertise est basée sur des recherches neurologiques reconnues qui justifient la prévision d'un séjour de huit semaines pour ce patient, à

¹⁰¹ La localisation d'un AVC est important, car les conséquences ne sont pas les mêmes. Les AVC gauches ont des répercussions sur le langage.

moins que, malgré les interventions, son état se détériore ou qu'il soit *plateau*, c'est-à-dire que les interventions ne donnent plus de résultat. Si des progrès significatifs sont observés au bout de cette période, l'équipe réévalue la situation du client et des décisions sont prises avec l'administration en vue de prolonger son séjour. À la fin de la réadaptation interne, M. St-Amand peut, selon ses besoins, être orienté vers des services externes pour poursuivre ses traitements de deux à trois fois par semaine.

Les professionnels qui interviennent en réadaptation sont mobilisés selon un ordre chronologique cohérent aux façons de penser la réadaptation et les besoins des clients. Chacun pose des gestes dont les limites sont compensées par des disciplines complémentaires. Après le diagnostic de lésions du médecin, le physiothérapeute est le premier professionnel à être sollicité par la réadaptation. Les orthophonistes peuvent aussi être amenés très tôt dans le processus s'il y a des problèmes de langage ou de dysphagie (déglutition). Lorsque les lésions entraînent des difficultés fonctionnelles (difficultés de la vie courante, scolaire ou professionnelle), l'ergothérapeute entre en scène. Lorsqu'une personne fait face à de grandes difficultés pour s'adapter à sa situation ou aux exigences de la réadaptation, le psychologue est alors appelé. Le kinésologue, mieux connu sous le nom d'éducateur physique, peut aussi aider s'il s'agit de reprendre des activités physiques et de développer de l'endurance. Si les difficultés sont d'ordre familial ou social, tels des problèmes financiers ou d'hébergement, le travailleur social entre en scène à son tour. Pour certains cas, plus spécialement ceux de limitations cognitives, les éducateurs spécialisés vont accompagner les personnes au moment de la réinsertion dans la communauté en vue de la reprise de leur vie quotidienne et sociale.

5.2.1.1.1 Les infirmières

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec¹⁰², l'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation d'un plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. Dans le cadre de l'exercice infirmier, 14 activités sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier. Je

¹⁰² <https://cbpq.qc.ca/offre-demploi/lordre-des-infirmieres-et-infirmiers-du-quebec-oiq-documentaliste>, site consulté le 11 octobre 2011.

ne retiens ici que les actes utilisés en réadaptation physique: évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique; initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance; initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique; effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance; effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance; déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent; appliquer des techniques invasives; administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance; mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance et décider de l'utilisation des mesures de contention.

En réadaptation physique, les soins infirmiers s'inscrivent dans un modèle de *caring* (St-Germain et coll., 2008) où la personne est soignée à partir de ses besoins, de ses valeurs et de son autonomie décisionnelle. Cette approche demande une relation de réciprocité (Watson 1998). L'infirmière s'assure que la condition médicale du patient est stable. Elle prend régulièrement ses signes vitaux, surveille les autres signes médicaux et tient compte des informations fournies par le client pour contrôler sa médication et réduire la douleur qui, sinon, risquerait de devenir chronique. Elle s'assure aussi de dépister les difficultés physiques et mentales qui pourraient empêcher cette personne de participer à sa réadaptation.

5.2.1.2 Les physiothérapeutes

Après les médecins, les physiothérapeutes sont les premiers à être interpellés s'il y a lésions physiques. Selon l'Ordre des physiothérapeutes¹⁰³, en première ligne, cette discipline de la santé s'applique à la prévention et à la promotion de la santé, à l'évaluation du diagnostic, au traitement et à la réadaptation des déficiences et incapacités touchant les systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire de la personne. En accord avec les orientations du MSSS, la physiothérapie comprend l'utilisation d'une variété de modalités de traitements physiques, de techniques manuelles ou d'aides techniques compensatoires. Enfin, par la

¹⁰³ <http://www.oppq.qc.ca/ordre/physiotherapie.php>, site consulté le 8 octobre 2011

sensibilisation des clients, la physiothérapie vise l'obtention du rendement fonctionnel optimal de la personne. Seuls les physiothérapeutes peuvent accomplir ces neuf activités réservées: évaluer la fonction musculosquelettique; procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsqu'elle est prescrite par la loi; introduire un doigt ou un instrument dans le corps humain au-delà des grandes lèvres ou de la marge de l'anus; utiliser des formes d'énergie invasive; prodiguer des traitements reliés aux plaies; décider de mesures de contention; utiliser des aiguilles sous le derme pour diminuer l'inflammation; procéder à des manipulations vertébrales et articulaires.

Un aperçu des différents sites de centres de réadaptation physique du Québec indique que l'objectif principal du physiothérapeute est d'évaluer la mobilité, la force, l'endurance et l'équilibre d'un client. À la suite de cette évaluation, le physiothérapeute soumet à l'équipe traitante un plan d'intervention qui doit être accepté par le client. En plus des traitements et des exercices, le physiothérapeute fournit les informations qui aident son client à comprendre ses problèmes de santé et à en prendre la juste mesure. Ses interventions sont axées sur l'autoresponsabilisation et visent l'acquisition des capacités physiques nécessaires à l'intégration sociale, aux activités de la vie quotidienne et à l'accomplissement d'un travail, d'un loisir ou d'un sport.

Je continue avec l'exemple de M. St-Amand. En quelques jours, il doit passer de l'hôpital de soins aigus à la réadaptation. Dès son arrivée, un médecin évalue son état physique et un physiothérapeute est sollicité afin d'évaluer la sécurité de sa mobilité, les chutes étant une préoccupation constante. Quand le patient est mobile, le physiothérapeute rend un jugement qui détermine si son patient peut se déplacer seul ou s'il doit être accompagné. Ensuite, en salle de traitement, le physiothérapeute planifie une série d'actions graduelles pour faciliter le retour maximal des membres atteints. À la suite de ces interventions, M. St-Amand pourrait retrouver ses capacités de marche et l'usage de son bras droit.

5.2.1.3 Les ergothérapeutes

Dans notre exemple, l'immobilité de la jambe et du bras droit peuvent empêcher cet homme de remplir ses activités de la vie quotidienne, comme se laver. Les ergothérapeutes sont alors sollicités. L'Ordre des ergothérapeutes n'offre pas de description du travail des ergothérapeutes.

À l'origine, ces professionnels, dont la fonction n'existe pas dans plusieurs pays, proposent le travail pour atténuer les conséquences physiques ou cognitives d'une maladie ou d'un accident (référence). Cette approche s'inscrit dans une société occidentale où chacun se définit par son travail et où l'autonomie et l'indépendance sont des valeurs importantes, comme on le voit chez les personnes âgées. Dans ce contexte particulier, l'ergothérapie occupe une place significative dans le processus de traitement. L'ergothérapeute, à l'instar des autres professionnels, procède à un examen de la personne handicapée. Après avoir fait un bilan, il transforme les objets et les lieux à partir de techniques aussi « variées qu'inventives » (Wagner, 2005).

Toujours pour favoriser l'indépendance, l'ergothérapeute, fournit des aides techniques (fauteuil roulant adapté, canne, outil pour couper d'une seule main, volant automobile adapté, etc.) qui facilitent les déplacements et les mouvements; assurent la sécurité et offrent de l'autonomie aux clients. L'ergothérapeute met son client dans des situations concrètes et il s'occupe autant de l'aspect physique que cognitif. Cette activation se fait à partir de tâches multiples qui favorisent le retour au domicile et au travail. L'ergothérapeute peut parfois travailler avec la famille et l'employeur de son client. Le physiothérapeute et l'ergothérapeute ont une collaboration privilégiée. Leurs actions professionnelles respectives se rejoignent et se complètent en vue d'obtenir les résultats escomptés par les clients et de dépasser les limitations fonctionnelles.

Lors d'un processus de réadaptation, la fonction très récente de ce professionnel est la plus difficile à cerner pour les patients et pour les clients, pouvant même être perçue comme invasive. Elle touche tous les aspects des activités de la vie quotidienne, dits AVQ (se brosser les dents, se laver la tête) et des activités de la vie domestique, dits AVD (cuisine, ménage). Éventuellement, l'ergothérapeute s'intéressera aussi au travail avec les adaptations des mouvements, des bureaux, des chaises et des horaires de travail par exemple. Malgré l'incompréhension de plusieurs clients, sans ce nouvel apprentissage des mouvements quotidiens et cette adaptation des objets et des lieux, l'autonomie et l'accessibilité pourraient être inatteignables. Compte tenu de la complexité de l'agir objectivant (Mercier, 2004) de ce professionnel, il est possible que M. St-Amand ne comprenne pas le sens des activités proposées par son ergothérapeute, surtout s'il présente des atteintes cognitives. En effet, pourquoi faire des casse-têtes? Pour son ergothérapeute, il renforce ainsi la motricité fine et la concentration qui prépare au retour de l'écriture. Peu de clients arrivent à voir les liens entre certains exercices très simples (jouer aux

cartes ou au ballon, par exemple), l'impact de ces activités et le retour des habiletés cognitives et physiques.

Au Québec, la partie la plus délicate du travail de l'ergothérapeute est l'évaluation de la conduite automobile¹⁰⁴. Il revient à ce professionnel de s'assurer qu'une personne a les capacités physiques et cognitives nécessaires pour sa sécurité et pour celles au volant d'une automobile. Cette évaluation standardisée se fait à partir d'évaluations multiples, comme la mobilité physique et le temps de réaction. L'ergothérapeute doit s'assurer de trouver des réponses aux questions suivantes: Une personne peut-elle tourner la tête pour faire ses angles morts? Son champ visuel est-il satisfaisant? Cette personne a-t-elle d'assez bons réflexes pour réagir en situation d'urgence? Le problème est-il physique (le corps ne répond plus) ou cognitif (l'esprit ne peut organiser l'information pour que le corps agisse en conséquence)? Ce type d'évaluation complexe est fait dès qu'un client manifeste son désir de conduire.

Si un ergothérapeute obtient des résultats qui indiquent qu'une personne ne peut conduire, il en informe son médecin et prévient la SAAQ. S'il ne le fait pas, il risque de perdre son droit de pratique. Un permis de conduire peut être révoqué d'une façon temporaire ou permanente. Dans notre société, la perte d'un permis de conduire a souvent des conséquences sur l'organisation de la vie quotidienne (faire son épicerie), la vie sociale (voir des amis) et du travail, de façon générale, sur l'autonomie. Les hommes sont souvent plus affectés que les femmes par cette situation. Si une maladie entraîne la perte de cet outil, d'autres professionnels: psychologue, travailleur social, éducateur, peuvent être sollicités pour soutenir une personne et pour trouver les moyens de compenser les pertes encourus.

5.2.1.4 Les psychologues et les neuropsychologues

Selon l'Ordre des psychologues, ce professionnel a une formation centrée sur la compréhension du comportement humain et sur l'apprentissage de multiples techniques visant à aider une

¹⁰⁴ Dr. Isabelle Gélinas, professeure agrégée, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill, encadre le déroulement, à Montréal de l'étude novatrice CanDRIVE. Cette étude longitudinale, multicentrique, pancanadienne, échelonnée sur cinq ans, vise à dresser un bilan aussi complet que possible des habitudes de conduite des personnes âgées. L'étude est destinée à approfondir les questions relatives à la conduite automobile sécuritaire des personnes âgées et à élaborer de nouveaux indicateurs pour évaluer avec précision leur aptitude à cet égard

personne à résoudre ses difficultés psychologiques. Le psychologue utilise des techniques d'entrevue et peut recourir aux tests psychologiques pour évaluer les capacités intellectuelles, les aptitudes ou les différents aspects de la personnalité de son client¹⁰⁵. En réadaptation, lorsqu'on soupçonne des atteintes neurologiques, l'ergothérapeute procède au premier dépistage, puis le neuropsychologue évalue les possibilités de limitations cognitives. Grâce à l'utilisation de tests standardisés, ce professionnel dresse un portrait des fonctions mentales supérieures (mémoire, jugement, pensée, etc.) ainsi que des forces et des faiblesses des personnes ayant subi des atteintes cérébrales à la suite d'une maladie, comme la sclérose en plaques, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un traumatisme crânien. Pour donner suite à cette évaluation, le neuropsychologue propose des moyens adaptés à chaque personne et au besoin, à son environnement humain et social. Comme le reste de l'équipe traitante, il vise à soutenir l'autonomie, mais favorise aussi une vie significative.

La réadaptation survenant souvent après une maladie ou un accident, le psychologue aide chaque client à supporter sa situation actuelle. Ce professionnel tente de soutenir sa motivation alors que le client est amené à se dépasser constamment dans un contexte où les résultats atteints quotidiennement semblent très réduits en comparaison des capacités perdues. Le psychologue devient le pivot de l'*agir communicationnel* (Mercier, 2004) où la différence de chaque client doit être prise en compte dans la relation afin de trouver une place significative dans la vie de chacun.

Le psychologue aide ainsi chaque personne à développer des moyens pour faire face au stress engendré par sa situation actuelle et à trouver les ressources nécessaires pour s'adapter à sa nouvelle condition. Au besoin, il intervient par rapport à la douleur, à l'anxiété ou à la dépression, ainsi qu'aux exigences d'une participation active dans de multiples thérapies exigeantes. Ce soutien peut être nécessaire pour quelques heures seulement, mais peut aussi s'étendre sur des années, surtout dans les cas d'atteintes cognitives graves et de maladies dégénératives. Lors d'un accident, ce professionnel aide à donner sens à un moment qui peut avoir un impact important sur toute une vie. Il est intéressant de noter que les représentations sociales actuelles amènent les clients à devoir dépasser une culpabilité engendrée par l'idée que chacun est responsable de ce qui lui arrive, même s'ils sont victimes des autres ou du destin. On

¹⁰⁵ <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/le-psychologue/index.sn>, consulté le 12 janvier 2012.

remarque aussi l'idée de toujours rester positif dans l'adversité, un positionnement pouvant nuire au deuil nécessité par les pertes et à l'expression de la colère, deux facteurs permettant de rebondir après des pertes (Cyrulnik, 2001).

Dans plusieurs centres de réadaptation physique, les psychologues ont aussi un rôle de support pour les équipes traitantes. Cette fonction se réalise de deux façons: avec l'accord des clients, le psychologue peut transmettre des informations pertinentes qui aident l'équipe soignante à personnaliser les soins et à adapter ses interventions à l'état psychologique. Ensuite, dans les cas où l'intervention est exigeante pour des patients fragiles, notamment dans les cas de schizophrénie où il est reconnu dans la pratique que l'activation peut causer des désorganisations psychiques, les psychologues soutiennent directement les intervenants et les aident à accepter les limites de leur travail.

Reprenons l'exemple de M. St-Amand pour mieux cerner le rôle du psychologue. Cet homme ne comprend pas pourquoi il pleure si facilement. Il se dit trop fatigué pour participer à ses thérapies. S'appuyant sur des données cliniques, il apparaît qu'il fait une dépression clinique typique post-AVC provoqué par une déstabilisation de l'équilibre chimique des neurotransmetteurs causée par cette maladie. Le psychologue a, dans ce cas, à expliquer à ce client que son état nécessite la prise d'un médicament, sans lequel il pourrait lui manquer l'énergie physique nécessaire pour participer pleinement à sa réadaptation et pour diminuer les pleurs incontrôlables qui le mettent mal à l'aise et l'amène à s'isoler de la vie sociale. Le psychologue aide aussi ce patient à développer des stratégies pour diminuer la douleur et l'anxiété. Au besoin, un psychologue recommande un patient à un psychiatre afin qu'il l'aide à évaluer un problème de maladie mentale. Si ce patient éprouve de trop grandes déficiences de langage, il doit les retrouver grâce à l'aide d'un orthophoniste avant de pouvoir échanger avec son psychologue.

5.2.1.5 Les orthophonistes

Selon l'Ordre professionnel des orthophonistes et des audiologistes du Québec¹⁰⁶, en tant que professionnel, l'orthophoniste évalue et diagnostique les troubles de la parole (articulation,

¹⁰⁶ <http://www.ooaq.qc.ca/index.html>, site consulté le 24 février 2012.

bégaïement, dysarthrie, etc.), du langage (dysphasie, dyslexie, aphasie, autisme, etc.), de la voix (dysphonie, laryngectomie, etc.) et de la fonction oropharyngée (dysphagie, etc.). Il trouve également des moyens compensatoires (écriture et pictogrammes) pour les personnes qui ne peuvent parler ou qui perdent graduellement leurs capacités de communiquer. De concert avec l'audiologiste, il intervient également auprès des personnes sourdes et malentendantes. L'objectif principal du traitement d'orthophonie consiste à identifier, à évaluer et à traiter les troubles de la voix, de la parole, de la déglutition et du langage. L'orthophoniste développe un agir objectivant (Mercier, 2004) qui comprend des techniques pour compenser les difficultés de communication et pour faire des recommandations au client et à sa famille afin de faciliter et d'optimiser ses capacités langagières. Tout comme les autres intervenants en réadaptation, l'orthophoniste agit pour favoriser l'intégration sociale, scolaire et professionnelle de même que la participation sociale des personnes.

Un AVC du côté gauche cause souvent des atteintes de la parole. Au début de sa réadaptation, il est possible que M. St-Amand ne puisse utiliser la parole. Après s'être assuré de la validité des réponses « *oui et non* », l'orthophoniste guide par exemple les membres d'une équipe soignante dans la communication avec le patient en formulant seulement des questions fermées qui demandent des réponses par oui ou par non. Par la suite, au fur et à mesure du retour de la parole, il leur sera possible d'entreprendre des conversations de plus en plus complexes.

5.2.1.6 *Les kinésiologues*

Selon la Fédération des kinésiologues du Québec¹⁰⁷, ce terme vient de *kinésie* qui veut dire mouvement et de *logie* qui veut dire science. La kinésiologie est donc la science du mouvement. Dans nos sociétés, l'activité physique est reconnue comme un élément essentiel à la santé. En réadaptation, le kinésiologue prend un rôle en tant que professionnel de la santé. À ce titre, il évalue la condition physique sous plusieurs angles: positionnement corporel; aptitude d'aérobic (fréquence cardiaque au repos et à l'effort, tension artérielle au repos et à l'effort); aptitude musculosquelettique (force, endurance, puissance musculaire, équilibre et posture); la flexibilité; les facteurs de risques de la maladie cardiovasculaire; les habitudes de vie (nutrition sportive,

¹⁰⁷ www.kinesiologue.com, site consulté le 15 mars 2012

sommeil, tabac, etc.). Ce spécialiste intervient généralement en réadaptation externe. Idéalement, on retrouve des gymnases dans les centres de réadaptation. Ainsi, pour poursuivre notre exemple, avant d'obtenir son congé du centre de réadaptation, M. St-Amand n'est pas assez bien remis. Le kinésiologue lui prépare donc un programme d'exercice adapté à sa condition, à son âge et qu'il peut faire dans sa communauté.

5.2.1.7 Les travailleurs sociaux

Il est certain que la maladie et l'invalidité peuvent avoir de graves conséquences pour les clients et pour leurs familles. Dans le cadre de la mission de réadaptation et de soins centrés sur le client, les travailleurs sociaux¹⁰⁸ s'occupent d'amoindrir ces situations. Membre important de l'équipe interdisciplinaire, le travailleur social joue un rôle clé dans la planification des congés et dans l'orientation du client et de sa famille à travers les dédales des différents services qui, au besoin, prennent la relève après un séjour en réadaptation. Les travailleurs sociaux sont aussi responsables des mandats d'inaptitudes qui sont des évaluations légales en vue de retirer des droits à des personnes qui ne peuvent plus assumer leurs fonctions à cause de limitations cognitives, comme dans le cas d'AVC très graves ou de démence. Cette évaluation exceptionnelle est faite par des travailleurs sociaux à partir d'évaluations complexes qui mobilisent la personne elle-même si possible, un médecin traitant, la famille et qui, finalement, impliquent la décision d'un juge. Cette mesure exceptionnelle concerne, en particulier, la gestion financière et la prise de médicaments.

Pour M. St-Amand, les recherches indiquent que sa convalescence peut être estimée à un an. Un travailleur social sera sollicité pour l'aider à bénéficier de toutes les ressources économiques offertes par la société en attendant qu'il reprenne son travail. L'espoir de reprendre son travail est permis, car on a évalué qu'il en aura les moyens physiques et cognitifs. Le travailleur social s'assure, tel que le veut le MSSS, de la continuité des services tels le transport adapté ou le suivi familial dans un CLSC. Avec l'accord du client, ce professionnel établit aussi des liens avec la famille du patient afin de s'assurer que tous ses membres arrivent à composer avec sa situation,

¹⁰⁸ Il n'y a pas de description des actes de ces professionnels sur le site de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, <http://www.optsq.org/>, site consulté le 15 mars 2012.

en anglais *coping*. De retour à domicile, certains patients plus atteints pourraient avoir besoin de l'aide d'un dernier intervenant: un éducateur spécialisé.

5.2.1.8 *Les éducateurs spécialisés*

Les éducateurs spécialisés accompagnent les clients à la fin de leur parcours de réadaptation. Le rôle de l'éducateur spécialisé est d'aider tout client à transférer ses compétences sociales dans des situations quotidiennes. En général, sa présence est requise quand des atteintes cognitives sont assez graves pour que cette personne risque un isolement social entraînant une détérioration de son état.

Il est important de souligner que le travail des éducateurs spécialisé est, comme pour toutes les personnes du réseau de la santé, contingent de cadres légaux. La loi 21, à laquelle j'ai fait référence précédemment, pourrait donc avoir un impact important sur le travail des éducateurs. Dans le milieu des éducateurs spécialisés, on s'attend à ce que cette loi restreigne le nombre d'actions que ces intervenants peuvent réaliser. Si c'est le cas, ce changement pourrait provoquer une restructuration de leurs tâches et de leur rôle en réadaptation physique.

Revenons pour une dernière fois aux besoins de M. St-Amand. Dans le cas d'atteintes très grandes, il se peut qu'il se retrouve incapable de travailler, se retrouvant seul à son domicile pendant que sa conjointe est au travail. Cette situation peut induire de l'isolement et provoquer une dépression par manque de stimulation. Un éducateur spécialisé peut alors faire un repérage des ressources dans la communauté et accompagner M. St-Amand afin de trouver quelques lieux de rencontre et des activités intéressantes, ainsi que de s'assurer qu'il a les moyens de s'y rendre (organiser son temps, connaître son chemin, trouver des personnes pour l'aider à se déplacer).

Ces multiples descriptions d'interventions professionnelles et techniques mettent déjà en évidence la complémentarité et le recoupement des actions posées par les membres d'une équipe de réadaptation. On saisit que certaines professions sont relatives au corps (physiothérapie, ergothérapie, soins infirmiers, et kinésiologie), alors que d'autres, comme la psychologie, s'intéressent aux aspects de l'émotion et des capacités adaptatives et que finalement, certaines interviennent dans le champ social, tels le travail social et l'éducation spécialisée. Il importe aussi de retenir de cette description que les différentes professions et techniques interagissent dans un

modèle biopsychosocial qui renvoie à un type de société qui valorise une autonomie et une participation individuelle. Toutes ces actions se situent aussi dans un temps, certaines sont ponctuelles, apparaissent à des moments précis, d'autres encore se répètent tout au long du processus de réadaptation physique. Cette organisation dévoile également que notre société valorise chez ses experts des savoirs très spécialisés, qui comme le dit Mercier (2004), visent la coexistence de l'*agir objectivant* apporté par le savoir, de l'*agir communicationnel* tenant compte des différences dans la relation, et de l'*agir émancipatoire* qui favorise la participation des personnes à partir de leurs compétences personnelles. Ce dernier type d'agir sera explicité lorsque je m'intéresserai au rôle du client.

On peut, par ailleurs, se demander les raisons et les intérêts d'une société à investir autant de ressources dans ce type d'intervention. Depuis les années 70, le choix social de l'assurance maladie favorise la prise en charge publique des malades et redéfinit la maladie (Hezrich, 1991). Des luttes sociales importantes ont aussi modifié le regard sur les handicapés et sur leur prise en charge par les institutions qui les soutiennent dans leur insertion et dans leur participation sociales (Tremblay, 2011). En ce moment, ces choix sont remis en question par des enjeux économiques (chapitre 4). Jusqu'à maintenant, il était rentable et obligatoire¹⁰⁹ d'aider toute personne à regagner son autonomie, tel que le rappelle l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), un organisme gouvernemental qui s'assure que, « dans les limites de la loi, les ministères et leurs réseaux, les municipalités et les organismes poursuivent leurs efforts en vue d'intégrer les personnes handicapées et de permettre à ces dernières de participer pleinement à la vie en société »¹¹⁰.

Toutefois, comme on le voit dans le milieu de la réadaptation, les nouvelles contingences économiques et sociales allongent les listes d'attentes alors que les obligations institutionnelles demandent de les diminuer poussant vers une recherche d'efficacité à court terme. Ces pressions amènent plusieurs professionnels rencontrés dans des formations en relations interculturelles à se demander, tel que l'exigent leurs ordres professionnels respectifs, à partir de quel moment les

¹⁰⁹ Pour consulter la loi L.R.Q., chapitre E-20.1 sur l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, suivre le lien suivant :

http://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/2466_ophq_disp._porteeinclusiveV5_Acc.pdf

¹¹⁰ Pour consulter la mission de l'OPHQ, suivre le lien suivant : <http://www.ophq.gouv.qc.ca/loffice/mission-de-loffice.html>

limites de temps mettent leur efficacité en péril? Ils s'interrogent à savoir comment et jusqu'à quel point faire autrement. Par ailleurs, ces pressions, telles que vues au chapitre précédent, ne peuvent se comprendre sans tenir compte des pressions mondiales et locales du secteur privé. Dans ce contexte, on doit aussi remettre en question leurs intérêts, ainsi que souligner le conflit d'intérêts engendré par leurs évaluations des performances du réseau public de la santé et dans la diminution des services souvent préconisé, tel que le soulignent, comme nous l'avons vu, certains regroupements de professionnels, par exemple les Médecins québécois pour un régime public et la Coalition canadienne pour la santé.

5.2.2 Le travail des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires

La redéfinition de la maladie conséquence de la prise en charge sociale des malades (Herzlich, 1991) engendre un nouveau type de client. Il faut noter que cette transformation crée des exigences pour les clients et leur demande de nouvelles capacités face à un système extrêmement complexe. Ces nouvelles exigences attendent des prestataires qu'ils soient plus articulés, verbalement comme à l'écrit. Ce nouveau phénomène est de plus en plus mis en évidence par les études sur la littératie en santé (Gratton, 2009), soit la capacité à promouvoir sa santé et à être familiarisé avec le système de santé. Selon des observations empiriques, l'autonomie demande des qualités nouvelles pour discuter avec les professionnels et pour utiliser le matériel écrit qui augmente proportionnellement avec la diminution du temps consacré aux clients. À cause des compétences exigées par sa complexité grandissante, le réseau de santé devient moins accessible pour certains groupes plus vulnérables, comme les personnes à faibles revenus, les personnes qui ont une scolarité réduite et les personnes âgées. Cet enjeu ressort des interventions en contextes pluralistes où la détérioration de la santé des immigrants est sous-évaluée, car ils ne comprennent pas les questionnaires d'auto-évaluation de leur santé. Cette donnée n'apparaît que lors des contacts directs (Omariba et Ng, 2011).

Malgré l'élaboration qui se dégage déjà de la description du processus de réadaptation, cette approche n'a pas encore été complètement cernée. Poursuivons donc en mettant en évidence les moyens que le système se donne pour favoriser les interactions et pour guider le processus

d'échange d'informations entre professionnels. Ensuite, je pourrai m'attarder aux agents tiers payeurs et aux clients.

Les institutions intègrent l'expérience des individus de façon à guider leurs prévisions. Ainsi, mieux les institutions encodent les probabilités, mieux elles contrôlent les facteurs d'incertitudes. Selon Douglas (1989), un discours est possible lorsqu'on s'accorde sur les catégories de base et sur des notions logiques les plus élémentaires. Ces moyens orientent le flux d'information et le degré d'intégration d'un groupe. Chaque institution met donc en place des principes de sélection gouvernant la circulation de l'information acceptable et les conditions de la communication qui s'établit entre des acteurs sociaux aux places socialement assignées (Douglas, 1989). C'est pour cette raison que la description proposée s'attarde aux mesures utilisées pour recueillir les données; définir un problème; avoir un plan thérapeutique (se fixer des objectifs); suivre les étapes d'une intervention; évaluer les résultats. Il est alors possible de se représenter les interactions à l'intérieur des équipes disciplinaires ou interdisciplinaires et de dévoiler les mécanismes de collaboration et les conflits structureaux potentiels qui émergent de ces lieux d'échanges complexes.

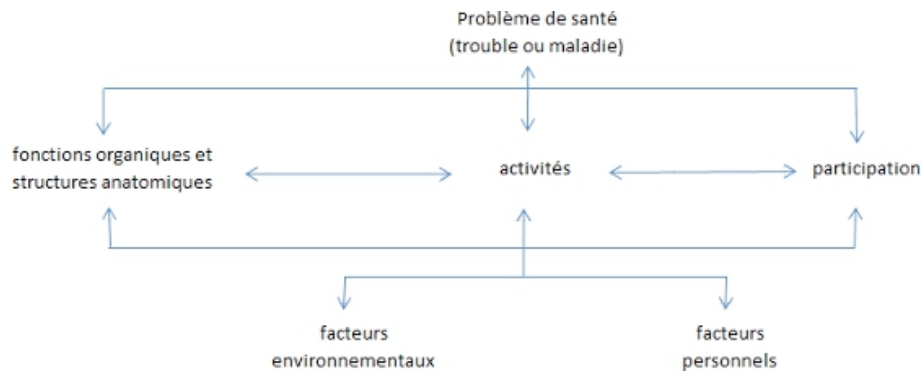
En réadaptation, l'information qui circule suit, comme dans toutes institutions, même en anthropologie, des canaux préétablis. Quatre grandes approches créent les canaux de circulation de l'information: la reconstruction identitaire, l'appropriation et l'autodétermination; l'approche écosystémique et l'approche écologique¹¹¹. Ces approches¹¹² modèlent les comportements et les attitudes des intervenants et orientent, voire contrôlent, leurs échanges avec la direction, entre eux et avec leurs clients. La reconstruction de l'identité ainsi que l'appropriation et l'autodétermination renvoient au vécu des personnes en réadaptation. Ces approches sont cohérentes avec l'*agir émancipatoire*, c'est-à-dire le fait que le client soit perçu comme ayant des compétences relatives avec son état, et sa situation. Ces approches se comprennent donc plus facilement depuis la position du client.

¹¹¹ Pour consulter le Cadre de référence pour les offres de services spécialisés et superspécialisés des établissements en déficience physique de Montréal, suivre le lien suivant :

http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/externe/CadreRef_OffresServ_RERDPM.pdf;

¹¹² Pour consulter la mise en action de ce modèle et le Plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnel intensive pour la région de la Gaspésie et des îles de la Madeleine, 2006, suivre le lien suivant : www.agencesssgim.ca/fichiers/agence/Plan_org_services__RFI.pdf

Figure 2 : Facteurs d'influences du handicap



Source : CIF, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Bibliothèque OMS, Genève, 2001

Comme le montre la figure plus haut, les intervenants doivent avoir une vision globale de chaque client: l'état de santé, les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Afin de favoriser l'autonomie et l'insertion sociale et de développer une relation privilégiée avec leurs clients pour qu'ils acceptent les modalités de la réadaptation physique, les intervenants doivent intégrer de nouveaux systèmes comme la famille, la communauté et le milieu de travail. Les approches systémique et écosystémique tiennent alors compte des caractéristiques des personnes handicapées dans leur rapport avec le monde extérieur où leurs différences peuvent représenter des barrières qu'ils auront à réduire ou à compenser. Dans ces circonstances, leur travail prend la forme d'un *agir communicationnel* (Mercier, 2004) qui met l'accent sur la différence et la prend en compte dans la relation aux autres personnes de l'entourage. Cette nécessité exige une *approche écologique* qui s'incarne, par exemple, dans deux mesures d'évaluation typiques à la réadaptation et utilisées selon les besoins spécifiques de certains départements: la mesure d'indépendance fonctionnelle (Fim) et la mesure du processus de production du handicap (PPH) (Prévost et Bougie, 2008). Ces deux outils fournissent des moyens concrets de sélection des informations sur lesquels se concentrent les équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires.

Lors de situations médicales *simples* ou au début de situations plus complexes, les centres de réadaptation ne sont pas sollicités. Plusieurs services sont dispensés par des cliniques privées, souvent subventionnées par l'État comme pour les personnes âgées, ou dont les coûts sont défrayés par les tiers payeurs (SAAQ et CSST) ou par les personnes elles-mêmes. L'aide des physiothérapeutes et possiblement, celle des ergothérapeutes, est suffisante à diminuer les déficiences (Gobelet, 2004). En revanche, dans les situations médicales initialement *complexes*

(blessé médullaire, polytraumatisé, AVC, par exemple), ou lorsqu'une situation considérée comme *simple* s'éloigne du résultat attendu (douleur persistante, incapacité de reprendre le travail par exemple), la multidisciplinarité (appelée en France pluridisciplinarité) et l'interdisciplinarité sont immédiates. Ces deux approches concertées visent l'unicité des actions et des discours des soignants auprès des patients (Godelet, 2004) pour une plus grande efficacité. Les situations complexes demandent en effet de mieux définir les rôles et de centraliser les objectifs de traitement. Toutefois, dans ce type de cas, l'évaluation d'un professionnel et son diagnostic peuvent modifier le déroulement du traitement prodigué par ses collègues (Prévoist, Bougie 2008).

5.2.2.1 Mesurer l'autonomie fonctionnelle : un exemple du travail multidisciplinaire

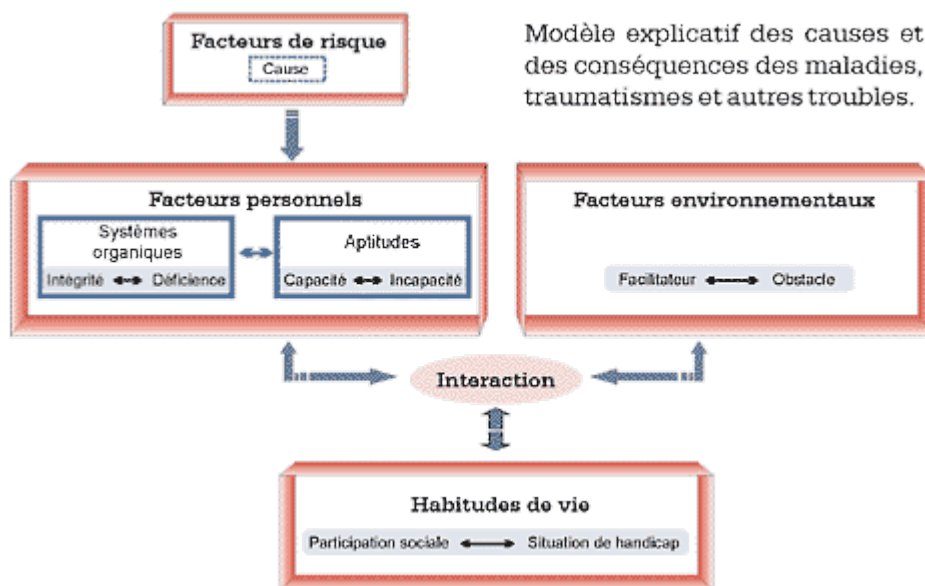
Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle SMAF (Hébert, Guilbault, Desrosiers, et Dubuc, 1999) ou *Fim* en anglais, terme le plus fréquent, est une des mesures les plus utilisées par les équipes multidisciplinaires. Cet outil facilite la collaboration entre professionnels qui restent toutefois autonomes et peuvent prendre des décisions indépendantes (Godelet, 2008 ; Prévoist, Bougie, 2008) au regard d'un *agir objectivant* disciplinaire. Le SMAF, ou *Fim* (annexe 7), mesure les capacités d'une personne sur certains éléments: soins personnels (alimentation, soins de l'apparence, habillage du haut du corps, habillage du bas du corps, utilisation des toilettes), sphincters (vessie, intestins) mobilité (lit, chaise fauteuil roulant- w.c.- bain, douche), locomotion (marche/fauteuil roulant-escaliers), communication (compréhension, expression), fonctions cognitives (résolution de problèmes, mémoire, orientation) (Hamilton et coll., 1994)¹¹³. Les mesures recueillies à l'évaluation préliminaire commune servent ensuite à préparer un plan d'intervention individualisé (PII) qui sera détaillé plus loin, et à fixer les objectifs ainsi que les limites de la réadaptation. Ces mesures établies sur une échelle allant de 1 à 7 comprennent aussi une projection des résultats à atteindre. Au moment du congé, cette évaluation est reprise ; elle sert alors à évaluer les acquis et à faire les recommandations nécessaires aux autres services en fonction des besoins de chaque personne.

¹¹³ Voir cette mesure à l'annexe 7.

5.2.2.2 Processus de production du handicap (PPH)

Le processus de production des handicaps sert de modèle explicatif des causes et des conséquences des maladies, des traumatismes ainsi que des autres troubles tout en étant une mesure d'évaluation qui supporte les approches interdisciplinaires visant la coexistence de plusieurs regards professionnels posés sur une même situation. Patrick Fougeyrollas (1995) est un anthropologue dont les études portent sur la réadaptation physique et qui est le concepteur de ce dispositif, qui reflète bien les préoccupations sociétales du Québec. Quand les situations médicales atteignent le plus haut niveau de complexité, le modèle de processus de production du handicap (PPH) distingue entre les facteurs environnementaux, personnels et contextuels.

Figure 3 : Processus de production du handicap



Source : Site du réseau international sur le processus du handicap, consulté le 25 octobre 2011, suivre le lien suivant : www.ripph.qc.ca/

Cette mesure est jugée la plus utile, car elle définit la situation du handicap. Ce modèle, retenu par l'AERDPQ depuis 2000, induit une approche systémique en réadaptation et marque le passage des équipes multidisciplinaires vers les équipes interdisciplinaires.

Ce virage met l'importance sur la participation sociale, malgré l'intensité des situations de handicap. Selon le modèle de Mercier (2004), il indique un espoir plus grand chez la société à insérer des personnes plus atteintes. Ce faisant, elle crée de nouveaux moyens pour y parvenir. Selon Fougeyrollas¹¹⁴, cette approche demande aux équipes traitantes d'identifier les obstacles ou les facilitateurs dans le contexte de vie de chaque client et de les mettre en interaction avec ses incapacités et les perturbations de ses habitudes de vie.

Il n'existe pas au sein de ce type d'équipe interdisciplinaire d'entente pour réduire des contradictions à une seule et même vérité, ni donner préséance à un savoir disciplinaire sur l'autre. Chaque professionnel en présence reste lié à son cadre corporatif et institutionnel, son *agir objectivant*. Cette situation demande de négocier des modalités de hiérarchisation chacune des disciplines, son apparition ou son retrait, dans un plan d'intervention individualisé. Par exemple, un patient peut être stable d'un point de vue psychologique, mais il ne le sera pas d'un point de vue de physiothérapie. En d'autres termes, les risques psychologiques associés à son état sont minimes, même si ce patient a de grands risques de chute.

La production du PPH exige le regroupement de plusieurs professionnels, dont les compétences se chevauchent et s'harmonisent. Dans le milieu de la réadaptation, cette approche est valorisée, car les zones d'interfaces interdisciplinaires, rapides et concertées, sont reconnues pour maximiser la polyvalence des intervenants tout en favorisant le lien de confiance et les réponses aux besoins des clients¹¹⁵. Cette approche de travail a toutefois mis en place un mode différent d'échanges qui se cristallisent autour du plan d'intervention individualisé (PII)¹¹⁶ (voir annexe 8), mais le PII est maintenant aussi généralisé dans les équipes où l'on utilise le FIM. Le PPH demande que les intervenants se fixent des objectifs de traitement communs et évaluent conjointement les progrès réalisés ou les difficultés rencontrées. Il nécessite aussi une plus grande interaction, une véritable dynamique de groupe chez ces professionnels ainsi des temps d'échanges plus longs (Prévost et Bougie, 2008). L'utilisation actuelle des statistiques ne valorise pas autant ce temps de travail dit non direct que le temps de travail avec les patients, dit direct.

¹¹⁴ www.ripph.qc.ca/, consulté le 25 octobre 2011.

¹¹⁵ http://www.aerdpq.org/fichiers/publications/cadre_aines_da_avril08.pdf, consulté le 25 octobre 2011

¹¹⁶ Pour consulter le Document de référence pour l'élaboration des plans d'intervention individualisés (PII) du C.R. Le Bouclier. Cadre conceptuel et composantes essentielles. Chapitre 1 et 2, p.73, suivre le lien suivant : www.bouclier.qc.ca/SiteCollectionDocuments/Plan%20d

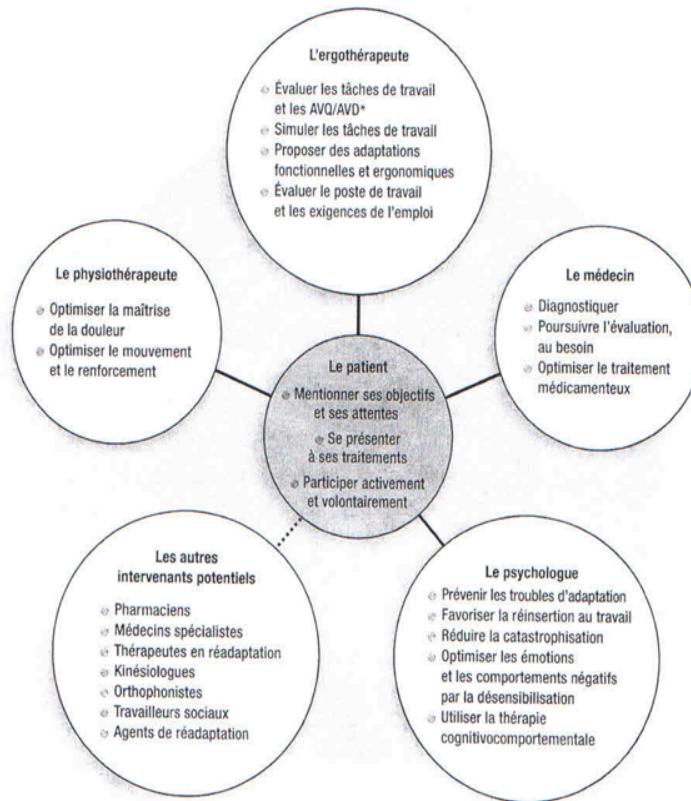
Les approches interdisciplinaires nécessitent beaucoup de ressources financières, réservant donc cette approche aux cas d'une très grande complexité. Ses coûts très élevés pourraient aussi expliquer une observation terrain selon laquelle ce type de service est moins utilisé, notamment par les tiers-payeurs (SAAQ et CSST) et en expliquant en partie qu'il n'ait pas été possible de retrouver en 2011 les mêmes conditions de recrutement de clients immigrants qu'en 2006.

Selon les intervenants, les activités non directes, soit un temps d'échange entre intervenants d'équipes interdisciplinaires, sont souvent celles qui font apparaître le réseau de la santé comme moins performant que le secteur privé qui pratique presque uniquement du travail direct avec les clients. Comme nous l'avons vu, les cas les plus lourds se retrouvent dans le secteur public et sont les destinataires des approches interdisciplinaires. Plusieurs intervenants du milieu rencontrés lors de formations disent, comme nous l'avons aussi vu au chapitre précédent, qu'il y a un *écrémage* du privé qui retourne au public les cas les plus lourds. Les intervenants disent le constater lorsqu'ils évaluent une personne à laquelle ils ont recommandé un traitement dans un service spécialisé qui comprend une approche interdisciplinaire. Si cette recommandation n'est pas suivie par l'agent tiers qui la trouve trop coûteuse, cette personne est acceptée dans une clinique privée sans service interdisciplinaire. Finalement, elle retourne au secteur public quelques années plus tard à la suite d'un échec du secteur privé.

On le constate : la réadaptation représente une pratique complexe qui comprend une multitude d'actions disciplinaires, multidisciplinaires et interdisciplinaires qui sont elles-mêmes inscrites dans des règles et des fonctionnements déontologiques, professionnels et institutionnels. La figure qui suit met en évidence les rôles des différents professionnels au sein d'une équipe interdisciplinaire (Prévost et Bougie, 2008).

La figure 4 souligne le rôle central de la personne dans les préoccupations des intervenants. Toutefois, pour remplir leurs tâches, les professionnels ont besoin de la participation de chaque client. Il nous reste maintenant à nous intéresser à ce dernier protagoniste, pièce centrale de cette structure et de ce mode d'intervention.

Figure 4: Rôle de chaque professionnel au sein de l'équipe interdisciplinaire



Source : Prévost, A.-P., et Bougie, C. (2008). « Équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire, qui fait quoi? » *Le Médecin du Québec*, 43(11), 43-48

5.3 La place et le rôle de la personne en réadaptation physique

Telle que le dit Massé (2009), la santé (publique) est à la fois un projet public et un projet individuel. C'est aussi le cas la réadaptation physique. Dans une société qui valorise l'autonomie et l'émancipation (Mercier, 2004; Tremblay, 2004), une personne souffrant de limitations reçoit des services centrés sur elle, tout en devant prendre une part active à son processus de réadaptation. Cette position personnelle est autant désirée qu'orientée. Il est donc important de mieux saisir les enjeux de cette situation qui implique une demande personnelle et une demande sociétale afin de comprendre les dynamiques interactives entre les principaux acteurs/sujets de la réadaptation physique : intervenant/client/agent-payeur. Ainsi, en plus de s'adapter à leur nouvelle situation ou à leur nouvel état, les personnes en réadaptation ont aussi à s'adapter à un

nouveau milieu d'intervention complexe et exigeant. Cette situation met en lumière, tel que l'explique Mercier (2004), l'importance d'une éthique communicationnelle dont les trois composantes sont, je le rappelle, un *agir objectivant*, un *agir communicationnel* et un *agir émancipatoire*.

Pour Shakespeare (1997), le patient qui devient handicapé à la suite d'un accident où une maladie se réveille avec l'impression d'être sur une autre planète ou dans un autre corps. En raison de son impact majeur sur la vie d'une personne, la déficience physique provoque une remise en question fondamentale. On comprend facilement que cette nouvelle situation, en générale désastreuse pour le client, entraîne une redéfinition de la personne et de sa place sociale. La réadaptation en tant qu'approche doit alors promouvoir un nouveau projet de vie et favoriser une reconstruction identitaire (Mercier, 2004). La reconstruction identitaire est en soi une réaction conditionnée par l'interaction entre les caractéristiques intrinsèques de la personne, ses occupations ainsi que des facteurs extrinsèques ou environnementaux¹¹⁷, ce qui est cohérent avec le PPH. La reconstruction identitaire demande du temps et, comme l'espèrent les équipes traitantes, des interactions positives où une main est tendue pour que l'accident ou la maladie grave deviennent, comme le dit Cyrulnik (2004), un merveilleux malheur. C'est cette capacité que ce neurologue, psychiatre, éthologue et psychanalyste français appelle la résilience¹¹⁸, soit la capacité à rebondir après un malheur.

Dans les cas les plus heureux, il y a effectivement la possibilité que le processus de construction identitaire soit favorable et, qu'en dépit des obstacles et des ruptures, ou même grâce à eux, il y ait une fin heureuse. Seule une communication éthique (2004) permet de générer un processus d'*autodétermination* qui assure que chaque personne puisse décider des choses qui l'a concernent¹¹⁹. Dès leurs premiers contacts, les clients sont sollicités par chaque professionnel qui, même s'il a lu le dossier du client, doit refaire une évaluation de sa situation exigée par des ordres professionnels et des fonctionnements institutionnels. Pour remplir cette exigence, chaque client

¹¹⁷ www.aerdpq.org/, consulté le 25 octobre 2011

¹¹⁸ Au sein du CRIR, une équipe de recherche, GIRAFE, le Groupe Inter-réseau de Recherche sur l'Adaptation de la Famille et de son Environnement, se spécialise sur la problématique de la résilience

¹¹⁹ Pour consulter le Plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la région de la Gaspésie et des îles de la Madeleine, 2006, suivre le lien suivant : http://www.agencesssgim.ca/fichiers/agence/Plan_org_services__RFI.pdf

doit répondre à une série de questions. Ces renseignements subjectifs et personnels sont ce que l'on nomme *autodéclaration*. Ces réponses sont reconnues pour leur valeur essentielle¹²⁰, bien qu'elles représentent selon plusieurs patients une surcharge, d'autant que plusieurs d'entre eux ne comprennent pas pourquoi ils doivent répéter sans cesse des informations qui sont diffusées lors des réunions d'équipe.

Les autodéclarations proviennent de deux sources: les entretiens et les questionnaires, aussi précis que spécifiques, et construits à partir de cadres professionnels, agir objectivant, et des pratiques multidisciplinaires et interdisciplinaires. Les autodéclarations sont habituellement employées en combinaison avec une évaluation et des observations cliniques formelles. Dans le cadre de leur travail, les professionnels ont besoin que chaque personne mentionne les objectifs qu'elle veut atteindre (marcher, parler, tenir un enfant, diminuer la douleur, etc.). C'est l'agir communicationnel. Ses attentes sont prises en considération dans le plan d'intervention conçu pour elle et colligé dans les PII. En accord avec les règles d'éthique et de personnalisation des soins, cette pratique permet de s'assurer que les clients sont en accord avec les interventions qui leur sont offertes. Cette première mesure assure la mise en place de l'autodétermination (*autonomisation*) et supporte la motivation de chaque client qui doit se présenter régulièrement à ses traitements. Cette mesure d'efficacité est plus exigeante qu'il y paraît à première vue pour des personnes qui ont de la difficulté à bouger et à se vêtir, qui sont souvent très fatiguées et qui souffrent de douleur intense et, possiblement, de limitations cognitives. Dans les centres, la réadaptation intensive représente quatre jours d'intervention par semaine. Toute intervention doit être active et volontaire (Prévost et Bougie, 2008).

Les clients doivent aussi apprendre à utiliser les nouveaux outils mis à leur disposition et nécessaires aux équipes traitantes pour suivre le bon déroulement du processus d'intervention. Un de ces outils est la quantification de la douleur sur une échelle de 1 à 10. La capacité de chaque client à déterminer son degré de douleur aide les thérapeutes à doser les efforts exigés et à s'assurer de ne pas dépasser les limites thérapeutiques. Cet apprentissage devra ensuite être transféré dans la vie quotidienne à partir d'une gestion de l'énergie qui assurera les mêmes

¹²⁰ Pour consulter l'Encyclopédie internationale multilingue de réadaptation, suivre le lien suivant : cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/

protections à domicile. C'est ce à quoi réfère « l'appropriation ». À chaque étape du processus de réadaptation, des apprentissages nouveaux apparaissent et la personne doit les transférer à son environnement familial, social et professionnel. Comme vus au chapitre précédent, plusieurs clients immigrants ont de la difficulté à utiliser cet outil et à préciser la location et l'intensité de leur douleur (Roelofs et coll. 2011). Des apprentissages sont aussi à faire afin de réaliser le transfert des acquis de la réadaptation au milieu familial et au milieu du travail. La patience des clients doit être soutenue par des équipes en qui ils ont confiance.

Selon l'Office de la personne handicapée du gouvernement du Québec, les plans de réadaptation (PI ou PII) sont en fait des plans de services individualisés (PSI). Selon les analyses de cet office québécois, les PSI et les plans de réadaptation prennent différents sens et font l'objet de pratiques variées pas toujours cohérentes ou harmonisées entre elles. Cette situation est attribuable surtout aux moyens de plus en plus réduits du réseau de la santé, compromettant l'accessibilité des ressources. Le PSI est d'ailleurs souvent perçu, selon l'Office de la personne handicapée, comme un outil administratif plutôt que comme un outil clinique¹²¹.

L'idée de planifier et de coordonner les services n'est pas nouvelle. Au début du XX^e siècle, la gestion personnalisée apparaît dans les pratiques de service social comme une solution à l'accès et à la complexité des services¹²².

Aussi, l'approche du plan de services individualisé a évolué non seulement à cause des pratiques professionnelles en travail social, mais aussi à cause du mouvement des droits de la personne la déclaration des droits des personnes handicapées stipule que les gouvernements et tous les secteurs de la société doivent se consulter afin d'assurer la cohérence dans l'affectation des ressources (Champagne, 1992, p. 60)

En bref, la reconstruction identitaire tout comme l'appropriation et l'autodétermination se mettent en place à partir de contrôle social ou d'expression de liberté (Massé, 2009). À ce contrôle social transmis à travers un pouvoir disciplinaire qui est aussi thérapeutique, il faut ajouter un autre pouvoir, un pouvoir de gestion venant du privé et identifié par De Gaulejac (2005) et Galbraith

¹²¹ <http://www.ophq.gouv.qc.ca/>, site consulté le 27 mars 2012.

¹²² À ce sujet, voir Champagne, N., « Plan de services individualisé : concept théorique et pratique », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 3, n° 1, juin 1992, p. 59-73 ; et Labrecque-Marceau, M.P., « La coordination des plans de services », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, n° 1, 1987, p. 108-116..

(2004) au chapitre précédent. Le pouvoir disciplinaire et social représente à la fois un contrôle et un support sur lequel les personnes peuvent s'appuyer pour se reconstruire et pour reprendre une place sociale. Le pouvoir gestionnaire venu du secteur privé et de pressions économiques mondiales s'infiltré dans ce rapport complexe et menace de l'externe l'équilibre délicat entre les intervenants et les clients. Tel que le rapportent les intervenants et certaines recherches en littérature, cette menace met en danger l'insertion des personnes les plus vulnérables, car elles sont moins capables de fonctionner dans un système qui exige de plus en plus de capacités personnelles. C'est exactement ce que mettent en évidence les travaux de Gravel (2001) sur l'accès des travailleurs immigrants à la CSST. On constate que les travailleurs immigrants y ont moins accès à cause des barrières qu'ils ne peuvent franchir, contrairement aux personnes issues de la société d'accueil. Il n'existe aucune recherche à ce sujet pour la SAAQ.

5.4 Les tiers payeurs dans la réadaptation au travail

Le système de santé comprend une institution pour les accidentés de la route (SAAQ) et une institution pour les accidentés du travail et les maladies professionnelles (CSST). Pour des personnes adultes, ces services impliquent souvent la réinsertion en emploi. Dans le contexte des tiers payeurs, la réadaptation au travail se définit par un ensemble d'actions posées pour permettre à un individu de « rétablir » la congruence entre ses capacités et les exigences de son environnement. Il s'agit des exigences physiques, mentales et sociales associées à la réalisation du travail. Le passage vers la réadaptation au travail présente un passage vers une perspective systémique (Durand et Loisel, 2011).

Lorsqu'une personne accidentée de la route a besoin de réadaptation, la SAAQ lui affecte un conseiller. Ce conseiller en réadaptation évalue d'abord les besoins puis élabore avec la personne un plan de réadaptation qui, dans les faits, s'apparente à un plan de services. Le conseiller agit comme un *case manager* ; il élabore avec la personne concernée un plan de réinsertion sociale, scolaire ou professionnelle et autorise les indemnités de réadaptation. Dans ce système, la réadaptation physique devient médico-légale. L'article 83.7 de la Loi sur l'assurance automobile prévoit que la SAAQ peut prendre les mesures nécessaires pour contribuer à la réadaptation d'une victime, pour atténuer ou faire disparaître toute incapacité résultant d'un préjudice corporel

et pour faciliter son retour à la vie normale ou sa réinsertion dans la société ou sur le marché du travail¹²³. La SAAQ a également le pouvoir de suspendre, de réduire et de cesser l'indemnisation dans certaines circonstances, notamment lorsque la personne refuse un nouvel emploi ou lorsqu'elle refuse ou omet de se prévaloir des mesures de réadaptation¹²⁴. Cette mesure laisse un énorme pouvoir à la SAAQ dans la détermination des services que doit recevoir un accidenté. Cette obligation au traitement créé souvent des tensions et des contradictions, car elle remet en question l'autodétermination (*autonomisation*) nécessaire à l'efficacité de la réadaptation en faisant perdre la participation volontaire importante pour le succès recherché.

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., chapitre A-3.001) prévoit aussi le droit à la réadaptation en vue d'une réinsertion sociale et professionnelle pour un travailleur victime d'une lésion professionnelle ayant entraîné une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique¹²⁵. Toutefois, on sait maintenant que des travailleurs immigrants temporaires sont retournés dans leur pays d'origine à la suite de blessures, ce qui contrevient à la loi sur les accidents du travail du Québec (Côté et coll., 2012b). Quand un travailleur est pris en charge, la CSST élabore pour celui-ci un plan individualisé (PI) pouvant comprendre un programme de réadaptation physique, sociale et professionnelle. Des services professionnels d'intervention psychosociale, des mesures d'adaptation de domicile ou du véhicule, de l'aide personnelle à domicile, des frais de garde d'enfants et plusieurs autres mesures peuvent être prévus¹²⁶.

Tout comme à la SAAQ, un conseiller en réadaptation reçoit les évaluations du médecin traitant et statue pour la CSST sur l'admissibilité du travailleur. Le cas échéant, cet agent est responsable de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi du plan. Le conseiller en réadaptation joue essentiellement un rôle de coordonnateur et de courtier de services. Il doit cependant utiliser tous les moyens possibles pour s'assurer de la collaboration du travailleur dans l'élaboration de son PI de réadaptation. Par contre, cette collaboration n'accorde aucun pouvoir formel au travailleur

¹²³ *Loi sur l'assurance automobile, L.R.Q., c. A-25*, Éditeur officiel du Québec, article 83.7.

¹²⁴ *Ibidem*, article 83.29.

¹²⁵ *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, L.R.Q., c. A-3.001*, Éditeur officiel du Québec, article 145.

¹²⁶ *Ibidem*, articles 148 à 178.

concernant les services qui lui sont destinés. Tout comme pour les services de la SAAQ, leurs aspects médicolégaux compromettent *l'autonomisation* de la personne dans le processus.

Il importe de préciser que, contrairement à la SAAQ, la CSST s'est dotée d'un centre de recherche, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRRSST), un organisme de recherches privé et sans but lucratif. Le conseil d'administration de cet organisme est composé de représentants des employeurs et de travailleurs qui y siègent en nombre égal. La CSST fournit au centre de recherche la majeure partie de son financement à même les cotisations qu'elle perçoit des employeurs¹²⁷. Les chercheurs de l'IRRSST sont particulièrement intéressés par les représentations de la maladie et de la douleur (Baril et coll., 2008) et les relations entre les travailleurs blessés et les thérapeutes (Baril et coll., 2008), ainsi que par la réadaptation physique pour les travailleurs immigrants (Côté, 2012a).

5.5 Interactions systémiques et adaptations silencieuses dans un contexte pluriethnique

L'éthique valorisée par les institutions de la santé et par les ordres professionnels vise à contrebalancer le pouvoir des organisations et des intervenants auprès des personnes vulnérables. Ainsi, chaque ordre professionnel s'est doté d'un code d'éthique, comme l'a fait chaque institution du réseau de la santé et des services sociaux. Comme nous l'avons vu dans l'analyse de Mercier (2004), la réadaptation représente un moyen pour aider l'insertion de personnes qui attirent la pitié et à qui on attribue un potentiel d'insertion, contrairement aux délinquants et aux jeunes des banlieues parisiennes. Réaliser des adaptations pour réduire les limitations physiques et pour favoriser une réinsertion sociale demande en effet de tenir compte du regard des personnes concernées et des compétences qu'elles ont développées en la matière, d'autant plus que le processus de réadaptation n'est pas linéaire et que les représentations de la maladie, de la santé et de la guérison l'influencent (Baril et coll., 2008). Cette participation des clients demande toutefois le développement de compétences assez élevées qui commencent à être documentées par les recherches sur la littératie (chapitre 4). Ces dernières mettent en évidence l'incapacité de certains patients à transmettre des données écrites permettant aux intervenants de bien évaluer leur état. La littératie représente aussi, contrairement à ce que souhaitent les droits (Tremblay,

¹²⁷ <http://www.irsst.qc.ca/statut.html>, site consulté le 11 janvier 2012.

2004) et l'émancipation, une barrière à la prise en charge de leur santé. Les résultats de ces recherches font éclater la cohérence recherchée par les modèles de réadaptation qui supposent des rencontres entre intervenants et clients qui comprennent bien les orientations scientifiques des intervenants. À la lecture de ces recherches, on peut, par ailleurs, voir l'impact des facteurs sociaux et culturels dans la participation en réadaptation physique. Ces données, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, existent dans la tradition américaine, mais pas dans la canadienne.

Les modèles d'intervention présentés proviennent d'une étude détaillée des sites du MSSS, des différents ordres professionnels, des centres de réadaptation physique et des organisations de défense des droits des personnes handicapées. Cette recherche n'a pas identifié d'intervention adaptée pour les personnes immigrantes, m'amenant à conclure, qu'en accord avec la tradition canadienne d'accessibilité, les modèles d'intervention développés dans ces institutions se préoccupent uniquement des barrières géographiques et linguistiques, ce qui les rend monoculturelles. En conséquence, il n'y a pas d'espace pour introduire de nouvelles informations, que ce soit dans les échanges entre les intervenants ou dans les formulaires de recueils de données.

Toutefois, comme le dit Mendel (1998), on ne peut se fier aux actions à portée seulement théorique. Pour ce chercheur, on doit s'intéresser aux actes pour comprendre les dimensions psychosociales, c'est-à-dire la confrontation des actions à la réalité. Dans cette confrontation, afin de répondre à leurs mandats institutionnels et professionnels, les intervenants développent de nouvelles façons de faire qui échappent le plus souvent aux institutions, ce que Roy nomme des adaptations silencieuses (Roy, 1992; voir aussi les chapitres 4, 8 et 9). Cette question a été explorée auprès des intervenants et des agents tiers. Saisir les nouveaux phénomènes qui apparaissent dans les contextes pluriethniques implique donc de s'intéresser à ces actes. En ce sens, j'utiliserai deux exemples. Comme on l'a vu, l'expérience clinique nous apprend que les personnes victimes d'AVC souffrent souvent de dépression clinique, ce qui crée de grands inconforts physiques et psychologiques pouvant mettre en danger la réadaptation. Un médicament nommé Célexa est utilisé pour diminuer ces symptômes. La plupart des patients, quand on leur propose cette solution, l'acceptent assez facilement en réponse à des explications

simples. Toutefois, ceci n'est généralement pas le cas des clients immigrants que les explications habituelles rejoignent moins.

Des intervenants ont cherché à présenter autrement cette information. Plusieurs essais ont été faits en ce sens. Une explication a semblé fonctionner : on compare un AVC à une tempête dans le cerveau et le cerveau, à un os à soupe qui a besoin d'épices pour avoir un goût satisfaisant. On poursuit en expliquant que, suite à un AVC, les épices, les neurotransmetteurs, sont dérangées et que, sans le Célexa, il est impossible de les ajuster. Dans la majorité des cas, les patients acceptent la prise du médicament. À l'instar du travail au sein d'équipes interdisciplinaires, les rencontres interculturelles ne permettent pas toujours de s'entendre pour réduire des contradictions à une seule et même vérité. De même, il ne sert à rien d'établir une préséance d'un savoir culturel sur l'autre; l'important est de s'entendre sur l'efficacité recherchée et sur les moyens pour y parvenir.

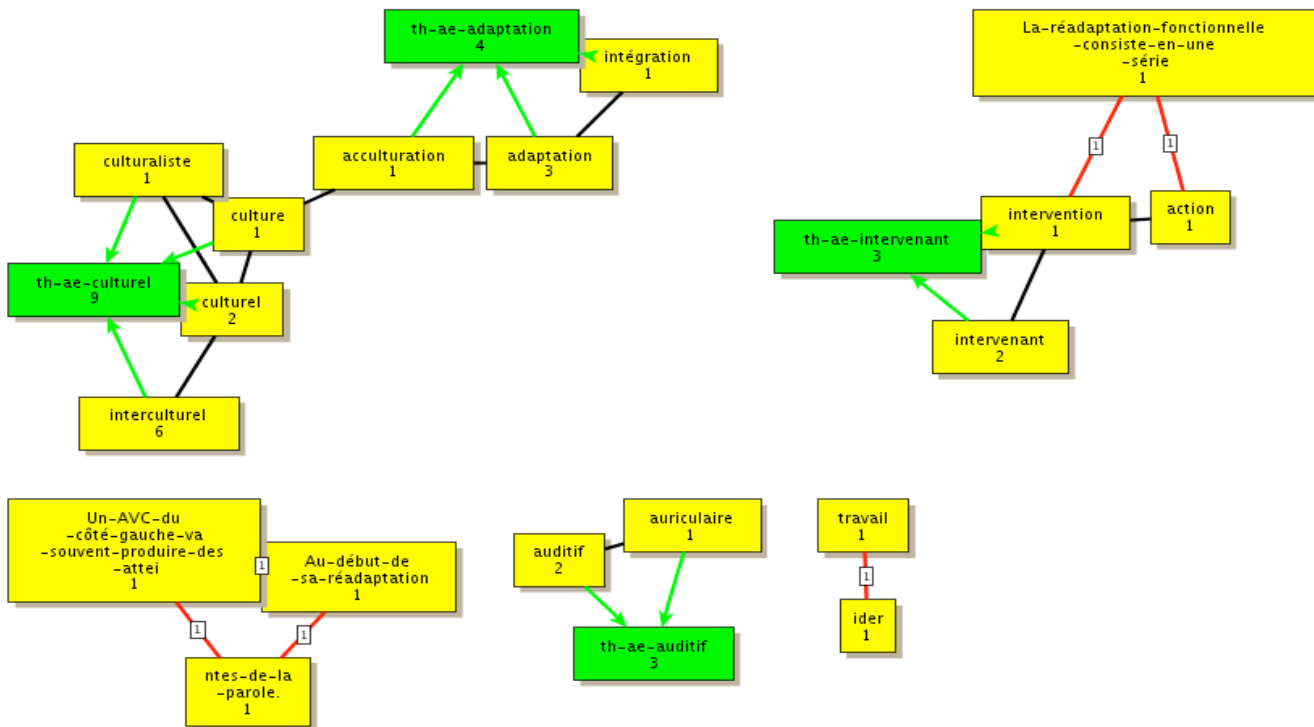
Le deuxième exemple concerne la mobilisation des patients malgré la douleur ressentie, ce qui représente un enjeu important en réadaptation physique, car un échec de la réadaptation peut entraîner des séquelles graves et permanentes, notamment des contractures. Les intervenants qui travaillent en réadaptation mettent donc tous leurs efforts à mobiliser les clients lorsqu'il s'agit de prévenir les contractures, ce qui ne peut être fait que par le mouvement. Une contracture est une atteinte musculaire causée par l'inactivité d'une personne. Cette inaction crée un déséquilibre au niveau musculaire et entraîne une atrophie de certains muscles qui deviennent ankylosés et finalement paralysés. En général, les intervenants se plaignent des patients immigrants qui ont des pratiques culturelles qui les poussent à l'inaction: ils appellent cette situation « un syndrome méditerranéen ». On pourrait voir uniquement un préjugé (chapitre 10) dans cette expression, mais cette recherche européenne (Lofvander, 1999) soutient les observations des intervenants et explique que les patients du bassin méditerranéen ne bougent pas quand ils ont mal, ce qui préoccupe aussi les experts européens qui traitent cette population.

Dans cette société, la douleur est perçue comme une maladie et l'activité est la première source de cette maladie. Cet écart entre deux représentations de la douleur peut créer des tensions entre les intervenants et les clients au point de faire échouer la réadaptation, tel que l'a mis en évidence

Baril et coll. (2008). Cette situation pose aussi des questions éthiques importantes et peut provoquer des tensions au sein des équipes traitantes, ce qui est d'autant plus compréhensible si on se réfère aux propos de Douglas (1989) sur l'expérience des individus intégrée aux institutions de façon à en guider les prévisions. Ces prévisions tendent à se réaliser moins souvent en contextes pluralistes. Toutefois, comme les institutions contrôlent la circulation de l'information, cet échec, et d'ailleurs le succès du cas de Mériem (présenté dans l'introduction), risque de passer inaperçu étant donné qu'il n'existe pas en réadaptation de mesure formelle ou structurelle pour conserver les informations ethnoculturelles. Cette situation est illustrée par le schéma suivant (figure 4) découlant d'une analyse de contenu de ce chapitre réalisée à l'aide de Semato¹²⁸. Les modèles de santé canadien et québécois (chapitre 5) ont été mis en rapport avec la description du modèle de réadaptation présenté dans ce chapitre. Il ressort de cela que la communication avec les immigrants reste à l'écart des mécanismes mis en place par les organisations, ce qui est aussi le cas des personnes qui ont des problèmes auditifs. Toutefois, dans ce cas, les institutions prévoient des mécanismes pour diminuer les barrières de communication auxquelles elles sont confrontées, ce qui n'est pas le cas pour les barrières culturelles, exception faite des programmes de développement des compétences (inter)culturelles individuelles (chapitre 4).

¹²⁸ <http://semato.uqam.ca/guidexpert-ato/express-saisie.asp>, site consulté le 25 janvier 2012.

Figure 5: Analyse du fonctionnement de la communication dans les contextes pluralistes en réadaptation physique



Ce schéma a été présenté à des experts du réseau de la santé et du milieu communautaire lors de mes rencontres pour les fins de la validation de mes données et de mes analyses préliminaire (voir méthodologie). Ils ont été étonnés de constater jusqu'à quel point il représente bien la marginalité des enjeux de communication interculturelle dans le réseau de la santé. Il met en évidence la circulation de la communication en réadaptation physique (à droite du tableau) qui s'effectue à partir d'une série de modèles, d'actions, que les intervenants appliquent dans leurs

actes quotidiens. L'exemple de M. St-Amand y est repris (en bas à gauche) et illustre que ses problèmes de communication le laissent dans une position marginale. On voit aussi que des interventions, un travail particulier (en bas au centre, sous le thème travail), a été pensé dans les modèles institutionnels en vue de réduire les barrières de la communication. Les enjeux de la communication interculturelle sont soulignés (en haut à gauche), mais il ressort de cela que, contrairement aux problèmes de la parole liés à des problèmes physiques, aucune mesure institutionnelle n'est mise en place pour réduire cette barrière à la communication.

La complexité de la réadaptation physique a été mise en évidence à partir de la restructuration du réseau de la santé du Québec pensée pour répondre aux coûts de la santé, tout en s'inscrivant dans la tradition canadienne d'accessibilité géographique et linguistique, du moins pour le français et l'anglais. Il est apparu que la réadaptation physique intensive est un modèle d'intervention composé d'équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires en accord avec les paradigmes scientifiques actuels qui permet d'appréhender des sujets complexes dans leurs réalités globales. Ces approches d'intervention mises en place dans le réseau public offrent des moyens importants pour diminuer et pour compenser les déficiences physiques lourdes qui empêcheraient l'insertion sociale des personnes vulnérables. Les approches développées sont cohérentes à une éthique de la communication qui comprend trois composantes : un agir objectivant, un agir communicationnel et un agir émancipatoire (Mercier, 2004).

Cette approche fait voir que, bien qu'essentiel, il est insuffisant d'étudier uniquement la clinique en tant que lieu de pouvoir (Clifford, 2012) et les rencontres entre les membres du personnel, les intervenants et les clients immigrants uniquement à partir des relations de pouvoir entre majoritaires et minoritaires (Cognet et Raigneau, 2002; Cognet et Montgomery, 2007; Fortin et Laprise, 2007; Thésée et coll., 2010). Cette analyse relève des tensions entre des capacités disciplinaires et l'influence du secteur privé basé sur une idéologie de gestion qui ne tient pas compte des réalités concrètes (De Gaulejac, 2005; Galbraith, 2004) et qui laisse, notamment, de côté les phénomènes pluriethniques. Deux exemples ont été utilisés pour mettre en évidence la confrontation entre le modèle de réadaptation tel qu'il est pensé, l'action pour les populations locales, et sa confrontation à la réalité pluriethnique, l'acte. La démonstration a souligné que la diversité culturelle diffère de celle pensée par l'institution (Douglas, 1989) et reste imperméable

aux populations pluriethniques (Barth, 2002). Ces faits n'empêchent toutefois pas les intervenants de procéder à des adaptations silencieuses (Roy, 1992) qui se dévoilent dans les actes posés au quotidien.

L'acte permet de mieux saisir les composantes psychosociales d'une situation et le pouvoir que chacun prend sur lui-même (Mendel, 1998). L'acte est aussi, selon Bakhtine (2003), en rapport avec l'événement, l'éthique et la responsabilité. Il permet de saisir la pluralité des équipes interdisciplinaires, l'irréductibilité des contradictions à une seule et même vérité et l'inutilité d'établir une préséance d'un savoir disciplinaire sur l'autre. Finalement, l'acte permet de comprendre que le même principe s'applique aux contextes de pluralité ethnique. L'acte, c'est la confrontation des actions et des modèles théoriques à la réalité. Alors que, 25 ans après *Writing Culture*, la nature empirique de l'anthropologie peut être récupérée (Rutherford, 2012), les savoirs et les méthodes anthropologiques représentent un moyen important pour s'intéresser aux actes.

Après avoir présenté le contexte de la réadaptation physique et avoir situé la marginalité des problématiques interculturelles dans ce modèle de pratique, il est maintenant temps de convier tous les acteurs /sujets sociaux impliqués dans la réadaptation physique, clients immigrants, intervenants et agents tiers, à nous faire part de leurs préoccupations et de leurs attentes, tel qu'elles émergent dans ce contexte. Le souhait est de mieux comprendre les rencontres entre des personnes de différentes origines ethnoculturelles lorsqu'il y a un acte à poser auprès de personnes vulnérables.

**PARTIE III : ETHNOGRAPHIE – CONVERGENCES ET DIVERGENCES EN
CONTEXTE PLURIETHNIQUE**

Chapitre 6 : *L'intervention dans les institutions de réadaptation physiques*

Chapitre 7 : *L'intervention dans des contextes pluriethniques*

Chapitre 8 : *Les barrières dites objectives*

Chapitre 9 : *Les facteurs liés à la culture*

CHAPITRE 6 : L'INTERVENTION DANS LES INSTITUTIONS DE RÉADAPTATION PHYSIQUE

Cette recherche est réalisée dans l'optique de mieux connaître les caractéristiques des dynamiques interculturelles et de penser les adaptations possibles pour répondre aux besoins des clientèles immigrantes dans le contexte de la réadaptation physique. La recherche vise à entendre les points de vue de tous les acteurs/sujets sociaux impliqués dans l'intervention en contextes pluriethniques. Un groupe de discussion est réalisé avec chaque groupe de la recherche : clients immigrants, intervenants et représentants de la CSST au printemps 2006¹²⁹. Les clients immigrants ont été recrutés dans les centres de réadaptation du grand Montréal Métropolitain grâce au système mis en place par le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR). Les exigences éthiques de la recherche, notamment la signature du consentement écrit, empêchent certains clients immigrants de participer malgré leur intérêt. Douze clients immigrants se montrent intéressés à l'étude, mais seulement deux clients participent au groupe de discussion, une difficulté qui est discutée au chapitre 1 sur la méthodologie et au chapitre 4 sur les politiques de santé dans les contextes pluriethniques

Les intervenants sont plus faciles à recruter, car ils avaient entendu parler de cette recherche des années auparavant à travers différents contacts professionnels. Sept intervenants participent au groupe de discussion (physiothérapeute (2), ergothérapeutes (2), psychologues (2), kinésiologue (1)) dans un centre de réadaptation du grand Montréal hors des heures de travail. Plusieurs conseillers à la réadaptation de la CSST entendent parler de la recherche lors des formations interculturelles. Ces personnes m'aident à contacter des gestionnaires de la CSST qui doivent donner leur accord à leur participation pour des questions médico-légales. Les gestionnaires manifestent finalement un intérêt pour les objectifs de cette recherche, c'est-à-dire mieux connaître les dynamiques interculturelles et les services aux populations immigrantes. Sept représentants de la CSST participent au groupe de discussion, en plus d'un gestionnaire présent comme observateur (conseillers à la réadaptation (7), agent d'indemnisation (1) voir au chapitre 5 la description de leur rôle). Ce groupe de discussion se déroule dans les locaux de la CSST

¹²⁹ Les intervenants sont rencontrés le 25 janvier 2006 ; les clients immigrants, le 07 avril 2006 ; enfin les agents tiers (CSST), le 21 avril 2006.

pendant les heures de travail. Les groupes de discussion durent deux heures¹³⁰. D'autres données proviennent d'informations recueillies dans le cadre de formation en relations interculturelles. Finalement, les résultats des analyses préliminaires sont validés auprès de personnes du réseau de la santé et d'un organisme communautaire dédié aux personnes immigrantes handicapées : l'Association multiethnique d'intégration pour les personnes handicapées.

L'ethnographie s'intéresse aux actes à poser dans les contextes pluriethniques et sera présentée dans les quatre chapitres suivants. Ayant mis en évidence une rupture possible entre les modèles de pratique, les actions (chapitre 5), et les actes, je décris dans ce premier chapitre de l'ethnographie (chapitre 6) le travail réalisé quotidiennement. Ce chapitre permet aussi de comprendre le contexte où se passent les rencontres entre des personnes d'horizons différents (Barth, 1995). Le chapitre 7 s'intéresse aux pratiques dans les contextes pluriethniques et fait entrer en scène les clients immigrants. Le chapitre 8 met en évidence les barrières dites objectives, et finalement le chapitre 9 fait apparaître les facteurs liés à la culture. La complexité de l'interculturel et les compétences interculturelles exigent que toute problématique interculturelle soit replacée dans des contextes spécifiques où des problèmes précis peuvent être cernés et des solutions particulières, appliquées (Gratton, 2009). Cette thèse n'échappe pas à cette règle, car elle aborde les enjeux du recrutement des sujets de recherche en contexte pluriethnique.

L'ethnographie présentée s'intéresse maintenant aux contenus des trois groupes de discussion; elle vise à mettre en lumière la complexité des contextes pluriethniques à partir de la convergence et de la divergence des points de vue. L'idée de point de vue renvoie à deux dimensions différentes et interdépendantes: 1- dans le sens géographique du terme, c'est une position particulière dans un lieu physique, une position concrète qui est mise en rapport avec une place assignée socialement. 2- c'est une opinion sur une situation, une situation d'interaction pour le cas présent. L'organisation des données met en évidence les particularités de chaque type d'expériences tout comme les convergences et les divergences des points de vue apportés par des acteurs/sujets sociaux en interaction.

¹³⁰ Voir l'annexe 9 pour la liste des participants et leurs caractéristiques sociodémographiques.

Afin de permettre au lecteur d'entendre par lui-même les discours des participants et leurs échanges, je laisse parler les personnes rencontrées. Ayant en tête le modèle systémique de l'École de Palo Alto, je garde ma position dans les échanges rapportés. Ce choix tient compte autant de la notion de réflexivité en anthropologie postmoderniste que de l'aspect relationnel dans l'approche interculturelle. La pratique interculturelle demande, en situation de rencontre, de faire ressortir les éléments-clés de sa propre culture pour faire apparaître ses propres ancrages culturels, la centration (Das, 1993; Cohen-Émerique, 1993; Proulx et Chiasson, 1996; et Gratton, 2009). J'ai entamé cette démarche au chapitre sur le contexte ethnographique et je la continue dans l'analyse du discours des intervenants auxquels je m'associe en tant que psychologue et anthropologue. J'y analyse ma propre société et mes institutions. Afin de mieux organiser la présentation des données ethnographiques, cette section est divisée en quatre chapitres: l'intervention dans les institutions de réadaptation; l'intervention dans les contextes pluriethniques; les barrières typiques à l'intervention dans les contextes pluriethniques; les facteurs dits objectifs.

Trois principaux thèmes sont explorés. Le premier thème est commun à tous les groupes rencontrés : la vision de la santé, de la maladie, du handicap et de la réadaptation. Dans le cas des clients immigrants, j'explore cette vision autant dans le pays d'origine que dans le pays d'accueil. Ensuite, je m'arrête aux expériences de prises en charge. Pour les clients immigrants, cela fait à référence à ce qu'ils ont vécu depuis leur accident jusqu'à la fin de leur réadaptation. Pour les intervenants et les représentants de la CSST, je mets en parallèle leurs prises en charge d'une clientèle locale à une clientèle immigrante. Enfin, je m'intéresse aux positionnements des uns envers les autres, ainsi qu'aux interactions entre les trois groupes d'acteurs/sujets sociaux en contextes de réadaptation physique.

6.1 Les intervenants et leur vision de la santé

L'interdisciplinarité a amené une vision commune. Dans cette interface, il faut noter que les intervenants parviennent à éviter un piège propre à certaines approches interdisciplinaires: faire disparaître les spécificités disciplinaires, générant ainsi beaucoup de confusion (Hsab et Stoiciu, 2011). Ces intervenants parviennent à maintenir leurs traditions respectives dans un espace de

rencontre commun à la réadaptation physique en ne tentant pas de faire disparaître les contradictions possibles de cet espace de rencontre. Ce lieu représente une troisième dimension aux caractéristiques propres (Bateson, 1984).

Les intervenants en réadaptation physique ne considèrent pas que l'expertise qu'ils ont développée sur les limitations, le handicap et la fonctionnalité soit une expertise en santé. Pour tous les intervenants rencontrés, il existe une grande différence entre la maladie et le handicap, bien que certains établissent des liens entre les deux et que la frontière reste floue. Pour eux, le handicap est une condition et non une maladie puisque la maladie a un caractère aigu, demandant des soins et une stabilité du point de vue médical. Une maladie peut être curable ou non, et une limitation peut être temporaire, mais, quelle que soit la situation, la réadaptation s'intéresse à la fonctionnalité. Certains intervenants précisent que la réadaptation physique reliée à un handicap peut être en rapport avec une maladie, comme dans le cas de conditions chroniques qui ont un impact sur l'état de santé et nécessitent une approche curative. Dans ce cas, un handicapé doit s'habituer à un état de santé relatif. À l'inverse, il peut aussi être difficile dans les cas de maladie chronique de faire une différence entre le handicap et la maladie, car une maladie débilitante peut entraîner un handicap. L'objectif est ce qui différencie alors la réadaptation et le handicap.

Selon les intervenants, l'objectif de la réadaptation est de rendre les clients fonctionnels. Cela explique que plusieurs clients ayant des maladies ou des limitations graves s'étonnent, surtout s'ils sont hospitalisés, que la réadaptation se termine malgré la persistance de leurs problèmes de santé: « Mais je ne suis pas guéri et vous me retournez chez moi ». Les ergothérapeutes sont les intervenants travaillant le plus avec le PPH (chapitre 5), un instrument de mesure et d'intervention qui s'intéresse aux obstacles empêchant la réinsertion faisant ainsi passer les représentations du handicap à la fonctionnalité et à l'insertion sociale. Manon¹³¹, chef de service et ergothérapeute, Andrée, ergothérapeute et Martine, psychologue, discutent à propos d'un service de réadaptation au travail et reviennent sur le PPH :

¹³¹ Tous ces noms sont fictifs. On trouve en annexe une liste de tous les participants, de leurs caractéristiques professionnelles et sociodémographiques et de leurs expériences auprès de clients immigrants.

Manon : *La santé et le handicap, pour moi comme ergo, c'est pas pareil. Je pense que tout le monde le sait, on est tous entraînés par le cadre du pph. En tout cas, comme ergo, j'ai été élevée là-dedans et la santé, je suis peut-être moins familière, je m'occupe moins. La santé pour moi c'est peut-être l'absence, ou c'est plutôt l'intégrité des systèmes organiques, ou j'sais pas. C'est peut-être comme ça que je me l'explique en termes de la santé. Pis la maladie, c'est une atteint [silence] pas juste ça. La maladie pourrait causer une atteinte des systèmes organiques.*

Chercheur: *Oui, c'est le pph.*

Manon: *Oui c'est ça.*

Martine: *Je pensais qu'elle allait dire le handicap, la maladie pour moi, c'est comme deux choses différentes. Moi, je [ne] travaille pas avec des malades.*

Chercheur: *Non c'est ça.*

Andrée : *Eux-autres [les handicapés]¹³², ils ont une condition plus ou moins permanente, plus ou moins sévère ou légère, mais la maladie pour moi, c'est quelque chose qui a trait au médical et qui peut être guéri selon certaines maladies bien entendu. Quoique là je travaille dans un autre domaine. Dans le temps que je travaillais avec la clientèle trauma[tisée], c'est une condition, ce n'est plus une maladie. Donc il y a une notion de stabilisation et d'adaptation, et on n'est plus dans du curatif, on est plus justement dans l'adaptation à des incapacités qui sont les handicaps. On est plus dans la gestion des obstacles environnementaux. Dans notre cadre théorique, [silence] alors que dans la maladie, c'est pas ça que tu vas regarder du tout.*

(26 janvier 2006)

Pour ces ergothérapeutes, la santé est l'équilibre des organes internes. Selon Audrey, une physiothérapeute, les frontières entre la santé, la maladie et le handicap ne sont toutefois pas si définies qu'elles le sont pour Martine. Dans le cas des personnes polytraumatisées à la suite d'un accident, les déséquilibres physiques deviennent plus apparents :

Audrey: *Je pourrais rajouter qu'en même temps, la situation d'handicap (silence) la maladie, pis on le voit dans notre clientèle beaucoup [...] Je pense que les deux sont quand même « interreliés ». [silence] j'sais pas, ce qu'on fait [silence] la santé globale, la santé c'est le tout, c'est toute la personne, c'est tout le système. Je trouve ça difficile de faire une différence, c'est "totché" [délicat]. Je trouve ça un petit peu difficile, mais je pense que c'est très très proche, je sens ça très proche et je sens que c'est interrelié. La*

¹³² Afin de faciliter la compréhension des lecteurs qui ne sont pas familiers au milieu de la réadaptation ou au langage informel québécois, certains termes ont été complétés. Dans ce cas, ils sont mis entre parenthèses [...] en vue de faciliter la compréhension.

maladie peut conduire à l'handicap, l'handicap peut te conduire à la maladie. J'ai un petit peu de difficulté [à tracer une ligne entre les deux].

(26 janvier 2006)

Pour Audrey, lorsque la différence entre la maladie et le handicap n'est pas évidente, elle se rallie à la position de l'institution inscrite dans la structure du réseau de la santé et des services sociaux où une différence est établie entre les services de première (soins aigus), de deuxième (soins spécialités) et de troisième ligne (soins surspécialisés) (chapitre 5). Selon cette division structurelle, une personne n'est plus considérée comme malade lorsqu'elle est en réadaptation, car son état médical est devenu stable et ne nécessite pas de soin aigu :

Audrey: [c'est] toute une déformation professionnelle là, mais, ils [les clients] sont en situation de, ils sont sédentaires, ils ont recommencé à fumer, tout l'événement [l'accident] a créé des attitudes de vie, sont plus faibles pis la santé à travers de ça s'est un petit peu détériorée. Tu as des clients typiques aujourd'hui. Un client entre autres, je trouve que ça, c'est vrai qu'on est dans une situation de handicap, ça fragilise la santé, ça rapproche un peu la maladie [silence] entraîne la maladie, c'est un petit peu ça. Mais oui effectivement, quand un client arrive chez-nous en principe les problèmes de santé ont été [réglés], pis c'est un des critères d'inclusion, d'avoir une condition de santé qui est stable, mais, je trouve ça pas mal proche moi.

(26 janvier 2006)

Des déséquilibres sociaux et psychologiques peuvent aussi être considérés comme des facteurs ayant provoqué des accidents, tels que le conçoit encore Audrey, même si elle est dans une profession plus biomédicale :

Audrey: Si je remonte avant l'accident, j'ai trouvé des processus de mauvaise santé qui ne sont pas nécessairement médicaux [silence]. Une personne qui est en mauvaise santé sociale, en déséquilibre social [...] pour récupérer de l'estime de soi, ça l'amène à rouler régulièrement à 120 km/heure en auto. Elle arrive chez nous avec un déséquilibre [silence].

(26 janvier 2006)

Pour leur part, Martine et Albert, psychologues, appréhendent cette question depuis une définition de leur discipline qui approche globalement les personnes :

Martine: [silence] *une très vieille définition, il doit y avoir une trentaine d'années (silence) la maladie, c'est un déséquilibre, [silence]. Donc une personne peut avoir un accident, peut-être elle va développer un problème psychologique, [silence] donc je pense que quelqu'un qui est en phase aiguë d'une séparation ou d'un deuil est malade. La recherche sur le stress le montre très bien d'ailleurs. L'entrée par la maladie, c'est proche d'une entrée [silence] [mais il y a une] différence [silence].*

Albert: [silence] *Oui mais justement, ça c'est peut-être un piège [silence]. Les gens justement arrivent en réinsertion en emploi [silence] oui ils ont éventuellement une infection ou ils ont besoin de soins aigus. Si tu regardes par en arrière, il y en a qui étaient en santé et on a découvert des problèmes. Ils pensaient qu'ils avaient juste une blessure. Et puis ces gens-là vont faire une réadaptation et la réadaptation va leur donner un point d'équilibre [silence]. Je pense que le handicap comme tel, c'est ce qui m'empêche de récupérer mon niveau d'équilibre.*

(26 janvier 2006)

La vision des intervenants varie aussi en fonction des étapes de réadaptation. Pour les patients hospitalisés, il est plus difficile de faire une différence entre maladie et handicap que pour les patients à l'étape de réinsertion en emploi, la dernière phase du processus. Dans la première phase, les traitements ont une plus grande composante curative :

Martine: *Oui, et ça dépend du support où est-ce qu'ils sont rendus et de la sévérité je pense. Tu sais comme les polytraumatisés ils sont couchés dans les lits et ils sont « strappés » [attachés], [ils] sont embarrés dans leur pataclan [support] métallique, sont plus malades pis tu vas être plus centré sur la condition physique, [la] santé physique. Bien sûr, tu considères l'ensemble, la santé psychologique et sociale, mais ils ne sont pas en mesure d'être en santé socialement parce qu'ils sont trop restreints et c'est sûr que le psychologique est touché. Mais quand ils sont à l'externe [deuxième étape d'intervention], ils ont un autre cadre dans leur fonctionnement, alors ils sont peut-être plus malades quand ils sont à l'interne, quand ils arrivent avec leurs blessures, de leur accident. C'est comme une autre phase. Je les vois plus médicalisés chez nous à l'interne.*

Audrey: *[Quand ils sont dans notre service d'insertion au travail, phase 3] [silence] ils ont fait toutes les autres phases, ils ont eu leur accident, les soins intensifs, la réadaptation phase 2.*

(26 janvier 2006)

La vision de la santé, de la maladie et du handicap varie selon la profession, le positionnement individuel et l'expérience des intervenants interrogés. Tous reconnaissent toutefois que la mission de la réadaptation n'est pas la même que celle des soins aigus où il s'agit de stabiliser l'état

médical d'une personne. Ils mettent également en évidence la tradition de l'institution, les positions professionnelles et individuelles de chacun, ainsi que la complémentarité de leurs approches respectives. Leur discours dessine en arrière-plan, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les différences entre une déficience physique (une atteinte des organes et de leur fonction), une incapacité (une atteinte nuisant aux activités fonctionnelles), un handicap (un désavantage social lié au rôle de survie de la personne) et une lésion (une blessure qui vient soit d'un accident (travail, route) soit d'une maladie professionnelle) (Prévost, Bougie C. 2008). Les rapports entre maladie et handicap se réaménagent selon les différentes étapes de la réadaptation et nuancent les points des vues individuels sur la maladie, vue comme un déséquilibre biologique, psychologique, social ou encore biopsychosocial.

Certaines déficiences peuvent être présentes avant un accident ou être engendrées par un handicap, tandis que certaines lésions empêchent les clients d'avancer dans leur processus de réadaptation. Ces précisions permettent de comprendre les paradigmes de chaque discipline et le mécanisme par lequel ceux-ci s'imbriquent dans les interventions interdisciplinaires. La maturité de ces équipes permet la coexistence de plusieurs points de vue et la discussion à partir de traditions professionnelles différentes. Chaque discipline fait ressortir tel ou tel aspect. Les ergothérapeutes font référence à un équilibre biologique où les déficiences physiques sont liées aux incapacités. Les psychologues mentionnent plutôt l'équilibre dans son ensemble, selon une approche biopsychosociale qui regarde les rapports entre les incapacités et le handicap. Les physiothérapeutes tiennent compte des lésions, car ils sont les premiers sollicités même en soins aigus. Tous sont toutefois à l'aise que les autres professionnels évaluent l'état d'un client à partir d'une grille disciplinaire qui est complémentaire à la leur. Chaque professionnel reste lié à son cadre corporatif et institutionnel, son agir objectivant (Mercier, 2004), dans un espace interdisciplinaire pensé pour que coexistent des points de vue disciplinaires différents et quelques fois contradictoires. Des modalités de hiérarchisation des disciplines sont définies par un plan d'intervention individualisé (chapitre précédent) qui tient compte des étapes de la réadaptation.

Il est important de souligner que ces intervenants doivent être capables de prendre du recul par rapport à leur système pour le réfléchir et pour le critiquer. Par exemple, lorsqu'il s'agit de définir la santé en lien avec le handicap et le retour à l'emploi, ils critiquent un système qui mesure le succès de leur intervention, non selon le confort du client, mais selon sa fonctionnalité au travail.

Ils critiquent des indicateurs qui ne tiennent pas compte, par exemple, de la capacité à reprendre les loisirs ou de la fatigue après une journée de travail. Leurs critiques laissent entendre qu'ils préféreraient que les mesures utilisées pour décider de la fin d'un traitement soient des mesures professionnelles plutôt que des normes institutionnelles. Les rires collectifs dans les extraits suivants dévoilent une attitude critique relativement aux définitions institutionnelles du retour au travail et de l'autonomie quand elles ne tiennent pas compte de l'état réel des clients, comme le mettent en évidence Andrée et Audrey :

Andrée: *Ben, selon notre grille, tu travailles, fait que t'est correct* [rires collectifs].

Audrey: [silence] *Il y a aussi c'est quoi l'autonomie, c'est quoi* [silence] *après tout, hein* [rires collectifs].

(26 janvier 2006)

6.1.1 *L'autonomie comme équilibre recherché malgré les limitations*

La notion d'autonomie guide le regard commun de discipline en présence et renvoie à une communication éthique (Mercier, 2002). La notion d'autonomie est alors une notion dense (Blattberg, 2009, 2012), car elle se rapporte aux quatre approches à travers lesquelles les informations circulent à l'intérieur des disciplines, entre les disciplines et entre les clients et les intervenants. Ces approches sont, rappelons-le, la reconstruction identitaire, l'appropriation et l'autodétermination, l'approche écosystémique et l'approche écologique (chapitre 5). Dans les approches écosystémique et écologique qui traversent toutes les disciplines de la réadaptation, la notion d'autonomie guide les intervenants à travers les étapes de la réadaptation. Le PPH y prend une place importante. Puisqu'il appartient à l'ergothérapeute de mesurer et de favoriser les activités de la vie quotidienne et domestique et, surtout, de veiller à l'insertion en emploi, Manon et Andrée, toutes deux ergothérapeutes s'y attardent dans cette discussion :

Manon: *On a comme un accident qui crée une altération des systèmes organiques là, j'sais pas, qui cause une entorse. Et cette entorse, elle crée des incapacités, soit à bouger, à marcher au niveau physique. Ou ça pourrait être une autre maladie qui crée d'autres incapacités. Dans le fond, l'interaction entre les capacités et les facteurs environnementaux qui vont avoir une influence sur la reprise des habitudes de vie. Tu peux avoir quelqu'un qui a un employeur qui est très conciliant, très ouvert, qui va faciliter le retour au travail, qui va le compenser; cette personne-là va être en équilibre*

parce qu'elle va être retournée au travail, elle va être heureuse. Elle va pas retrouver peut-être toutes ses tâches, mais on compense et d'un autre côté, tu peux avoir plein d'autres obstacles qui font que, aux niveaux environnementaux, que cette cliente-là ne soit pas retournée travailler, mais elle avait [aussi] un diagnostic initial d'entorse.

Andrée: [silence] Ce qui est intéressant à ce moment-là, c'est de regarder et de voir que, il pourrait y avoir des gens qui ont eu un accident, qui ont un handicap physique, [silence] et ces gens-là sont beaucoup moins handicapés. Si tu regardes le PPH, ils sont autonomes pour s'occuper d'eux-mêmes, ils sont autonomes du point de vue communautaire, ils travaillent [silence] même s'ils ont le bras droit en moins. Alors que l'autre là, qui [silence] a un autre genre d'approche [de sa situation], c'est ce qui fait que la réadaptation [fonctionne moins bien] [silence]. Il y a un débalancement dû à une situation [personnelle].

(26 janvier 2006)

C'est toujours depuis la notion d'équilibre que ces professionnels considèrent le regard que chaque client porte sur lui-même, tout comme ils observent les barrières sociales et environnementales qui nuisent à l'autonomie. Le point de vue du client s'inscrit dans une communication éthique qui comprend un agir objectivant, un agir communicationnel et un agir émancipatoire (Mendel, 1998). Le point de vue du client, l'agir émancipatoire, trouve sa place à partir de la reconstruction identitaire, de l'appropriation et de l'autodétermination. L'agir émancipatoire peut être en contradiction avec l'agir objectivant et l'agir communicationnel; il peut, en effet, avoir un écart entre le regard que porte un client sur sa situation et celui que portent les professionnels puisque le savoir est distribué inégalement (Keesing, 1987, 1989). Au besoin, le savoir objectivant sert à nuancer la vision qu'une personne peut avoir de sa propre autonomie, comme le rapportent Carole et Audrey dans cette courte discussion :

Carole: On [le] voit tous, les concepts d'autonomie, c'est personnel [silence]. C'est là je pense que, du moment que tu deviens fonctionnel, si la maladie est là, mais que tu es quand même autonome dans les diverses sphères de ta vie [silence]. Ca va (silence).

Audrey: [silence] Oui, parce que tu t'ajustes aussi, peut-être sans t'en rendre compte, à des petites maladies qui sont dites chroniques que toi tu perçois comme petites, mais tu fais, au fur et à mesure, des ajustements dans ta vie pour que t'aies pas trop de situations de handicap, mais, veut veut pas, t'es obligé d'ajuster certains éléments. Fait que tu perds de l'autonomie de façon un petit peu progressive sans que ça se voit. Ou peut-être pas de l'autonomie, mais de [la] marge de manœuvre.

(26 janvier 2006)

Cette différence entre savoir professionnel et expérience s'observe aussi lorsqu'un professionnel se retrouve dans la position d'un malade ou d'un client, confirmant Schütz (2003) sur l'existence d'une différence entre l'expérience du chercheur dans sa position de recherche et celle dans sa vie quotidienne qui n'est plus pensée en termes scientifiques. Une différence de même nature apparaît lorsqu'un intervenant devient un patient/client :

Albert: Je pense qu'il serait bien de décrire un paquet de situations dans lesquelles tu peux avoir un désaccord au niveau justement de la santé. Tu peux avoir des gens qui disent mettons Monsieur, Madame, vous êtes en santé. Le monsieur, la madame dit je ne suis pas en santé. Ou le contraire ok? Même à mon niveau personnel, moi je me considère comme étant en santé alors que j'ai une couple de maladies chroniques, et pourtant, pour moi, je ne suis pas malade, je ne suis pas handicapé. Par contre, quand je vais voir le médecin, pour mon médecin [silence] je suis malade.

(26 janvier 2006)

Le client qui dépasse l'adversité et qui est porté par une grande autodétermination se manifestant par un désir de vivre de façon autonome et de se réinsérer socialement est le patient type, celui pour lequel les services sont pensés, celui qui est valorisé. Cette attitude représente la typicalité des actes sociaux qui sont attendus (Schütz, 2003) par la société québécoise, et en général, par les clients de cette société eux-mêmes. Il s'agit d'une position qui amène une critique sociale et institutionnelle envers ceux qui n'adoptent pas cette attitude. L'autonomie est à la fois une obligation et un cadre qui oriente le processus de guérison (Massé, 2009) et de réadaptation dans cette société.

Cette recherche de l'autonomie par les clients constitue un appui important pour les thérapeutes qui ne peuvent faire leur travail sans leur implication. L'autonomie devient la mesure d'une entreprise personnelle sur laquelle se greffent les actes des thérapeutes en vue d'un dépassement des barrières physiques, cognitives, environnementales et sociales qui bloquent le mouvement d'autonomisation et d'insertion sociale et professionnelle. La recherche personnelle initiée par un malheur n'a pourtant pas été choisie. Elle est la conséquence d'un accident ou d'une maladie qui amène une référence de l'hôpital vers des services jusqu'alors inconnus au patient. Qu'ils soient exigés par les institutions tiers (SAAQ, CSST) ou recommandés par un hôpital de première ligne, les services de réadaptation sont d'une certaine manière obligatoires, selon un modèle de société

où l'autonomie est à la fois une contrainte et un désir. Idéalement, ces services qui peuvent générer une certaine résistance au début doivent être appréciés pour assurer l'efficacité. Selon un modèle de résilience, les intervenants, comme les familles, (Lefebvre et coll., 2011) servent de tuteur afin de permettre à chaque client de rebondir et de donner un nouveau sens à sa vie (Cyrulnik, 2001, 2004), comme le mettent en évidence ces trois intervenants dans leur discussion :

Andrée: En tout cas, en réinsertion en emploi, le fait qu'on travaille avec des agents payeurs qui nous réfèrent, c'est souvent l'agent payeur qui réfère. On en a parfois des gens qui ont demandé à venir, mais la plupart du temps, ils n'ont pas choisi.

Audrey: [silence] Oui, en trauma à l'interne au niveau hospitalier, ou dans le fond, comment tu arrives à l'hôpital, c'est en ambulance. T'as pas choisi.

Manon: [silence] Ça dépend peut-être, pour la plupart d'entre eux, je pense qu'il y a aussi la question de la connaissance du service, de l'offre de service. La plupart des gens disent, à un moment donné, dans le fond je suis content de vous avoir trouvé, je ne savais pas [silence] et puis avoir su ce que c'était [silence].

26 janvier 2006)

Les clients ne choisissent ni leur traitement ni les disciplines impliquées dans ces traitements. Ils réagissent différemment aux disciplines qui composent une équipe de traitement. Leur perception dépend de leur situation et de modèles antérieurs à leur expérience en réadaptation. Certains ont peur de la psychologie et du travail social, alors que subsiste l'image que: « les psychologues, c'est pour les fous ». Cette perception sociale et culturelle se retrouve davantage chez les personnes âgées et chez ceux venant de milieux plus défavorisés. Leur perception est aussi influencée par celles que les professionnels entretiennent entre leurs disciplines. En général, le travail social et la psychologie ont plus de mal à trouver leur place dans le modèle biomédical dominant en santé qui, même s'il se veut interdisciplinaire (Bégin, 1999), accorde plus d'importance aux facteurs médicaux qu'aux facteurs psychologiques ou sociaux, d'autant plus lorsque le temps d'intervention est court :

Martine: À la base, il n'y a pas beaucoup de choix là-dedans, ils n'ont pas choisi l'accident, ils n'ont pas choisi d'être là. Et quand t'arrives chez nous, c'est un « package deal » [ensemble]. Il y en a qui aimeraient ça à la carte, mais si on embarque à la carte, et on le sait qu'au niveau psychologique c'est le gros gros morceau du bobo qui est là, fait

que, ils n'ont comme pas le choix. Ils embarquent ou ils n'embarquent pas et avec l'agent payeur [c'est souvent obligatoire].

Albert: [silence], Mais en termes de services, il y a des services que les patients découvrent, pis qu'y ont une très bonne logique dans leur tête; physio, c'est toujours en grande demande; ergo bon, on comprend pas trop ce que c'est, mais j'imagine que ça va m'aider; orthophonie, ben là, c'est gens-là, il faut vraiment qu'ils aient des gros problèmes [de langage] [silence]; psychologie et service social, ah ben là [c'est rarement demandé].

Martine: [silence] C'est sûr, ils ne se réfèrent pas eux-mêmes [silence]. À l'intérieur de l'équipe [traitante] aussi, la perception de la psychologie ou du service social [n'est pas toujours claire]. Le service social, c'est un petit peu plus concret, c'est plus facile à comprendre pourquoi on intègre une travailleuse sociale, mais la psychologie, c'est pas toujours clair et il y a tout un travail de démystification à faire auprès du personnel et auprès du patient, comment tu l'approches ton patient quand il est trouvé dans un lit avec une fixation au bassin. J'ai pas besoin d'un psychologue, moi, j'ai besoin de sortir d'ici. J'ai besoin qu'on me dépose et qu'on me laisse marcher. Donne-moi une physio quatre fois par jour, je vais la prendre. Sors-moi de ma condition médicale et ça va aller mieux. Tandis qu'en psycho, la place est un peu différente. Parce que c'est une grosse machine quand tu arrives sur un patient, surtout quand dans phase 2, au lit là. Ahhh! Sont comme ([silence]. Tu sais, la diététiste, [silence] on est 7, 8 à rentrer dans la chambre des fois. Et, et wow! en même temps. Qu'est-ce que vous me voulez? [silence]. [Dans ce cas-là, le client] se dit : Je suis pas si pire que ça, souvent ils vont te le dire. Voyons, c'est-tu si grave que ça ce que j'ai?

(26 janvier 2006)

La réadaptation physique est une approche d'équipe qui est lourde, ce qui peut inquiéter certains patients/client s'ils évaluent l'état de leur condition à partir du nombre de professionnels qui les entourent. Ils n'ont pas toujours tort. Les professionnels sont conscients de l'imposition de leurs cadres de pratique, tout comme de la nécessité pour une intervention fondée sur l'autonomie, sur l'autodétermination et sur *l'autonomisation* (le modèle théorique, l'action) que chaque client sent que les intervenants sont à son service. Les professionnels doivent aussi être conscients des contradictions possibles entre une approche clientéliste (agir émancipatoire) et une intervention basée sur une expertise professionnelle (agir objectivant) dont doivent bénéficier les clients. Dans ce modèle, l'intervenant doit accepter de ne pas être l'unique détenteur d'un savoir et d'un savoir-faire, ce qui peut être difficile à certains moments (Massé, 1995). L'intervenant ne peut travailler sans la participation du client, il doit donc l'aider à apprécier les nouvelles possibilités qui s'offrent à lui, comme le confirme cet échange :

Manon: *Mais tu sais, des programmes, [comment] ça fonctionne ces programmes-là, c'est de transformer le client en touriste, et de touriste, en client acheteur. C'est ça le rôle qu'on a là-dedans. Oui, parce que sinon ça ne fonctionnera pas. Ils n'auront pas d'implication, il n'y a pas de prise en charge [dans ce cas].*

Albert: *[Il faut qu'] Ils s'approprient [le traitement].*

(26 janvier 2006)

Une fois de plus, les professionnels restent critiques à l'égard de ce système qui demeure à la fois, tel que le dit Massé (1995), une contrainte sociale et un moyen de retour au bien-être. Le clientélisme renvoie aussi à la privatisation du système de santé et au rôle que le client doit jouer dans une institution de plus en plus exigeante à son égard (chapitre 4), ce qui amène certains usagers à préférer le terme patient qui amènerait davantage d'appui du personnel soignant (Wing, 1997). Que ce soit en tant que client ou en tant que patient, l'entrée dans le processus de réadaptation se fait progressivement; elle demande le développement d'une relation de confiance entre le client et ses thérapeutes et entre les thérapeutes eux-mêmes qui doivent former une équipe pour être efficaces. Une équipe cohérente rassure en général les clients et facilite la compréhension des attentes et du rôle de chacun dans les interventions, comme le démontre cet échange :

Martine: *Ça dépend des étapes. Comme pour venir du programme SAAQ, oui, c'était clair, pas besoin de vendre [ses services] parce que d'abord, c'était des atteintes cognitives, c'était facile à justifier. Pis de toute façon, les patients te reconnaissent pas, ils [ne] savent même pas t'es qui, du physio à l'ergo. Les premières semaines, c'est n'importe qui là [pour eux]. Donc il faut quand même faire beaucoup d'orientation, mais à trauma interne c'est pas la même chose. C'est une nouvelle équipe relativement, ça ne fait pas plusieurs années qu'il existe donc il y a des processus à développer au niveau de la perception de l'équipe des intervenants. Ça se fait bien, ça[silence], mais il y a beaucoup de choses à placer par rapport au niveau de la gestion, par exemple, des problématiques de douleur, qui s'intègre à tel moment pis qui fait quoi pis pourquoi. Ça c'est beaucoup d'explication à fournir au patient.*

Audrey: *Mais tu sais quand je disais, pis c'est vraiment d'arriver à convaincre [les clients], pis doucement, pis c'est d'expliquer les choses. C'est vraiment d'expliquer pourquoi on fait les choses pis de rassurer, pis d'expliquer, pis de rassurer. Des fois ça [ne] passe pas, des fois ça [ne] passe pas.*

Josée: *Mais généralement, ça passe. Je ne sais pas ce qui fait que le patient fait un shift [passage] un moment donné. Je pense que, en voyant aussi dans les équipes très*

structurées qu'il y a comme un réseau d'intervenants en-dessous d'eux, et tout le monde sait ce que tout le monde fait, tout le monde connaît les objectifs, pis là tout à coup les patients, ouf! s'accotent [s'appuient] là-dessus pis là on dirait qu'ils se mettent à souffler et à comprendre et à rentrer dans le moule pis là, c'est pas tout le monde qui embarque dans le moule là, il y en a qui résistent beaucoup, mais en général [ils acceptent].

(26 janvier 2006)

6.1.2 Les conditions d'une communication éthique

La communication éthique (Mercier, 2004) demande certaines conditions qui se retrouvent habituellement dans le quotidien de la réadaptation, comme nous l'avons vu. Pourtant, en ce qui a trait à l'agir objectivant, les propos des intervenants laissent voir qu'à un certain seuil, ils constatent un changement dans la qualité de leur intervention. Une charge trop grande concernant ce que les patients doivent apprendre pour fonctionner dans un nouveau système lourd représente une première difficulté. Les cadres médico-légaux du système tiers payeurs (SAAQ, CSST) représentent une seconde difficulté à l'atteinte d'une communication éthique lorsque les diagnostics posés par les médecins au sortir de l'accident contredisent ceux des intervenants. C'est ce premier diagnostic qui est accepté et retenu par les tiers payeurs. Parfois, ce diagnostic est exact, mais trop restreint, car il ne tient compte que d'une partie du problème. Comme l'explique Josée, physiothérapeute, une expertise clinique globale exige une prise en charge beaucoup plus large que ce qui peut être permis par les conseillers en réadaptation de la SAAQ ou de la CSST :

Josée: Souvent c'est ça [silence], l'état de santé antérieur aussi qui va interférer sur la récupération actuelle et le diagnostic est posé en fonction de l'événement présent alors que dans l'intervention, tu dois considérer le bagage antérieur. Il y a comme une démesure à ce niveau-là, c'est difficile d'arriver à justifier le pourquoi de certaines interventions parce que ça ne correspond pas au diagnostic des agents payeurs. Ils veulent qu'on cible sur la problématique en lien avec l'événement, alors que c'est tout interrelié souvent.

(26 janvier 2006)

Par ailleurs, les mesures de succès des intervenants situées dans leur approche disciplinaire peuvent être en contradiction avec la mesure du tiers payeur pour qui la réinsertion en emploi importe davantage que le bien-être global. Le temps alloué à la réadaptation pose un dernier problème, car il est établi par les programmes qui sont gérés par l'institution. L'agir communicationnel (Mercier, 2004) demande de tenir compte des différences; c'est par cette pratique que peut s'établir une relation de confiance lorsque le client sent que ses thérapeutes le comprennent. D'après les intervenants, si une relation de confiance s'installe, les résultats sont intéressants. Ils évaluent leur réussite à environ 90% et, selon Manon, ergothérapeute et chef de service, à 70% si un tiers payeur est présent. Selon les intervenants, un programme de traitement rigide ne permettant pas les ajustements personnalisés nécessaires diminue leur efficacité. Ils soulignent la contradiction entre le manque de temps et les approches actuelles fondées sur l'éthique de la personnalisation des soins (Bouthillier, 2007; Bouthillier et coll., 2009).

Les limites du savoir médical en rapport avec l'agir objectivant (Mercier, 2004) peuvent aussi poser un problème à une communication éthique. Ainsi, les intervenants reconnaissent qu'une équipe cohérente est garante de résultats, mais ils constatent que cette cohérence demande certaines conditions difficiles à obtenir quand ils se butent à des limites médicales, par exemple le traitement de la douleur qui représente en ce moment un des échecs de la médecine occidentale (Choinière, 2003; Lafontaine et coll., 2010). La douleur et le temps d'intervention trop court représentent deux problématiques importantes liées aux limites de l'intervention, de l'autonomie et de la réinsertion au travail. Les intervenants expriment plusieurs inquiétudes devant ces difficultés :

Manon: Qu'il [le client] comprenne l'approche, qu'il doit bouger. Ou qu'il comprenne par exemple que c'est pas en restant couché qu'il va contrôler sa douleur. Qu'il comprenne qu'il y a des processus qui la définissent [la douleur]. Parce que je parle à des gens lorsqu'ils arrivent, ils n'ont aucune idée, c'est quoi tu fais quand t'as mal [silence]. C'est toujours comme ça. Il faut comprendre que quand t'as mal, il y a plein d'autres choses à faire que de prendre.

Audrey: [silence] Ça passe par l'intégration de ce qu'on enseigne. Intégrer les concepts de gestion de la douleur dans son quotidien.

Andrée: [silence] Oui. Je m'attends qu'ils apprennent, qu'ils comprennent en tout cas. Généralisent [silence] les apprentissages dans le milieu de vie.

Manon: *Parce que moi, dans mon questionnaire d'évaluation, je leur demande, est-ce que vous vous considérez en bonne santé, et ils me disent oui de façon générale. Si j'avais pas mon problème de dos ça serait correct. Mais la santé, ils font vraiment la différence.*

Andrée: [silence] *Je pense que, je reviens au premier point vision de maladie, handicap, je ne pense pas qu'il y ait consensus. On l'a entendu là, y a vraiment pas de consensus pis ça c'est un problème dans une équipe, quand les gens voient pas la douleur de la même façon pis c'est ça qu'on vit aussi avec nos clients. Si lui [l'intervenant] des fois, il n'a pas la même conception que vous [silence]. Je viens de la réadap[ation] fait que c'est sûr je suis là-dedans, mais je me dis crime si dans l'équipe on est disparates, on est différents professionnels, on n'a pas les mêmes conceptions, donc [silence]. [Pour les clients cela doit être difficile]. Je suis d'avis qu'en plus, ils sont malades, ça c'est autre chose.*

Manon: *Ben dans le fond, nous-autres on aide les gens à trouver des méthodes compensatoires en renforçant, j'ai mal au dos, mais j'ai des bras plus forts, des jambes plus fortes, je suis plus en forme, j'ai plus d'énergie, ben ça va compenser. Si mes abdominaux sont plus forts, ça compense.*

(26 janvier 2006)

Le fonctionnement institutionnel délimite l'espace de travail des intervenants en le réduisant à des conditions qui peuvent aller à l'encontre de certaines expertises professionnelles et en limitant le souhait des intervenants pour une prise en charge globale. Ces limitations se mesurent en impératifs de temps. D'un côté, tous les problèmes diagnostiqués par les intervenants ne peuvent être traités. Seuls peuvent l'être ceux apparus à la suite de l'accident ou de la maladie, à l'origine de la réadaptation physique. Les intervenants devant faire une évaluation disciplinaire, il devient frustrant de restreindre le plan d'intervention à des limites imposées par autre discipline comme la médecine ou par une mission institutionnelle. De l'autre côté, le temps alloué par l'organisation pour le traitement est un temps variable selon le programme et qui stipule que la condition physique du client doit toujours s'améliorer pour que le client continue à avoir ses traitements. Pour Audrey, physiothérapeute, et Manon, ergothérapeute, l'évaluation que leur profession doit faire de l'avancement du traitement met souvent en évidence des contradictions entre la position des agents tiers, la gestion des programmes et leurs savoirs disciplinaires :

Manon: *[La réinsertion en emploi] [...] c'est un programme du SAAQ pour les tissus mous. C'est un programme très rigide qui est structuré [silence] tu as droit de faire tant de traitements en privé pendant une couple de semaines, pis après ça t'as droit de faire 7 semaines de réadaptation (public), fait que je suis prise avec un cadre très rigide autour de ça. C'est drôle parce que réinsertion en emploi c'est supposé être un programme qui doit [être] [silence] automatique [silence]. C'est en fait une formule [silence] ce*

programme-là, c'est comme un nouveau [silence]. [rires collectifs et critiques difficiles à préciser car tous parlent en même temps].

Audrey: [silence] Avec ça, créer la relation de confiance c'est dur parce que c'est l'agent [tiers] qui a demandé, regarde, tu as fait tes 10 traitements de physio, tu n'es pas retourné travailler, let's go, tu t'en vas au programme [intensif] fait qu'on a beaucoup à faire en peu de temps.

Manon: C'est le taux de retour au travail, ces temps-ci il est autour de 77%, mais, bon là-dessus j'imagine que c'est du monde qui ont plié et qui ont adhéré à tout ça, mais j'ai tout une [quantité de personne] [silence] qui ont résisté pis que ça n'a pas marché au bout de 7 semaines, qui sont, plein de raisons là, que ça [silence], on est bien, très rigide.

Audrey: [silence] Alors il faut qu'ils comprennent vite.

(26 janvier 2006)

Ces rires utilisent la dérision comme moyen d'opposition à un pouvoir gestionnaire qui leur impose un contrôle disciplinaire du temps. Le temps, nous dit Foucault¹³³ est le fondement même d'un pouvoir disciplinaire :

La mise en série d'activités successives permet tout un investissement de la durée par le pouvoir. Cet investissement de l'organisation, [...] donne une possibilité de contrôle détaillé d'une intervention, une possibilité de caractériser les individus, une possibilité d'utiliser les individus selon le niveau qui est le leur dans les séries qu'ils parcourent, une possibilité de cumuler le temps et l'activité et de les retrouver totalisés et utilisables dans un résultat dernier qui est la capacité d'un individu et d'une différenciation à chaque moment du temps.¹³⁴

Il est intéressant de souligner que cette description de Foucault rejoint celle de De Gaulejac (2005) présentée au chapitre 4 sur le fonctionnement de la gestion. Nous sommes ici devant un contrôle gestionnaire du temps.

Selon Foucault, « les disciplines sont l'ensemble de minuscules inventions techniques qui ont permis de faire croître les grandeurs utiles des multiplicités en faisant décroître les inconvénients du pouvoir qui pour les rendre utiles doit les régir »¹³⁵. Il continue en précisant qu'à un certain

¹³³ Pour consulter la conférence de Foucault sur *Surveiller et punir*, suivre le lien suivant : <http://www.youtube.com/watch?v=FzIIgODvzHw>

¹³⁴ Ibidem

¹³⁵ Ibidem

seuil, le rapport devient favorable à l'utilité, la discipline. Dans ce rapport au pouvoir et à l'équilibre entre les inconvénients et l'utilité, ne serait-il pas judicieux d'évoquer aussi les conditions du pouvoir du thérapeute, tel que les anthropologues modernistes l'ont étudié chez les guérisseurs traditionnels (Eisenbruch et Lemoine, 1997), c'est-à-dire une forme d'influence qui guérit (Nathan, 2001), un pouvoir d'influence? Inscrits dans des approches disciplinaires, les intervenants connaissent le seuil de leur efficacité, mais, passé un certain seuil, les conditions de l'institution n'offrent même plus l'efficacité recherchée. À partir d'une éthique relationnelle, les intervenants peuvent marquer le moment où le pouvoir d'influence devient pouvoir tout court. Ce moment de tension peut être mis en rapport à un pouvoir gestionnaire où des agents tiers s'introduisent dans l'intervention à partir des balises médico-légales d'une compagnie d'assurance comme la SAAQ et la CSST (chapitre 5). Se confrontent ici des modèles d'action qui ne tiennent pas compte, du moins à certains moments, des actes, c'est-à-dire des contraintes de la réalité dont les intervenants doivent tenir compte. Cette tendance est en expansion selon Galbraith (2004) et De Gaulejac (2005) où les indicateurs du secteur privé sont décalés de la réalité de leur propre secteur, tendance qui s'imisce dans le secteur public.

Les intervenants réagissent aussi avec dérision par rapport à l'autonomie prônée par les modèles d'intervention, car cette valeur est mise à mal par des cadres de gestion qui exigent de faire vite et qui peuvent rendre impossible de suivre le rythme des clients. Il importe de mentionner que ces intervenants sont assez âgés et ont vécu les changements de cadence des exigences institutionnelles maintenant tributaires des listes d'attente à réduire (chapitre 4). Ils constatent aussi les exigences plus grandes envers les patients devenus clients (chapitre 5). Les rires des intervenants renvoient aussi, on peut le penser, à l'ambiguïté du pouvoir managérial qui réside dans le décalage entre les intentions affichées d'autonomie et d'épanouissement dans le travail et la mise en œuvre de dispositifs organisationnels producteurs de prescriptions, de normalisation, d'objectivation et de dépendance (De Gaulejac, 2005).

En bref, les intervenants distinguent leur savoir de réadaptation du savoir médical qui intervient dans les soins aigus. Sujets modernes, les intervenants manifestent une grande compréhension de leurs savoirs disciplinaires respectifs. Sujets postmodernes, ils arrivent à manier le pluralisme des repères multidisciplinaires occidentaux dans un monde où les repères uniques sont abolis, un

univers pluriel. Ils parviennent à poser un regard commun interdisciplinaire sur la réadaptation. Acteurs sociaux, ils connaissent la place qui leur est désignée, sans que cette position objective leur fasse perdre leur subjectivité ou une position éthique qui demande de prendre une distance pour se réfléchir (Kohlberg, 1981), ce que l'on note dans leurs multiples silences.

Il est intéressant de noter qu'au plan identitaire dans ce milieu pluriel, mais monoculturel, c'est la culture professionnelle et institutionnelle qui est mobilisée. Aucun intervenant ne fait référence à l'âge, au genre, au niveau d'étude ou au nombre d'années d'expérience, seules les différences professionnelles sont abordées¹³⁶. Cela peut s'expliquer en partie parce que ces intervenants sont assez âgés, plus de 30 ans, et qu'ils ont au moins dix ans d'expérience. On peut aussi penser que les autres facteurs sociaux déterminants de l'identité doivent « rester à la porte » comme le disent les intervenants, une garantie de leur positionnement professionnel. Cette approche s'est développée en psychologie humaniste dans les années 60 avec la notion de relation d'aide sous l'influence de Carl Roger et d'Abraham Maslow et de leur modèle centré sur la personne qui a traversé toutes les disciplines de la santé. Il est intéressant de noter que la cohérence interdisciplinaire perd de son harmonie lorsque certaines conditions d'efficacité reconnues par les intervenants ne sont pas en place; un temps alloué au traitement suffisant et une connaissance médicale, par exemple le traitement de la douleur.

6.2 Les agents tiers payeurs et leur vision de la santé

Je rappelle que la Société d'Assurance Automobile (SAAQ) et la Commission de la Santé et de la Sécurité au Travail (CSST) sont des organismes tiers payeurs (voir chapitre 5). Je précise aussi que la SAAQ et la CSST fonctionnent sous un modèle de compagnie d'assurance, mais sont parapubliques. Les conducteurs d'automobiles payent des cotisations à la SAAQ et les employeurs, à la CSST. C'est un modèle de gestion médicolégal typique des compagnies d'assurance. Ces organisations orientent les traitements, car, qu'ils se donnent dans le secteur privé ou public, le coût est défrayé par les tiers payeurs. Chez ces derniers, deux types de professionnels sont en contact avec les clients. Tout d'abord, on retrouve les conseillers à la

¹³⁶ La notion de culture disciplinaire et de culture organisationnelle semble prendre de l'élan dans le milieu de la santé. Il faut toutefois préciser que la notion de culture organisationnelle vient de la théorie des organisations et du management de Schein (2010). Cette approche n'aborde pas la question de la culture des intervenants.

réadaptation qui suivent l'évolution de l'état d'un client et qui sont l'interface avec les intervenants. Ils peuvent accepter ou refuser les traitements proposés. Ensuite, on retrouve les agents d'indemnisation qui sont habituellement en contact téléphonique avec les clients et qui s'occupent de la gestion des prestations et des paiements des frais encourus par les traitements¹³⁷.

Dans le réseau de la réadaptation, le terme tiers payeur réfère autant à l'institution qu'aux personnes avec qui les intervenants sont en contact: les conseillers en réadaptation et les agents d'indemnisation. Depuis quelques années, à la suite d'une restructuration, il y a de moins en moins de conseillers à la réadaptation à la SAAQ, ce que dénoncent les intervenants et les gestionnaires de la réadaptation telles que constatées lors des formations interculturelles. Les interventions se plaignent de l'absence d'interlocuteurs pour discuter et pour revoir la planification de traitement accordé par cette compagnie d'assurance provinciale. À l'époque de la cueillette de données, en 2006, cette restructuration n'a pas encore eu lieu et quelques conseillers d'indemnisation de la SAAQ auraient souhaité participer à la recherche. Ils n'avaient toutefois pas pu, car, contrairement à la CSST, les gestionnaires ne l'ont pas permis. Peut-être savaient-ils déjà que cette fonction serait de moins en moins présente à la SAAQ?

Questionnés sur leur vision de la santé, de la maladie et du handicap, les agents de la CSST ne répondent pas pour eux-mêmes, mais décrivent plutôt l'expérience des travailleurs accidentés auxquels ils offrent des services. Dans ce contexte, la douleur imprègne les discours, car elle est la principale préoccupation des travailleurs. Voici le bilan de Laure et Ginette, deux conseillères en réadaptation :

Laure: Pis évidemment, [il y a] la question de douleurs chroniques pis tout cet aspect-là. Depuis trois ans, j'ai l'impression que j'arrête pas d'en apprendre.

Ginette: Oui. C'est un grand mécanisme hein, la douleur chronique. Je trouve que c'est très intéressant. Je pense qu'on n'a pas [encore compris], même les recherches dans ce sens-là sont loin d'être arrivées à nous donner une réponse claire et nette là-dessus.

(21 avril 2006)

¹³⁷ En vue d'éviter d'alourdir le texte, je ferai référence aux conseillers en réadaptation et aux agents d'indemnisation par le terme agents tiers. Par contre, s'il est nécessaire de les distinguer et de faire référence à leur rôle spécifique, je parlerai des conseillers (en réadaptation) ou des agents (d'indemnisation).

Ce syndrome échappe au corps médical autant en France qu'au Québec. Toutefois, en France, les traitements médicaux en vue de diminuer la douleur sont plus actifs qu'au Canada et qu'au Québec. Selon Le Breton (2006), il y a une entente en France sur la nécessité du soulagement, laissant toutefois de côté les aspects sociaux et psychologiques du traitement. Comme nous l'avons vu, bien que le paradigme biopsychosocial soit accepté dans le milieu médical, les approches psychologique et sociale peinent encore à y faire leur place. Au Québec, les patients sont amenés à vivre avec leur douleur. La Dre Choinière (2003) critique le traitement inadéquat de la douleur qu'elle conçoit comme un fléau insidieux. Sa critique recourt à des arguments économiques pour démontrer les coûts sociaux de ce laisser-aller et à des arguments éthiques pour faire un plaidoyer en faveur de ceux qui souffrent. Selon ce médecin, le changement exigé par le contrôle de la douleur ne peut se produire sans un changement des valeurs sociales. Cette nouvelle orientation, encore peu reconnue au Canada et au Québec, a réussi à mobiliser le milieu médical pour la mise en place d'un plan d'action canadien, ce qui semble inconnu aux agents tiers malgré la place qu'occupe la douleur dans leurs échanges quotidiens.

Pourtant, leurs analyses sur la douleur restent pertinentes. En effet, elles reprennent de façon étonnante plusieurs points de la très belle analyse de Le Breton (2006) sur l'anthropologie de la douleur. Cette situation rappelle la résonance entre les préoccupations des anthropologues et celles des intervenants, mettant en valeur les observations des personnes impliquées. La prise en charge de la douleur est un sujet complexe qui mériterait une thèse à lui seul. Dans ce texte, il constitue, avec l'autonomie et le temps, les éléments qui réapparaissent chaque fois dans les contextes pluriethniques en santé. Ces éléments sont des nœuds, des entrecroisements qui mobilisent les circuits de l'information. On les retrouve déjà dans l'institution monoculturelle, mais l'interculturel les met encore plus en lumière, sous un effet de microscope (Gratton, 2009).

Le Breton (2006) et les agents tiers identifient la douleur comme un fait intime qui est aussi imprégné du culturel, du social et du relationnel. Les réactions à la douleur sont le fruit de l'éducation, tel que le constatent Laure et Hélène, conseillères en réadaptation, et n'échappent pas au lien social :

Laure: Oui, c'est-à-dire que c'est difficile à cerner, à comprendre exactement c'est quoi que la personne vit là-dedans. C'est plus facile peut-être de documenter ce qui est autour

de ça, mais beaucoup moins ce que la personne ressent au niveau [personnel]. Mais je pourrais dire que moi, mon expérience même avec une clientèle comme québécoise d'origine, bah c'est sûr que l'éducation, les valeurs de base, comment, les valeurs là. Si dans ton milieu, on t'a toujours dit que tu ne pouvais pas travailler [avec de la douleur], par exemple ou si tu viens d'un milieu où c'est le contraire, arrête de t'écouter pis vas-t'en travailler! Je pense que tout ça amène [des différences c'est]. Important.

Hélène: Bien il y a des gens qui réagissent différemment. De là à dire ça change beaucoup beaucoup beaucoup, je [ne] le sais pas.

(21 avril 2006)

La conception de la douleur comme fait sensoriel a longtemps éliminé la dimension affective dont elle ne pouvait rendre compte. Le corps médical piétine par rapport à ce problème, qui est « contingent, ennuyeux, difficile souvent à supprimer, mais qui, le plus souvent n'a pas de grande valeur, ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic » (Le Breton, 2006, p. 16). Au Québec, le projet est d'amener les clients à vivre avec leur douleur (Choinière, 2003), une position reprise par les agents tiers si l'on suit les propos de Pierre, conseiller en réadaptation :

Pierre: On leur [les travailleurs] parle de vivre avec la douleur, là ils tombent en bas de leur chaise [silence].

(21 avril 2006)

Pour plusieurs clients, la douleur est une maladie; ils veulent qu'elle soit guérie avant de reprendre le travail. Le corps médical ne voit pas les choses sous cet œil, position reprise par les agents tiers conformément aux attentes du système médicolégal. Ils sont alors confrontés aux réactions de certains clients. Pour eux, la douleur prend plus de place que les limitations qui sont les seules reconnues, comme l'explique Denise, agente d'indemnisation :

Denise: Parce que souvent, c'est ça qu'ils vont nous communiquer [leur douleur] parce que même s'ils sont limités physiquement à faire quelque chose [silence] ils peuvent faire quand même [des choses à] certains degrés [silence] un geste [silence] un mouvement. Mais pour eux, c'est plus facile de nous transmettre ça en terme de douleur et c'est pour ça [cette douleur] qu'ils ne se voient pas guéris et [c'est pourquoi selon eux] ils ne peuvent pas faire leur travail et [silence] ils sont invalides. Certains sont invalides quand [silence] ils [ne] peuvent faire 75 % de ce qu'ils pouvaient faire avant, mais [dans les autres cas ils se voient comme invalides] jusqu'à temps qu'ils ne sont pas absolument guéris [de leur douleur].

(21 avril 2006)

La logique des clients est reconnue par les agents tiers, même si elle n'est pas reconnue par le système médico-légal de la CSST. Ces agents peuvent entendre un aspect universel de la douleur dont l'émergence « est une menace redoutable pour le sentiment d'identité » (Le Breton, 2006. p. 25), comme l'exprime Pierre :

Pierre: Il y a une affaire aussi que je voulais dire [silence] des gens qui veulent revenir à 100% pis [silence] des capacités physiques et des limitations. Moi je pense qu'il y a quelque chose qui est bien central, c'est la perte de l'identité. Bien des fois, ils vont perdre l'identité du travailleur polyvalent, qui peut faire à peu près n'importe quoi pis là, woups, sont limités. Là, ils ne sont plus ce qu'ils étaient. C'est arrivé souvent, j'ai eu beaucoup de clientèle [silence] c'est arrivé souvent que j'ai eu des gars qui me disaient écoute, je suis plus capable de prendre mes enfants, je suis plus capable de m'en occuper, je suis plus capable de jouer au hockey, au base-ball avec eux-autres. Et là, c'était tout le deuil de ça. Ça je pense, c'est quelque chose de bien fondamental, autant pour la culture francophone québécoise que pour d'autres cultures.

(21 avril 2006)

6.2.1 La douleur comme altérité

Pierre est sensible à la douleur morale causée par les pertes dues à la douleur : la perte d'autonomie, de liberté de mouvement, du rôle social, bien que cela relève davantage de l'ordre privé que professionnel. Ces pertes n'ont toutefois pas de valeur pour le système médico-légal qui mesure l'état fonctionnel et considère la réadaptation comme la solution privilégiée pour atteindre l'insertion favorisée par la société (Mercier, 2004). La douleur n'a pas de place dans cette logique de recherche d'une fonctionnalité perdue, ce qui est illustré par l'absence de compensation financière pour la douleur alors qu'il y en a une pour une fonction perdue. La douleur représente pourtant pour les patients/clients, tel que le rapportent les agents tiers et les intervenants, un signe de maladie et sa disparition, un signe de guérison. Toutefois, pour la CSST et pour le corps médical québécois, ce signe n'a pas d'importance. Plusieurs agents préfèrent baser leurs décisions sur des signes objectifs, par exemple des lésions claires, comme l'expliquent Lise et Pierre:

Lise : Mais pour moi, c'est presque rassurant [quand il y a] des limitations [silence] pour moi, c'est comme une assise, donc les limitations ne sont pas un problème.

Pierre: *Et les pertes qu'ils subissent, nous on va peut-être leur donner seulement un 2% [quand il y a des limitations objectives] et c'est inscrit douleur [silence] à vie, alors qu'eux-autres c'est comme beaucoup plus gros. C'est comme insultant pis avec raison. Une perte au quotidien pis on vient leur dire sur un papier que c'est seulement ça que ça représente.*

(21 avril 2006)

Le calcul de compensation tient compte seulement des pertes liées au travail et non à la qualité de vie. Pourtant, la douleur transforme aussi les relations sociales des travailleurs blessés, surtout si les lésions sont invisibles. Dans ce cas, « l'individu relâche le contrôle qui d'ordinaire organise les rapports aux autres. Il s'autorise des actes (grimaces pleurs, etc.) ou des paroles (jurons, plaintes, etc.) qui tranchent sur ses comportements habituels » (Le Breton, 2006, p. 25). Ces nouveaux comportements dépendent aussi des réactions de l'entourage, comme le relate Laure :

Laure: *Il y a un autre aspect qu'on n'a pas touché qui est peut-être important, c'est la situation de toutes les blessures invisibles; entorse lombaire, lésion musculosquelettique, ça saigne pas, y a pas de cicatrice, y a pas d'amputation. Les gens se débattent beaucoup pour démontrer qu'ils ont vraiment une blessure parce que dans leur entourage on sait que la douleur ça peut aller et venir, mais il n'y a pas juste leur incompréhension à eux de ce qui leur arrive, mais l'incompréhension de tous les gens autour d'eux qui disent, « Mais il a l'air très bien ». Telle journée, il s'est bien activé, il a l'air correct. Il n'a pas l'air malade pantoute et pis le lendemain, non, la douleur reprend et les gens ne comprennent pas ce qui arrive. Les employeurs sont méfiants, la parenté se tanne, les amis se posent des questions, les jokes [railleries] commencent, y a plein de facteurs. Alors il y en a qui vont adopter une attitude algique¹³⁸ parce qu'il faut qu'ils justifient qu'ils ont vraiment quelque chose alors que physiquement, il y a pas grand chose qui paraît. Ça on voit ça souvent aussi.*

(21 avril 2006)

Le manque de convergence entre l'expérience vécue et les réactions de l'entourage peuvent aussi expliquer qu'il soit plus facile parfois de résoudre les problèmes et de favoriser la réinsertion sociale des travailleurs qui ont une lésion importante. Cette observation des intervenants met en évidence l'importance pour le corps envisagé socialement d'une cohérence entre le système de signes et le système de sens. Le regard de l'entourage, mais aussi celui de l'institution qui ne reconnaît, par exemple, qu'une perte de 2%, joue un rôle dans la réinsertion. Dans ces conditions,

¹³⁸ Position physique qui manifeste des signes de douleur, comme toucher le site d'une douleur.

une douleur supportée objectivement par une lésion relativement bénigne peut devenir plus problématique qu'une amputation. C'est ce paradoxe que tentent de cerner Aline, Laure et Lise :

Aline: [silence] *Finalemment contrairement* [silence] *aux blessures invisibles* [silence] *les gens qui ont été amputés ou [qui ont] des grosses blessures où tu t'attends à la douleur, on s'imagine que la douleur va être beaucoup plus chronique ou beaucoup plus [grande], que les gens vont être beaucoup plus revendicateurs* [silence] *avec raison. Pis au contraire* [silence] *c'est ceux qui retournent le plus rapidement possible au travail. On s'aperçoit,* [silence] *à un moment donné* [silence] *il y a une prothèse qui a été mise. La personne ce qu'elle veut, c'est de retourner travailler, elle a besoin, c'est comme, je suis capable encore, pis elle va retourner tu sais pis ils ont [seulement] des petits problèmes.* [Rires de relativité]. *[Pourtant, une blessure invisible]. Ça l'air effectivement moins grave qu'une amputation, objectivement.*

Laure: *Oui, oui, oui, mais c'est qu'on se retrouve avec ces gens-là où la douleur est tellement importante* [avec de plus petites lésions]. *C'est pour ça tout à l'heure je disais, à un moment donné, c'est disproportionné. À un moment, celui qui a des grosses blessures va être capable de retourner dans sa job. Des fois on est capable d'adapter le code de travail* [silence] *il retourne dans sa job pis celui qui a un 2% pour une entorse lombaire, ça traîne, ça traîne à la CSST, ça traîne, ça traîne.*

Lise: *C'est surprenant. C'est plus longtemps en termes de mois, d'années puis en plus* [silence] *compliqué de problèmes psychologiques qui s'ajoutent alors que l'autre, on offre le psychologue à l'autre pis il en veut peut-être même pas [c'est plus difficile en comparaison avec une amputation].*

(21 avril 2006)

Selon Le Breton (2006), la douleur représente une altérité qui transforme les personnes sous son emprise. C'est une figure étrangère qui ne laisse pas de répit et qui persécute. La douleur dépersonnalise. En ce sens, les constats des agents tiers sont intéressants et, en rejoignant les constats de Le Breton (2006), ils démontrent un développement de compétences dans le cadre de leur travail quotidien (Giddens, 1994). Les agents tiers se sentent dans une course contre la montre où le temps qui passe met en péril un retour à la normale. La douleur transforme une personne et contamine la totalité de son rapport au monde (Le Breton. 2006). Elle pèse sur le lieu du désir et sur le lien social. Le temps est donc une pression pour les agents qui sont conscients de ce problème et des études sur le sujet, tel que l'expliquent Hélène et Lise :

Hélène: *Oui, [on a une pression] parce qu'on sait que [silence], bien les statistiques disent que s'ils [silence] ne sont pas retourné au travail dans l'année, ou c'est beaucoup plus difficile, sont beaucoup plus chronicisés, ça c'est des recherches, il y en a [silence] qui le disent aussi donc on est un petit peu, un peu plus, avec le temps on se dit, bon, mais là, si on ne réussit pas à trouver une solution. On ne réussit pas à les amener à vouloir retourner sur le marché du travail. Le temps court un peu contre nous en quelque part, parce que ça va être de plus en plus difficile pour eux d'avoir le goût, la motivation pour [silence] c'est souvent ce qui arrive avec une entorse lombaire, c'est qu'il y a plusieurs investigations et des fois ils vont trouver des hernies pis, ils ont été déjà là, etc. Et des fois les dossiers, ça prend une ampleur que [silence] peut-être.*

Lise: *Quand un dossier est long aussi, nous ça nous indique qu'il y a souvent des problèmes sous-jacents qui n'ont pas été identifiés, souvent psychologiques. C'est là qu'on ouvre la boîte à surprise. On a envie de la refermer, mais c'est là que notre intervention devient complexe parce que bon, on a à apporter de l'aide à cette personne-là et aussi on est limités et on [ne] peut pas trancher au couteau ce qui se passe dans ces situations-là où les gens, il y a des douleurs du passé qui remontent, il y a des troubles de personnalité, il y a différents [silence], il y a l'environnement qui est peut-être complètement défavorable. Quand un dossier est plus long, c'est là qu'on commence à creuser et c'est là que les problèmes apparaissent davantage, tu sais qu'on voit que [silence] bon, des fois oui, ça peut être carrément de la mauvaise foi de la personne, mais je dis souvent que c'est plutôt que c'est des gens qui sont marris [état de désolation] pour toutes sortes d'autres raisons. Et on se rend compte avec leur histoire de vie qu'ils n'ont jamais été capables de faire face à quoi que ce soit pour toutes sortes de raisons, ou que tel type de situation les blesse particulièrement ou qu'ils ont une compréhension de leur vie qui est bien différente de ce que les gens de l'extérieur peuvent voir, de par tout ce qu'ils ont vécu. Il y a plein de facteurs et là ça devient très, très complexe.*

(21 avril 2006)

Il est intéressant de comparer ces observations et ces analyses précises à celles de Le Breton (2006); les causes et les conséquences s'inversent. Ainsi, lorsqu'un travailleur n'arrive pas à dépasser sa douleur, on cherche des causes antérieures psychologiques et sociales. Toutefois, pour Le Breton, pour le modèle français et pour la nouvelle approche qui se dessine au Canada et au Québec (Plan d'action canadien¹³⁹), les réactions négatives des patients qui souffrent de douleurs chroniques ont certes une composante personnelle et sociale passée, mais elles ont aussi leurs racines dans le présent qui causent la désorganisation de la personnalité et de l'environnement social. Cette prise en compte du présent amène Choinière (2003) à insister sur

¹³⁹ <http://www.canadianpainsummit2012.ca/fr/accueil.aspx>, site consulté le 31 janvier 2012

l'importance de se poser des questions éthiques en regard de l'approche sociale et culturelle actuelle qui laisse les personnes souffrantes à elles-mêmes et ne les traite pas assez.

Idéalement, les agents tiers sont au service des travailleurs à l'intérieur des limites de l'organisation et des savoirs médicaux. Les agents le notent par l'attachement que leur démontrent plusieurs travailleurs, tel que le relate Lise, conseillère :

Lise: Comme on va beaucoup dans le terrain subjectif, ils s'attachent très vite à nous, parce que nous on travaille en tandem [agent d'indemnisation et conseiller en réadaptation]. L'agent d'indem[nisation] va y aller sur des détails plus factuels. Mais à partir du moment où ils nous ont rencontré, où ils ont fait un lien, là ils s'attachent et ils ont l'impression, ils sont touchés davantage.

(21 avril 2006)

Ces intervenants ne sont pas seulement des acteurs sociaux qui, contrairement à la description foucauldienne, imposent sans critique la discipline de l'institution. Ils sont aussi des sujets qui, tels que les décrit Mendel (1998), prennent du pouvoir dans un espace, parfois très petit, entre le modèle pensé par l'institution et l'acte qui confronte ce modèle à la réalité. Selon Bakhtine (2003), cet acte est relatif à l'événement et le lieu où s'infiltrent les questions éthiques. Lorsqu'ils prennent une distance quant à leur institution et au modèle culturel, les conseillers critiquent la pression mise sur les travailleurs blessés qu'ils voient comme un facteur de stress augmentant la douleur des clients. Ils se positionnent pour repousser le plus possible les consignes écrites et les contraintes de l'organisation afin de créer un espace de liens privilégiés avec les clients. Cette position est exprimée par Denise qui note l'importance des contacts répétitifs pour l'établissement du lien entre les conseillers en réadaptation et leurs clients :

Denise: C'est ce qui fait qu'on s'attache plus à un conseiller en réadaptation qu'à un agent d'indem d'après moi, c'est que nous-autres on est plus administratifs. On est la porte d'entrée dans l'assurance pis nous-autres on impose souvent des contraintes [silence] après être allé en physio, on va arrêter de payer. Au début, c'est des choses qui vont se produire [silence]. C'est sûr qu'en réadaptation, des fois on va dire «Vous [ne] faites pas ça, on [ne] peut pas là ». Mais nous autres, c'est plus fréquent. C'est sûr que le

lien à ce moment-là, pis on les rencontre pas¹⁴⁰, [silence] on les rencontre moins. Fait qu'on n'a pas de visage là.

(21 avril 2006)

Le contact est orienté, voire déterminé, par l'institution envisagée souvent par les clients comme un service gouvernemental plutôt qu'une compagnie d'assurance fonctionnant à partir d'un diagnostic médical où la douleur n'a pas sa place. Cette contrainte n'empêche pas les conseillers et les agents d'indemnisation de profiter de l'espace qui leur est donné dans ce système où leur fonction n'est pas toujours comprise, comme l'exprime Laure :

Laure: La chose que je voulais dire c'est que, vu qu'on tient compte de la globalité comme ça, c'est sûr qu'on va faire des dossiers qui vont être plus longs quand on va toucher à d'autre chose [silence]. Tu vas être obligé de donner un support même si t'as pas un diagnostic psy¹⁴¹ parce que tu sais qu'il faut qu'il fasse un cheminement pis faire un deuil par rapport à certaines capacités et pis t'as toute une organisation-là qui se développe autour de lui pour justement l'encadrer et le remettre en vie [silence], ou le mobiliser.

(21 avril 2006)

Les résultats obtenus pour la réinsertion à l'emploi sont comparés aux données statistiques selon lesquelles les chances de retour au travail diminuent avec le temps. Des mécanismes sont prévus afin de s'assurer de mettre en place tous les moyens nécessaires pour favoriser ce retour. Dans cette atmosphère de course contre la montre, si la situation d'un travailleur est reconnue comme plus risquée, il y a une mobilisation institutionnelle qui interpelle gestionnaire, médecin et chef d'équipe. Comme Pierre l'explique, la capacité de négocier avec l'institution devient alors importante :

Pierre: Par contre c'est là où tout, où ça devient important en même temps de bien connaître les raisons de nos actions, de bien connaître notre dossier, de savoir pourquoi on met des mesures en place parce que plus c'est long [plus il y a] le coût aussi associé à

¹⁴⁰ Habituellement, les contacts avec les agents d'indemnisation se font seulement par téléphone, tout comme à la SAAQ où il n'y a plus de conseillers de réadaptation. Il arrive tout de même que des clients établissent des relations significatives sans avoir vu leur agent. Pour la SAAQ, ces agents sont souvent à Québec et non à Montréal. Cette situation a, tel qu'on le verra sous peu, son importance dans les rapports entre les intervenants qui travaillent avec une population pluriethnique le plus souvent centralisée à Montréal.

¹⁴¹ Le conseiller de réadaptation et les intervenants ne peuvent tenir compte de ce besoin, si le médecin qui a rempli les formulaires au moment de l'accident n'a pas mentionné le besoin de suivi psychologique et que le travailleur blessé n'est pas orienté dans un programme où le service psychologique est obligatoire.

ça. À un moment donné, on a quand même des comptes à rendre de ça. On n'est pas talonné là à dire que c'est ça, que c'est ça? Du tout. Mais à un moment donné, sur l'année, bien ça tombe quand même. C'est normal là, le gestionnaire constate notre travail pis nous dire de trouver des solutions durables de retour au travail.

(21 avril 2006)

Cet exemple met en évidence la pression subie par les conseillers à la réadaptation qui, tels que l'analyse De Gaulejac (2005), incarnent les propres limites de l'institution. En terminant, il est intéressant de tenter de comprendre les raisons pour lesquelles la douleur imprègne davantage le discours des agents de la CSST que celui des intervenants en réadaptation. Pourquoi la présence de la douleur est-elle si importante dans cette institution, plus importante même qu'en réadaptation? Me basant sur une approche interactionniste (chapitre 2 et 3) et suivant l'analyse de Le Breton, je suggère que cette situation est liée au fait que la douleur prend plus de place lorsqu'elle n'est pas reconnue. En effet, pour cette institution, elle n'est ni une maladie ni un symptôme, comme elle l'est pour Le Breton (2006), Choinière (2003) et le nouveau plan d'intervention canadien. Elle ne représente pas, selon la logique d'assurance de la CSST, une perte individuelle et sociale ou une barrière à l'intégration; elle est reconnue uniquement comme une limitation insignifiante. En conséquence, on peut penser que ce phénomène biopsychosocial s'exprime plus fortement dans cette institution parce que le système de sens du client par rapport à la douleur n'est pas pris en compte. En réadaptation physique, même si la douleur reste un épiphénomène médical, on retrouve des approches de gestion de la douleur qui s'opposent à certaines positions médicales et au cadre institutionnel de la CSST et qui tentent, tout en visant la fonctionnalité, à diminuer la douleur à défaut de la guérir.

6.3 L'ancrage culturel de la réadaptation physique

Ces groupes de discussion démontrent que les intervenants n'ont pas tous la même vision de la réadaptation qui dépend de leur positionnement professionnel et individuel, sans que leurs particularités sociales ne s'expriment. Tous reconnaissent par contre que la réadaptation n'a pas la même mission que les soins aigus, s'inscrivant ainsi dans une tradition institutionnelle qui différencie les soins de première, de deuxième et de troisième ligne (chapitre 5). La présente

démarche correspond à la nécessité de mettre en évidence la matrice institutionnelle, culturelle et sociale où s'inscrivent les rencontres interculturelles (Barth, 1989, 2002).

En conséquence, il est probable que les nœuds qui apparaissent au cœur des institutions, c'est-à-dire l'autonomie, le temps et la douleur, soient encore plus significatifs en contextes pluriethniques, ce qui, mise à part l'autonomie, n'a pas été soulevé au chapitre précédent sur les modèles de pratique. L'autonomie est un élément culturel important dans notre société, tout comme le traitement de la douleur ainsi que l'a démontré l'approche comparative avec la France. Le temps, pour sa part, a aussi une valeur pécuniaire occidentale. Tous ces éléments culturels sont des nœuds dans le maillage du territoire institutionnel de la réadaptation; des lieux assez stables dans l'espace social pour jouer un rôle de catalyseur de la communication. De ce fait, ils représentent des repères importants dans la communication entre les acteurs sociaux.

C'est à travers le temps et la douleur que s'observent tout particulièrement les heurts entre l'action et l'acte. La réadaptation est un système lourd, contredisant la conscience que le temps est un facteur important pour créer une confiance et une compréhension. Le temps des intervenants n'est pas toujours le même que celui des institutions de réadaptation. Pour les gestionnaires, c'est le temps sur les listes d'attente qui compte, listes d'attente qui sont, à la dernière phase de la recherche, vérifiées quotidiennement par le MSSS selon certains. En effet, le temps d'attente pour des services de santé fait régulièrement les manchettes des journaux, faisant dire à certains intervenants et gestionnaires que c'est lui qui détermine leur temps d'intervention.

Le temps représente un nœud important, car il prend plusieurs sens et a un impact sur la conception de la discipline elle-même (Fabian, 1986, 2002). Le temps médical, le temps de la gestion et le temps des tiers payeurs ne sont pas les mêmes que le temps de l'intervenant dans l'évaluation du problème d'un client. Les intervenants aimeraient parfois tenir compte de toute l'histoire clinique d'un client, alors que l'institution leur donne comme mandat de ramener le client à son état initial, soit celui qui l'a amené en consultation, sans prendre en compte l'histoire clinique demandée par une approche globale. Le temps des agents tiers rejoint celui de l'institution, car il tient compte du temps de l'accident, celui où le diagnostic des lésions est posé.

Le temps des agents tiers rejoint toutefois aussi celui des intervenants, car ils connaissent le danger du temps qui passe sur un possible retour au travail.

L'autre nœud, la douleur, devient aussi un concept dense (Blattberg, 2009, 2012) en réadaptation physique. La douleur est pour les clients un signe de maladie, quoiqu'elle ne soit pas reconnue comme telle par le corps médical canadien ou québécois. Cette position crée des tensions au sein des équipes traitantes, comme l'explique Andrée, ergothérapeute, qui remet en question les fondements de la santé, de la réadaptation et du handicap :

Andrée: Je pense que, je reviens au premier point vision de maladie, handicap, je ne pense pas qu'il y ait consensus. On l'a entendu là, y a vraiment pas de consensus pis ça c'est un problème dans une équipe, quand les gens voient pas la douleur de la même façon pis c'est ça qu'on vit aussi avec nos clients. Si lui, des fois, il n'a pas la même conception que vous [l'intervenant]. Mais ça je l'entendais pis j'étais pas sûre que maladie c'est vraiment le contraire de santé, pis santé je pense, c'est pas clair pour moi, handicap oui. Je viens de la réadapt fait que c'est sûr je suis là-dedans, mais je me dis crime, si dans l'équipe on est disparates, on est différents professionnels, on n'a pas les mêmes conceptions, donc [silence].

(26 janvier 2006)

Contrairement à la France, on dit ici aux patients d'apprendre à vivre avec leur douleur. Cette situation qui met en évidence des différences culturelles à l'intérieur même du modèle biomédical occidental laisse entrevoir des différences encore plus grandes entre certains clients immigrants et les intervenants. De tels écarts peuvent être seulement mis en évidence à partir d'une compréhension fine du fonctionnement des éléments culturels étudiés. La réadaptation fonctionnelle vise la mise en place de mesures alternatives et compensatoires pour dépasser la limitation que représente la douleur. Plusieurs patients prennent du temps à comprendre que les programmes de gestion de la douleur visent à les aider à vivre avec la douleur, à la diminuer le plus possible afin de les rendre fonctionnels et à les aider à se réinsérer au travail, mais qu'ils ne visent pas la disparition de la douleur.

Dans la foulée de Douglas (1989), on peut penser que l'information qui circule dans le réseau de la réadaptation se concentre sur certaines problématiques, des nœuds, des lieux de croisement de plusieurs voies de communication. Ces lieux sont l'autonomie, le temps et la douleur, car ce sont

des catégories acceptables pour l'institution. Selon Douglas, les autres informations non compatibles avec cette dernière sont éliminées (Douglas, 1989; De Gaulejac, 2005). Il devient donc important de s'intéresser aux actes et non seulement aux actions pensées par les institutions, d'autant que la position de Douglas (1989) supporte l'observation de Barth (2002) selon laquelle les institutions sont imperméables et maintiennent la cohérence malgré une diversité ethnique.

Quelle est la situation dans les contextes pluriethniques de la réadaptation physique? Quelles sont les préoccupations et les attentes des trois acteurs/sujets sociaux impliqués dans ces contextes? À l'état actuel, les réponses sont difficiles à trouver étant donné la tradition canadienne où l'accessibilité universelle est fondée sur une logique linguistique et géographique. Contrairement aux États-Unis, cette tradition est traversée par une vision des droits de la personne où les mentions de différences culturelles sont des atteintes aux droits (chapitre 4). C'est à partir du discours sur les actes posés au quotidien qu'il est possible de mettre en évidence les dynamiques interculturelles. On peut s'attendre à ce que les enjeux liés à l'autonomie, au temps et à la douleur se transforment dans les contextes pluriethniques d'intervention, enjeu du prochain chapitre (chapitre 7). Les facteurs qui influencent les dynamiques interculturelles seront aussi étudiés de plus près, c'est-à-dire les idéologies (chapitre 7), les barrières dites objectives (chapitre 8) et les barrières typiques aux culturelles (chapitre 9).

CHAPITRE 7 : L'INTERVENTION DANS DES CONTEXTES PLURIETHNIQUES

Reconnaître ou non les différences culturelles est en soi une variable importante qui peut varier d'un individu, d'un groupe ou d'une institution, ou d'un établissement à un autre. Cette variation même fait des dynamiques interculturelles un des grands enjeux du troisième millénaire (Hofstede, 2001). Comme vues au chapitre 4, les relations interculturelles sont traversées par les mouvements de l'économie mondiale et locale. En santé, ces relations se donnent dans une tension entre des indicateurs qui changent d'un pays à l'autre, entre le secteur privé et le secteur public. Le chapitre précédent a mis en lumière le creuset (Barth, 1995) institutionnel, cadre des rencontres interculturelles. Ce chapitre s'attarde à la vision de ces interactions entre les personnes venant de différents horizons ethnolinguistiques: client/immigrants, intervenants et agents tiers. La méthode utilisée suit la piste tracée par Berry (1994) et par Bourhis (2008), deux psychologues qui reconnaissent les différences culturelles et qui s'intéressent aux positionnements variés en regard de ce phénomène. Le premier interroge des immigrants pour essayer de déterminer s'ils veulent ou non garder leur culture à la suite à leur arrivée au Canada. Bourhis (2008) refait le même exercice avec des personnes de la société d'accueil, essayant de cerner la variabilité des réactions à propos de la possibilité que les immigrants adoptent la culture de la société d'accueil.

Quoique ces chercheurs réduisent leur questionnement aux modes de vie concernant, par exemple, le logement ou l'alimentation, aucun ne définit ce qu'est la culture. Ces deux psychologues intéressés par les rencontres interculturelles s'aperçoivent que les opinions à ce sujet sont diverses et que cela influence les décisions prises dans toutes les sphères de la société. Bien que la notion de culture soit discutée et contestée en anthropologie (chapitre 2 et 3) où s'opposent les approches modernistes et postmodernistes, ce concept reste utilisé dans la population (White, 2006), tout comme les termes *race et ethnie*. Quelles sont les représentations associées à ces concepts? Que veut dire une personne quand elle utilise ces mots? Qu'en est-il pour les immigrants et pour les personnes issues de la société d'accueil? Qu'en est-il pour les décideurs, les gestionnaires et les politiciens?

On ne peut échapper à cette exploration, car l'appartenance ethnique renvoie, autant en anthropologie que dans le langage courant, à la culture et à la race qui font partie des 13 motifs de discrimination inscrits à l'article 10 de *La Charte canadienne des droits et libertés* et au Québec, dans *La Charte des droits et libertés de la personne et de la jeunesse*. Il sera démontré que la motivation de réduire la discrimination engendre chez certains immigrants une tendance à faire reconnaître leurs spécificités culturelles et chez certains membres de la société d'accueil, à nommer les différences culturelles. En sens inverse, la même motivation amène des personnes immigrantes et issues de la société d'accueil à ne pas nommer les différences culturelles. Parallèlement, un autre mouvement tend à réduire les différences à un problème de discrimination n'abordant qu'un aspect des dynamiques interculturelles. Ces positionnements sont importants, car ils produisent différents modèles politiques connus, par exemple le multiculturalisme canadien et l'interculturalisme québécois (chapitre 4).

Avant de commencer cette description, il semble important de rappeler la difficulté que j'ai eue à regrouper le nombre de clients immigrants espéré. L'intention était de réunir des participants qui reçoivent des prestations de la SAAQ et de la CSST. Le hasard a fait que les deux clients immigrants ayant participé au groupe de discussion sont des accidentés de la route (SAAQ), alors qu'il n'a pas été possible de rencontrer des agents SAAQ (chapitre 1), ce qui aurait permis la comparaison. Malgré ces contraintes, le matériel recueilli lors des trois groupes de discussions réalisés au printemps 2006 (clients immigrants, intervenants et agents tiers) est d'une assez grande complexité pour explorer de multiples facettes des dynamiques interculturelles.

Au chapitre précédent, j'ai décrit la vision de la santé qu'ont les intervenants et les agents tiers pour définir le creuset culturel et institutionnel (Barth, 1995) où s'installent les clients immigrants lorsqu'ils utilisent des services de réadaptation physique. Comme demandé par le modèle des relations interculturelles, cet exercice a été un exercice de centration; j'ai regardé mon groupe culturel (Cohen-Émérique, 1993; Das, 1993). Il s'agit maintenant de me décentrer, de m'intéresser à l'autre, à son univers d'origine (Cohen-Émérique, 1993; Das, 1993). Contrairement aux intervenants et aux tiers payeurs nés ici, les clients immigrants sont toujours dans une situation interculturelle. Ainsi, inversement aux autres acteurs/sujets sociaux étudiés,

leur vision de la santé, de la maladie et du handicap nous propulse directement dans un univers interculturel. Ce chapitre s'intéresse ensuite aux interactions entre les clients immigrants, les intervenants et les tiers payeurs en contextes pluriethniques, faisant apparaître des caractéristiques de l'interface créée par les rencontres interculturelles.

Comprendre les visions de la santé, de la maladie et du handicap des clients immigrants représente la nouvelle étape pour saisir les dynamiques interculturelles. Cette approche met en lumière l'influence de leur vision d'origine dans leurs perceptions des situations actuelles aidant à comprendre leur réaction dans un monde où, comme le dit Schutz (2003), « tout naturellement, l'étranger se met à traduire son nouvel environnement dans des termes qui lui sont familiers » (Schutz, 2003, p. 224). Les participantes au groupe de discussion sont au Canada depuis plusieurs années. Marlene, âgée de 38 ans, est haïtienne et est au Canada depuis 16 ans. Dolores, âgée de 53 ans, y est depuis 32 ans. On peut mettre en doute la pertinence pour cette recherche d'un groupe de discussion avec des participantes ayant immigré il y a si longtemps. Toutefois, comme nous le verrons, leurs discours et leurs expériences mettent en évidence des particularités migratoires et interculturelles intéressantes qui interrogent le temps que persistent les différences culturelles après l'immigration, ce que les intervenants doivent prendre en compte dans leurs interventions (Bégin, 1999). Ces données amènent aussi à s'interroger sur les mesures que doivent adopter les établissements en regard de ces différences. On peut se demander quels indicateurs sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions, ce qui ne peut être fait sans tenir compte des fondements éthiques qui justifieraient un statu quo ou à l'inverse des adaptations, cela encore plus au moment de restrictions budgétaires (chapitre 5).

Enfin, avant d'entreprendre cette description, il faut rappeler, tout comme Schutz (2003), que la connaissance de l'homme qui agit et qui pense à l'intérieur même de sa vie quotidienne n'est pas homogène. La connaissance quotidienne n'est pas toujours cohérente, car elle se rapporte aux différents rôles et opinions selon les sphères d'action constituées d'éléments qui ne sont pas toujours de même nature et qui peuvent même être en contradiction. Ces incohérences ne doivent pas être interprétées comme des fautes logiques et mettent en évidence la distribution de la pensée humaine en différents niveaux logiques (Bateson, 1984). Toutefois, tel que le précise Schutz (2003), les humains ne sont pas toujours conscients des réajustements qu'ils font pour

passer d'un univers à l'autre. Contrairement aux intervenants et aux agents tiers dont le discours renvoie à une logique scientifique et institutionnelle, celui des participantes renvoie à la logique de la pensée courante (Schutz, 2003) et à différentes sphères de la vie courante.

7.1 L'expérience particulière des clients immigrants

Les participantes manifestent peu d'intérêt lorsqu'elles sont questionnées sur la santé, la maladie et le handicap dans leur pays d'origine. Les définitions, diagnostics et connaissances médicales spécifiques, soit le système de sens biomédical, les intéressent moins que la douleur comme signe et la quête de soins. Selon les propos de certains intervenants participant aux formations interculturelles, cette position diffère de celle des patients d'origine québécoise canadienne-française qui deviennent souvent rapidement des experts de leurs problèmes biomédicaux. Leurs préoccupations ne rejoignent pas non plus celles des agents tiers et des intervenants. Les intervenants sont davantage intéressés par les systèmes de sens et les connaissances (agir objectivant) qu'ils souhaitent transmettre à leurs clients afin d'augmenter leur autodétermination (chapitre 4), par les moyens enseignés pour leur permettre de devenir autonomes et fonctionnels, de dépasser leurs limites et de réduire les handicaps ainsi que par le temps que ce processus prend (agir émancipatoire). Les tiers payeurs sont, comme ces clientes, préoccupés par des problématiques concernant la douleur, bien que ce ne soit pas pour eux un signe en soi, comme pour elles, mais un épiphénomène important.

Les participantes manifestent un malaise relativement aux questions sur leur vision de la santé et de la maladie. Pour ces participantes, qu'il soit du pays d'accueil ou de la société d'origine, le savoir médical appartient aux médecins et aux professionnels et ne les concerne pas. Ajoutons à cela, comme le précise Marlene lorsqu'elle doit revenir sur l'expérience passée, qu'elle n'a pas eu d'expérience médicale au pays d'origine n'y ayant jamais été malade. Le sujet est alors clos, les pratiques traditionnelles en santé n'étant pas, selon elle, de la médecine. Après avoir constaté ce malaise provoqué par mes questions sur le système de santé dans leurs pays d'origine, j'introduis des informations permettant un premier pas dans la décentration. Je tente de poser une question d'ordre générale, bien que les anthropologues puissent y voir un intérêt moderniste (chapitre 3) et cognitiviste (D'Andrade, 1995), sur toutes les formes de médecines, traditionnelles

ou biomédicales. Cette position vise à laisser les participantes libres de parler de la médecine de leur choix, donnant l'échange suivant entre Dolores et Marlene :

Chercheuse: *Quand quelqu'un a un accident, ou quand quelqu'un tombe malade, comment on explique ça chez vous ?*

Dolores: *Quand quelqu'un tombe malade au Mexique, [silence] premièrement tout le monde a un médecin familial [silence]. Au Mexique, moi je téléphone à mon médecin de famille. Lui, tout de suite, il va se déplacer pour venir chez toi, il va regarder la situation et il va te dire exactement quoi faire ou où aller.*

Marlene : *Fait signe que non.*

Chercheur: *OK [silence] en Haïti, [ce] c'est pas comme ça?*

Marlene: *Non. Du tout. Moi je ne me rappelle pas d'avoir vu un médecin. Parce que j'étais toujours en bonne santé. La pire chose que je peux avoir c'est un rhume ou je peux avoir un mal de tête, mais à part ça? J'ai jamais vu de médecin moi. Comme un dentiste. J'ai vu un dentiste ici pour la première fois. Ça m'a fait tout bizarre d'aller voir un dentiste, j'avais 23 ans. Le dentiste était bien content aussi de me voir parce qu'il n'y avait pas grand chose. Tu vois, chez nous, on n'a pas de médecin de famille. Je ne sais pas, moi, j'ai jamais vu de médecin. Moi j'ai vu un médecin pour la première fois c'est quand on faisait ma demande en immigration et le Canada m'avait envoyée voir un médecin pour ce qui a trait à ma santé. Mais on m'a fait tout l'examen, j'avais rien, j'étais pas malade, il n'y avait rien du tout. C'est là je crois que j'ai vu un médecin, mais à part ça.*

Chercheur: *Quoiqu' en Haïti vous avez des docteurs feuilles¹⁴², vous avez d'autres sortes de médecins.*

Marlene: *Oui, mais c'est plus pour du monde qui pratique à la campagne, en-dehors de la ville. Moi je viens hors de la capitale, mais je suis quand même dans une ville où s'est placé plein de petites provinces à côté. Alors moi où je viens, c'est dans la ville, mais peut-être que c'est du monde qui sont en-dehors de la ville [d'] où je viens, ils vont pratiquer la feuille. Mais des fois aussi si j'ai la fièvre. Ma mère va me faire bouillir la feuille parce qu'on connaît aussi quelques trucs pour faire partir la fièvre, ça marche. Ça dépend ce qu'on croit. On fait bouillir la feuille aussi pour te laver quand la fièvre est trop chaude, pis si ça va pas, on va t'amener voir un médecin à l'hôpital, mais c'est très rare. Je ne me rappelle pas [silence]. C'est comme à éviter, éviter de prendre des risques pour ne pas te retrouver dans cet hôpital parce que c'est très très cher. Puis c'est des étrangers aussi qu'ils l'ont alors, c'est tout dirigé par des [silence] des Français, des médecins.*

¹⁴² Le docteur feuille est un guérisseur traditionnel en Haïti, il travaille avec une pharmacopée naturelle qui comprend beaucoup de plantes, d'où son nom.

Chercheur: *Au Mexique, est-ce qu'il y a d'autres formes de médecine?*

Dolores: [silence] *Non, non, parce que nous, comme je t'ai dit au Mexique, qu'est-ce que j'ai connu, qu'est-ce que j'ai vécu. Premièrement, tu sais ça fait 32 ans que je suis ici. Moi j'ai arrivé ici quand j'avais 17 ans. Mon père est médecin.*

(07 avril 2006)

C'est à la suite du positionnement interculturel du chercheur qui utilise une technique de décentration que Marlene dévoile, finalement, son savoir sur les pratiques d'origines, tout en prenant une distance par rapport à cette pratique médicale, car, précise-t-elle, elle vient de la ville et cette pratique vient de la campagne. Elle mentionne aussi que sa mère faisait usage de médecine traditionnelle. On voit ici des propositions contradictoires typiques de la logique courante qui indique selon Schutz (2003) deux niveaux de la vie quotidienne: les habitudes de sa mère et une tension interne entre différentes classes sociales et leurs rapports aux pratiques traditionnelles et à la médecine biomédicale. C'est cette marge de manœuvre qu'utilise Marlene quand elle se « rapproche de la capitale » en précisant qu'elle vient d'un milieu urbain. Ce peut être ce même type de repositionnement qui se dévoile dans la contradiction entre sa mère qui utilise « la feuille » et son ignorance de cette pratique qui a lieu en zone rurale.

Marlene met aussi en évidence une tension coloniale quand elle fait référence aux médecins français qui sont étrangers. Ce regard porté sur l'altérité indique un malaise renvoyant à un niveau de différences soit sociales, culturelles ou interculturelles, ou encore, appartenant aux trois registres. La connotation sociale fait référence aux tensions coloniales dans la société; la référence peut aussi être culturelle/sociale, car, tel que l'ont mis en évidence les auteurs postcoloniaux (Bhabha, 1994; Mbembe, 2000; Saïd, 1989), les sociétés colonisées se sont construites dans une double identité. Elle peut aussi être interculturelle, car Marlene souligne la différence entre les valeurs des médecins français en contact avec les valeurs locales. On perçoit la tension dans le discours de Marlene, une tension qui, comme pour Dolores, imprègne les rapports à l'établissement et aux relations avec ses intervenants. Les relations entre les clients qui viennent d'ailleurs sont aussi marquées par une complicité par rapport à un vécu, à une connaissance, à une « autre chose » qui échappe aux intervenants. Il arrive aussi que les intervenants ressentent une méfiance de la part des clients immigrants qui leur est

incompréhensible, les amènent à se remettre en question, et leur échappent. Ce constat est souvent rapporté par les intervenants lors des formations en relations interculturelles. Ne comprenant pas l'attitude de réserve de plusieurs clients immigrants, ils affirment que cela leur pose problème, car ils ne peuvent réduire cet écart qui les empêche de créer une alliance thérapeutique, élément essentiel pour la réussite de leur intervention (chapitre 5).

Ce court échange en début de discussion appuie l'importance que les approches interculturelles accordent à la décentration, au regard porté sur la situation prémigratoire et migratoire (Das, 1993; Cohen-Émérique, 1993) et post-migratoire (Das, 1993). Il est intéressant de noter que malgré le fait que le « chez-vous » utilisé par le chercheur ne pose pas de problème, les participantes auraient pu préciser que « chez-eux » est le Canada. Au contraire, la question les renvoie sans résistance à leur pays d'origine, une situation rendue possible par leur double appartenance. Par ailleurs, la position de Marlene démontre qu'il est possible de faire une différence entre sa culture et soi-même. Ainsi, la possibilité de faire de sa culture un objet reconnu, externe à elle, permet une mise en scène (Goffman, 1973) dans un mouvement d'éloignement, comme un objet extérieur que l'on peut rapprocher ou éloigner. Ce mouvement permet de voir que l'objectif et le subjectif peuvent coexister (Bateson, 1980, 1984; Giddens, 1994, 2005) dans un même espace. Selon moi, ces multiples usages sont à la base de stratégies identitaires de l'ordre culturel à partir desquelles chaque acteur/sujet social prend diverses positions. Une position sociale est assignée, mais elle offre une marge de manœuvre possible. Enfin, les réactions des clientes mettent en évidence qu'outre les niveaux de connaissance et les stratégies identitaires existantes au pays d'origine, chacune n'a pas le même confort à parler de médecine traditionnelle, situation sûrement renforcée par le contexte de la santé et les caractéristiques du chercheur. Il s'agit de dévoiler du contenu traditionnel tabou à un chercheur blanc. Finalement, ces clientes peuvent avoir des préjugés sur leurs traditions médicales que l'anthropologue n'a pas.

Enfin, il est important de noter que je n'ai pas de connaissance sur les savoirs médicaux traditionnels au Mexique. Ainsi, bien que mes connaissances de base en anthropologie médicale me suggèrent que ces pratiques doivent aussi exister au Mexique, comme partout, même en Occident (Favret-Saada, 1985), je n'ai pas pu orienter Dolores sur cette piste. L'expérience

induite par mon manque de connaissance sur ce sujet est une réalité bien connue des intervenants qui sentent souvent que leur manque de connaissance de l'univers culturel du client bloque les échanges et l'accès à des visions et à des connaissances différentes nécessaires pour comprendre où se situent les clients, et le cas échéant, pour les utiliser vers un agir émancipatoire (Mercier, 2004). L'évaluation des ressources des clients et de leur pertinence pour l'efficacité des interventions est un enjeu important de la personnalisation des soins (Bouthillier, 2007; Bouthillier et coll., 2009) et pour une approche interculturelle, du concept de santé (Sterlin, 2006). Tout de même, Dolores nous apprend que l'organisation du système biomédical est différente dans son pays où les médecins se rendent au domicile de leur patient, rappelant une pratique ayant déjà existé au Québec et vue à un certain moment archaïque, mais qui devient enviable dans l'état des services actuels (chapitre 4). Ce type d'organisation étonne aussi Marlene.

Bien que la structure médicale ne soit pas la même au Mexique et en Haïti, ces systèmes comprennent toutefois certaines similitudes. Ils sont à la fois publics et privés, bien qu'au Mexique, les médecins sont plus facilement accessibles qu'en Haïti. Marlene et Dolores s'entendent : la caractéristique principale de leurs systèmes médicaux est la division entre le privé et le public avec un secteur public beaucoup plus faible auquel elles ne font pas confiance. Leur expérience rend songeur lorsqu'on observe les enjeux actuels des systèmes de santé canadien et québécois (chapitre 4). Comme nous l'avons vu, l'accessibilité aux médecins est plus ardue en Haïti qu'au Mexique, comme l'explique Dolores dont le père était médecin :

Dolores: [silence] *Au Mexique, c'est la même, même chose [qu'en Haïti]. On a le service public, on a le service privé. On est capable de dire que la plupart [silence] la majorité des gens vont toujours pour le privé, ok. C'est vraiment les gens [qui ont] des possibilités plus basses [revenus plus bas] qui ne prennent pas ça parce qu'on sait que tu es un numéro. Au [silence] public t'es un numéro et tu vas attendre longtemps [silence]. On préfère au Mexique payer pour le service parce qu'on est capable de demander, capable d'exiger pis si ça ne fait pas notre affaire, le diagnostic de qui que ce soit, tu lui dis non, non, docteur, ça ne marche pas, tu vas voir deux ou trois docteurs pour avoir différents diagnostics pour trouver c'est quoi le problème. Les gens, oui on est plus prêt au Mexique à payer pour les services, pour la qualité des services.*

(07 avril 2006)

Toutefois, qui possède assez de revenus pour défrayer ces coûts? Quand Dolores dit : « on est plus prêts au Mexique à payer », de qui s'agit-il? Qui peut le faire? Qui a les ressources économiques suffisantes pour changer plusieurs fois de médecin jusqu'à trouver une réponse satisfaisante? Pourquoi avoir à changer, non pas une fois, mais plusieurs fois pour trouver un sentiment de bien-être? Son père étant médecin, s'agit-il d'une position de classe? Ces questions ne sont pas explorées pendant l'entrevue. Toutefois, cette façon de faire, rechercher jusqu'à être satisfaite du médecin, Dolores continue de le faire après son congé de l'hôpital :

Dolores: J'ai eu une très mauvaise expérience à l'hôpital [#1 à Montréal] parce que j'ai vu le médecin et il me dit : oh madame, [silence] allez travailler, ça fait la même chose. Ça c'est arrivé exactement le 30 décembre [2005]. Le 4 janvier, je me suis ramassée à l'Hôpital [#2 à Montréal], je me suis ramassée là parce que j'étais pas capable de marcher, j'avais trop mal au dos. C'est là le médecin qui me dit Dolores, il faut que tu aies une évaluation. J'ai parlé avec mon représentant de SAAQ et il me dit les arrangements [à faire pour] que moi j'arrive ici [en réadaptation].

(07 avril 2006)

Le comportement de Dolores dénote une bonne connaissance du fonctionnement d'un système de santé, ce qui l'a aidée dans sa quête de soins et dans ses discussions avec les médecins. Au-delà de la division public-privé, c'est la possibilité de changer de médecin qui apparaît importante dans le système de santé mexicain. À la suite de leur accident, Marlène et Dolores en viennent tout de même à apprécier le service public de santé et de réadaptation québécois qui permet à des personnes sans moyen économique d'avoir accès à ses services. Leur satisfaction vient aussi de l'absence de privilège de classe dans ces services :

Marlene: Mais, dans le côté d'ici, qu'est-ce que je trouve, ça fait longtemps que je suis ici, moi je remercie beaucoup à Dieu parce que je dis c'est incroyable tous les services qu'on est capable d'avoir ici. N'importe [silence] où ce que tu viens, tout le monde, on est traité de la même façon. Ça c'est super de l'avoir [ici]. Parce que moi, quand j'ai eu mon accident, puis l'ambulance est arrivée. Il y avait la police qui donne la sécurité pour les autres, pour moi aussi qui était au milieu de la rue, tout ça. Bien chez nous, qu'est-ce qui pourrait se passer, Dieu merci, j'ai pas eu d'accident chez nous, mais ce qui arriverait c'est comme, ça allait prendre du temps pour que l'ambulance arrive. Si elle n'est pas tombée en panne en chemin [silence]. Puis si je nécessite d'aller à la place où je vous dis que le monde ils en ont du cash [argent] ils vont y aller, eux-autres que j'en aie les moyens ou pas, ils allaient appeler l'hôpital général pour dire voici ce que j'ai comme accidentée de la route. Si eux-autres disent nous on n'est pas capables, ils vont t'amener carrément dans l'hôpital des riches. Que t'as l'argent pour payer ou pas, ils vont t'amener

là. Eux-autres ils vont te soigner, mais je ne sais pas qu'est-ce que t'allais faire pour payer. Mais on allait te soigner quand même, mais ils vont te dire voici combien tu dois à la fin. Mais si on t'amène à l'hôpital, on allait te soigner, mais mon Dieu non, je suis bien contente, j'ai pas eu ça chez nous.

Dolores: Premièrement, je trouve que le Canada c'est un pays magique. Un pays magique parce que vraiment tous les gens, qu'ils ont l'argent, qu'ils n'ont pas l'argent, tout le monde a le même service [silence]. Un accident, c'est comme je te dis, t'arrives [au Mexique] [silence], si t'as pas d'argent, tu vas souffrir énormément pis dans le temps que tu vas avoir un autre service. Si t'as l'argent pis que t'as un accident de voiture comme j'ai eu, c'est sûr et certain ça va être le top [maximum] de service, mais ça va coûter le top [maximum] du prix.

(07 avril 2006)

À la lecture de la description des services de « ce pays magique » de Dolores, on ne peut s'empêcher de penser aux longues heures d'attentes observées dans les urgences des hôpitaux de la grande région de Montréal, une attente plus longue qu'ailleurs en province qui est décriée par le ministre de la Santé, le Dr Yves Bolduc, en 2011 alors qu'il remet en question les compétences des gestionnaires et du personnel de cette région. Le ministre omet toutefois de préciser que les heures d'attente plus longues dans la région sont dues, selon certains experts du réseau de la santé (communication personnelle), à la plus grande présence de célibataires, de personnes âgées et de personnes immigrantes dans la région. Contrairement à Dolores, Marlene attend longtemps à l'urgence lors de son accident et se souvient de cette expérience difficile :

Marlene: Bien moi, mon expérience est pas, a pas été très très très bonne en ce qui a trait à mon arrivée en ambulance à l'Hôpital [grande région métropolitaine]. J'ai été là-bas vers 4h00, 4h30 je crois, mais j'ai passé la radio vraiment, j'étais couchée là, raide comme un piquet, il y avait personne. Je souffrais énormément à la tête puis, en tout cas. On m'a laissée là. J'étais pas vraiment urgente pour eux-autres puis j'ai passé 11 heures je crois avec, je ne sais pas le nom [suggestion du chercheur suite aux signes qu'elle fait avec les mains – un collier?] avec le collier dans le cou qui m'a coupé le dos puis j'ai attendu vraiment longtemps. Alors à un moment donné, puis je pleurais parce que j'avais si mal à la tête. Pis là on m'a donné quelque chose pour me calmer pour la tête, parce que c'était à cause de ça puis quand on m'a passé la radio, et tout, et on m'a dit que j'avais rien. Je veux rentrer à la maison avec des anti-inflammatoires puis tout. J'ai été à la maison puis j'ai pris les médicaments pis j'ai toujours mal, encore et encore. Mais je savais pas quoi faire, où aller, quoi remplir, rien du tout. On [ne] m'avait même pas parlé de ça. Puis à la fin, à un moment donné, le 23 décembre [2005], puis je souffrais trop puis j'étais à l'hôpital, mais pas à [au même hôpital à l'extérieur de Montréal, mais dans la grande région de Montréal]. J'ai été à Montréal à l'Hôpital [#3] pis là j'ai été en urgence et j'ai vu un médecin et c'est là qu'il m'a diagnostiqué tout ce que j'avais pis j'ai encore

passé une radio et on n'a rien vu puis j'ai été transférée à la clinique externe de [cet] l'hôpital puis depuis lors c'est là que j'y vais.

(07 avril 2006)

Marlene, comme Dolores, est retournée consulter une deuxième fois, car son problème a échappé au personnel soignant. Dans le milieu de la santé, ce phénomène est appelé le syndrome de la porte tournante, terme repris lors des formations en relations interculturelles. Le personnel se plaint que les conditions actuelles et les normes mises en place (chapitre 4) ne leur donnent plus le temps de faire leur travail. Dolores interprète cette faille à la lumière d'un filtre culturel (Das, 1993) qui provient de ses premières expériences avec le milieu de la santé dans son pays d'origine :

Dolores: Moi, la manière que je leur ai expliqué parce qu'à un moment donné moi je voulais avoir quelque chose pis [silence] avec le système ici, il y a une grande différence.

Chercheur: Attendez, expliquez-moi ça un petit peu.

Dolores: La manière, le système s'est fait ici. La manière, le système il dit que toi premièrement t'es numéro parce que tu [ne] payes pas, [silence]. Ça on fait ça comme immigrant pis on [n'] est pas capable de trop demander parce qu'on [ne] paye pas.

Chercheur: Comme chez vous, comment c'était au Mexique?

Dolores: Oui, moi si je vais au Mexique, j'aurais la même chose le même accident, j'aurais été au Mexique, ça aurait été complètement différent [dans le service privé]. Mais ici, écoute, on te donne le service gratuit, arrête de te plaindre. Ça marche comme ça. J'ai eu une expérience (silence) que j'ai pas aimée du tout parce que moi le médecin qui a commencé à me traiter ici, j'aimais beaucoup le médecin qui me traitait ici et j'ai demandé moi si j'étais capable de le voir dans sa clinique privée. Mais il dit non, non, non t'as pas le droit. Moi je dis pourquoi j'ai pas le droit? Je l'aime comme mon médecin, j'ai la confiance en elle, et il dit non Dolores parce que ça fait un intérêt personnel que les patients sont pas capables d'aller à son médecin. Le patient avec son médecin c'est pas ça un médecin. Il m'a dit ici, imagine-toi, ça marche pas comme ça ici. Moi j'ai dit je m'excuse, dans mon pays si moi je l'aime le médecin. Le docteur qui m'a opérée j'ai dit docteur je veux le revoir. Inquiète-toi pas, je suis très sérieux, il ne donnait pas assez confiance pour le suivre. Ici ça ne marche pas comme ça. Ça c'est une affaire [silence] comme immigrant que j'ai de la misère à digérer.

Chercheuse: Ok, que vous n'avez pas accès à qui vous voulez?

Mexique: Non, parce que tu [ne] payes pas. Ça, parce que tu [ne] payes pas, ils te disent non, non. Ça [ne] marche pas comme ça, trouve-toi un médecin ailleurs. Même à ça, avec

les gros problèmes de médecins aujourd'hui, il n'a pas un médecin qui est médecin de famille. Moi je suis allée à Hôpital [Mtl #1]), un médecin qui fait [silence] la fille me voyait 5 minutes. Comment est capable elle de déterminer ma gravité de mon problème sans me voir 5 minutes. Là ici, dans ma réhabilitation, il dit non, non, on va voir ce que dit le médecin. Le médecin m'a vu 5 minutes, ils [les intervenants] me voyaient ici 5 jours par semaine, 8 heures de temps [par jour]). Qui connaît plus ma santé, le médecin qui [ne] me voit jamais ou vous-autres[en réadaptation]? Oui, mais il faut que tu aies le rapport du médecin [silence]. Il dit non, non, parce [silence] voir qu'est-ce que ton médecin il dit. J'ai dit comment est-ce que tu peux voir quand quelqu'un [silence] s'il m'a [même pas] bien vu. Le médecin que je me suis mise à voir, je me suis trouvé un médecin que j'avais de famille ça fait longtemps que je vais voir une fois par année, je suis allé le voir lui, il m'a donné encore un mois d'arrêt de travail [après la réadaptation]. J'ai parlé avec la SAAQ, la SAAQ, m'a dit la responsable, c'est quoi la recommandation de ton médecin, il [le médecin] m'a répondu l'acupuncture et la massothérapie. La massothérapie [n'] est pas couverte par la SAAQ, moi je vais commencer mes traitements, je vais les payer moi-même parce que j'espère que ça va marcher. J'ai trouvé une information à peu près les problèmes musculaires, qu'est-ce que j'ai moi. Il dit que les relaxants, les anti-inflammatoires, les autres choses qu'ils font, c'est tâcher déguiser le problème. Ils déguisent le problème. Aussitôt que t'arrêtes de prendre les médicaments, tout ça revient.

(07 avril 2006)

Comme nous l'avons vu, Dolores apprécie le système où tous sont traités égaux, mais réagit selon le modèle de son pays d'origine lorsque le médecin qu'elle aime ne pourra pas la rencontrer, car le système de santé ne le permet pas. Elle met alors en évidence les valeurs du système québécois où tout le monde est pareil et traité également, un leitmotiv entendu couramment chez le personnel médical lors des formations en relations interculturelles. Il est toutefois intéressant de constater que les limites du système québécois sont interprétées à la lumière des expériences culturelles/sociales du pays d'origine, même après trois décennies au Québec. Dolores, ne connaissant pas les complexités du fonctionnement local, conclut que c'est parce qu'elle ne paie pas que le service qu'il est comme cela. Sa compréhension se fait en rapport au système qu'elle a connu dans son pays d'origine et crée un sentiment de méfiance par rapport aux positions du médecin rencontré à l'urgence. À ce moment apparaît une construction interculturelle typique des contextes pluriethniques qui échappe le plus souvent à la conscience ou à l'analyse. En effet, Dolores croit évaluer la situation comme un Québécois d'origine :

Dolores: *Mais, bien écoute, ça fait très longtemps que je suis ici, mon entourage, c'est des Canadiens, et oui tout le monde, beaucoup de gens c'est la même chose qu'ils vivent parce que on ne paye pas, on se conforme avec ce que le gouvernement nous offre. Tu veux ou tu [ne] veux pas, c'est ça que tu as. Tais-toi, t'es chanceuse de l'avoir.*

(07 avril 2006)

Dolores dévoile une vulnérabilité dans son discours: « on se conforme (silence) tais-toi t'es chanceuse de l'avoir ». Elle affirme aussi ne pas payer pour les services de santé, ce qu'elle croit que tous les Canadiens pensent. La population se plaint effectivement de la qualité des services qui leur sont offerts, mais, à la différence de Dolores, ils se plaignent de payer trop et de recevoir peu. « Avec toutes les taxes qu'on paye on devrait avoir de meilleurs services » est un constat souvent posé par les clients québécois d'origine. Ainsi, contrairement à plusieurs immigrants, la population locale ne considère pas que les services sont mauvais parce qu'on ne les paye pas. On les trouve plutôt insuffisants. Dans le cas de Dolores, la plainte qui émane de la situation prend une forme interculturelle (ou hybride) qu'elle ne voit pas.

Enfin, compte tenu de la matrice hybride (Appadurai, 2005) du pays d'origine, on comprend mieux la complexité à laquelle sont confrontés les clients, les intervenants et les agents tiers dans les contextes pluriethniques. Les attitudes de centration et de décentration apparaissent donc importantes, tel que le stipulent les approches en communication interculturelle (Cohen-Émerique, 1993; Das, 1993), lorsqu'on s'intéresse aux rencontres entre personnes issues d'horizons culturels différents. Cette méthode aide également à comprendre les formes construites à partir du contexte de ces rencontres.

7.2 L'importance de l'idéologie dans la perception des phénomènes pluriethniques

Comment pense-t-on la culture dans les contextes pluriethniques actuels? On comprend qu'il y a beaucoup de complexité et de tensions autour de l'énoncé des différences individuelles ou culturelles. À la suite des travaux de Berry (1994) et de Bourhis (2008), on sait que les immigrants, tout comme les personnes de la société d'accueil, ont tendance à mettre de l'avant la culture ou à taire les différences qu'ils observent. Ces positions renvoient, comme on le verra sous peu, à des stratégies identitaires (Berry, 1994; Bourhis, 2008) et à des idéologies (Gratton, 2009). Marlene et Dolores adoptent la seconde position; elles ne veulent pas que les intervenants

les traitent différemment parce qu'elles sont immigrantes. La position de ces clientes supporte les travaux de Lavoie (Lavoie et coll., 2007) qui souligne que les familles de clients immigrants hospitalisés en gériatrie ne considèrent pas que les intervenants doivent tenir compte des différences culturelles. Dolores et Marlene sont claires à ce sujet :

Chercheuse: *Si on regarde maintenant au niveau des intervenants. Le fait d'être immigrantes, est-ce que les intervenants ont tenu compte de cette situation-là?*

Dolores: *Je [ne] crois pas, je [ne] crois pas, non!*

Marlene: *Non.*

Chercheuse : *Est-ce qu'il aurait été bon d'en tenir compte?*

Dolores: *Non.*

Chercheuse: *Donc [silence] vous ne voulez pas de différence?*

Dolores: *Non, je n'aime pas, pas être traitée avec ces différences-là.*

Marlene: *À part de ça dans l'équipe il y a des immigrants.*

Chercheuse: *Dans l'équipe d'intervenants?*

Marlene: *Les intervenants, il y [en] a [qui sont] des immigrants aussi.*

(07 avril 2006)

Chaque fois que je reviens sur le sujet, la position des participantes reste fermement la même. Il est important de noter que les clientes qui participent au groupe focalisé n'aborderaient pas ce sujet si la chercheuse ne l'avait pas fait elle-même; le contexte où elles donnent leur réponse met en évidence leur conviction à ce sujet :

Chercheuse : *Est-ce que vous avez l'impression que le fait en plus d'être une immigrante, ça rend plus difficile [le fait] d'être comprise?*

Dolores: *Pas du tout.*

Chercheuse: *Non?*

Dolores: *Non!*

Marlene: *Pour moi non, pas du tout. C'est la douleur [silence]. La douleur, c'est pas une question d'immigrant, non, non. La douleur est là, c'est pour tout le monde. Tout le monde a sa tasse. Je pense que c'est tout le monde qui a un petit maux quelque part alors non, non, la douleur ça n'a rien à voir avec le fait que t'es immigrant. On n'est pas juste des immigrants, il y a toutes sortes de races là-dedans, y a plein de Québécois aussi.*

(07 avril 2006)

La réponse des participantes peut sembler surprenante, surtout dans le cadre d'une thèse sur l'importance des dynamiques interculturelles. Toutefois, si nous regardons de plus près, on peut faire un lien entre les réponses des participantes et les types de stratégies identitaires (Berry, 1994; Bourhis, 2008). Pour Lavoie (2007), étant donné la position des immigrants, les intervenants qui se préoccupent de cette question ont un problème. Il est intéressant de noter que, pour lui, les immigrants sont les experts de cette question. Pour ce chercheur, pour Marlene et pour Dolores, comme pour plusieurs personnes issues de la société d'accueil, il ne faut pas nommer les différences culturelles. Il ne semble donc pas possible de penser que le personnel soignant puisse rencontrer des difficultés dues à des barrières culturelles (Das, 1993; Cohen-Émérique. On note les contradictions entre ces positions et celles déjà énoncées par Bégin (1999), Sterlin (2006), et Bouthillier (2007; 2009), des positions qui semblent remettre en question les approches interculturelles.

Selon le modèle de Berry (2008), chaque réponse à ses questions offre deux types de réponse : reconnaître et nommer les différences culturelles ou les taire. L'intérêt de cet exercice est de savoir que l'on retrouve toutes ces possibilités dans le discours des immigrants. Dans la foulée de Berry (1994), Bourhis (2008) pose la question suivante aux personnes des sociétés d'accueil : voulez-vous que les immigrants gardent leur culture ou qu'ils prennent celle de la société d'accueil? Dans les sociétés d'accueil occidentales, Bourhis retrouve les mêmes réponses que chez les immigrants et met en évidence une cinquième stratégie identitaire : le positionnement individualiste. Cette position est propre aux sociétés modernes (Dumont, 1979). Bourhis ajoute la position individualiste qui gomme les différences individuelles.

Il est difficile de déterminer si la position de Marlene et de Dolores dévoile une stratégie d'assimilation ou une stratégie individualiste. La dernière phrase de Marlene résonne aux propos de Le Breton (2006) qui voit la douleur comme une forme d'altérité, quelque chose d'étranger à

la personne et à la société. Marlene fait apparaître l'aspect transculturel, universel, de cette expérience. À cette échelle, son analyse est appropriée. À mon avis, elle change toutefois d'échelle (Bateson, 1984) lorsqu'elle oppose les Québécois aux immigrants, indiquant la perception de différences culturelles, même si dans le contexte du groupe de discussion, elle affirme ne pas aimer que les intervenants tiennent compte de ces différences. Ses propres caractéristiques culturelles, tout comme celles de Dolores, ne semblent pas perçues comme une embûche possible à la compréhension des intervenants, empêchant de réaliser que la prise en compte de ses différences permettrait d'obtenir plus de temps d'intervention.

En adoptant l'approche qui ne tient pas compte des différences culturelles, on rend caduc le facteur culturel dans un lieu où coexistent plusieurs groupes ethnoculturels, comme l'exprime si succinctement Marlene. Il est intéressant de noter que le vocabulaire utilisé indique un manque de connaissances anthropologiques que l'on note dans le glissement des concepts de culture et d'ethnie vers celui de race et qui représente un recul en regard des travaux des premiers anthropologues comme Lévi-Strauss (1961). Cette confusion est certainement normale chez des personnes inexpérimentées, quelle que soit leur provenance, mais soulève des enjeux importants dans les sociétés pluriethniques actuelles. Cela est d'autant plus vrai que plusieurs pensent que les immigrants ont plus de compétences en la matière et que souvent, les barrières culturelles sont réduites à une discrimination raciale (chapitre 4). La référence à la race renvoie dans le discours de Marlene à des indicateurs institutionnels américains plutôt que canadiens (chapitre 4), sauf pour motifs de discrimination tel qu'inscrit à l'article 10, des chartes canadienne et québécoise.

L'évacuation par ces clientes des données culturelles, du moins dans le contexte de l'intervention, rejoint la position de plusieurs personnes dans la société d'accueil. C'est le cas par exemple de Laure, conseillère en réadaptation de la CSST, qui tout au long de la discussion de groupe, ne voit jamais de différence entre ses clients québécois d'origine et ceux issus de l'immigration, bien qu'elle en ait plus de 20. On peut penser qu'elle emploie une stratégie individualiste (Bourhis, 2008), car elle précise qu'elle accorde de l'importance aux aspects psychologiques. Par ailleurs, on décèle une position de compassion et une référence à un modèle psychologique individualiste dans les propos de Laure :

Laure: La chose que je voulais dire c'est que, vu qu'on tient compte de la globalité comme ça, c'est sûr qu'on va faire des dossiers qui vont être plus longs quand on va toucher à d'autre chose [silence]. Tu vas être obligé de donner un support même si t'as pas un diagnostic psy parce que tu sais qu'il faut qu'il fasse un cheminement pis faire un deuil par rapport à certaines capacités et pis t'as toute une organisation-là qui se développe autour de lui pour justement l'encadrer et le remettre en vie [silence] ou le mobiliser.

(21 avril 2006)

Ne pas percevoir ou ne pas utiliser les différences culturelles engendre deux stratégies: un positionnement individuel ou une assimilation, tels que critiqués par Fanon (1971). Il est important de garder en tête que ces positions représentent des possibilités qu'un même groupe ou qu'une même personne peut utiliser différemment selon les contextes et les circonstances. Cet aspect dynamique, systémique et contextuel des relations interculturelles est peu connu, induisant certaines confusions dans l'appréhension des phénomènes pluriethniques. Par exemple, pour Lavoie (2007), étant donné que les clients interviewés ne voient pas la nécessité de tenir compte de différences culturelles, les intervenants n'ont pas à le faire non plus.

Cette position scientifique, comme j'ai commencé à l'esquisser, implique que les clients immigrants possèdent plus de compétences pour se positionner sur les différences culturelles que les intervenants de la société d'accueil (Lavoie, 2007). Elle ne prend pas en compte que les équipes traitantes sont aussi composées d'intervenants immigrants qui se plaignent des limites de leur savoir professionnel lorsqu'ils interviennent avec des clients immigrants, tel que cela ressort dans les formations en relations interculturelles diffusées dans le programme-cadre du MSSS (Proulx et Chiasson, 1996; Proulx, 1998). Son analyse ne considère pas davantage que la connaissance de l'homme qui agit et qui pense à l'intérieur du monde de sa vie quotidienne n'est pas homogène (Schutz, 2003) et qu'il est possible que les clients accordent parfois une importance à certaines de leurs caractéristiques culturelles, usant d'une autre stratégie identitaire à ce moment.

Tel que le précise Schutz (2003), les humains ne sont pas conscients des réajustements qu'ils font pour passer d'un univers à un autre. Ce constat s'applique aussi, selon moi, aux stratégies identitaires et aux idéologies qui changent selon les contextes. Tenir compte ou non des différences culturelles observées lors des contacts avec les personnes issues de l'immigration est

une position assez généralisée et changeante chez les intervenants, d'après les propos tenus lors des formations. Ne pas le faire résonne avec les craintes des recruteurs qui, même si considérant cette recherche importante, éprouvent de la difficulté à aborder les clients immigrants pour leur demander de participer (chapitre 1). La réaction des participantes immigrantes, de Laure et des recruteurs contraste avec la demande de reconnaissance de la patiente musulmane évoquée précédemment (chapitre 1) qui nous déclarait : « Quoi vous vous intéressez à nous! ». La stratégie identitaire dans son cas est une mise de l'avant des caractéristiques ou des différences culturelles qu'elle souhaite que la rencontre prenne en compte. Tenir compte de cette différence dans la relation correspond à l'agir communicationnel (Mercier, 2004).

La réaction de la cliente musulmane rappelle qu'il peut y avoir autant de violence à utiliser des caractéristiques individuelles, y compris culturelles et sociales, qu'à les nier. Il semble ainsi important d'approfondir la recherche pour mieux comprendre l'utilisation des deux types opposés de stratégies identitaires : nommer ou ne pas nommer les différences culturelles. Cette étude concerne autant l'immigration que la société d'accueil. Elle permet de répondre aux questions suivantes : est-ce qu'une même personne peut utiliser selon le cas l'une ou l'autre des stratégies? Si oui, dans quel cas et à quelles fins? Est-ce qu'un type de stratégie est plus favorisé par certaines personnes et par certains groupes culturels ou sociaux ou selon certaines circonstances historiques ou sociales? Ou encore, l'utilisation d'une stratégie déterminée est-elle cohérente avec un positionnement dans le groupe d'origine ou dans la société d'accueil? Dans quels contextes et pourquoi un type de stratégie est-il utilisé plutôt qu'un autre?

Le recours à la dimension culturelle est délicat et reste difficile à introduire dans les établissements canadiens et québécois (chapitre 4), malgré son aspect éthique, car ces stratégies identifiées par Berry (1994) et par Bourhis (2008) sont idéologiques (Gratton 2009). Les stratégies identitaires renvoient à « l'ensemble des idées et des valeurs communes dans une société » (Dumont 1977. p.17), ce que Dumont nomme l'idéologie. Le principe selon lequel on ne doit pas tenir des caractéristiques culturelles, que ce soit pour des raisons individualistes ou assimilationnistes, n'influence pas seulement le positionnement des clients et des intervenants, mais aussi les positions scientifiques où le débat fait rage. Dans ce débat, on oppose souvent les facteurs de pauvreté et de discrimination raciale aux facteurs culturels (Jacob, 1993). Ce rapport

entre idéologie et science ne devrait pas nous étonner, car, comme l'écrit Dumont (1977) dans son étude sur la modernité occidentale, la science est aussi idéologique et la raison est traversée par les idées en vigueur dans une société.

Pour Dumont (1977), il n'est pas important de se demander si une proposition, même rationnelle comme l'économique, est vraie ou fausse (chapitre 4). D'après lui, ce qui compte en sciences sociales est de connaître la façon dont une proposition est pensée. Que ce soit l'économie ou les relations interculturelles, un objet scientifique se construit difficilement; les errements de ses constructeurs démontrent qu'il ne s'agit pas uniquement d'enregistrer de données extérieures, mais de savoir comment et lesquelles utiliser (chapitre 4 et 5). Par mesure de prudence, à l'étude de l'idéologie, on ajoute celle des traits sociaux qui n'en dépendent pas. Je reviendrai sur cet aspect, mais pour l'instant, je veux insister sur les idéologies contradictoires qui traversent les données interculturelles et sur la construction de cet objet d'étude. Le phénomène des rencontres interculturelles concerne toute la société, peu importe la classe sociale ou le positionnement, et reste difficile à cerner parce que ces idéologies se transmutent selon les circonstances, appelant à une analyse interactionniste d'ensemble (chapitre 3).

Le sujet est volatile et explosif, alors, on note au niveau individuel et institutionnel des transmutations entre une position où on ne tient pas compte des différences culturelles vers une position où on en tient compte. De la même manière, une mesure politique peut tenir compte ou non des caractéristiques culturelles, provoquant à une autre échelle des conséquences opposées (communication personnelle). Tenir compte des différences culturelles donne différents modèles politiques: le multiculturalisme canadien, l'interculturalisme québécois (chapitre 4), ou d'autres. Si une société ne tient pas compte de la culture, ses politiques sont conçues à partir de l'assimilationnisme qui peut être individuel comme aux États-Unis ou universel comme en France (Gratton, 2009). On retrouve des variations de ces modèles dans plusieurs États-nations et à l'intérieur d'un même pays :

Dolores: J'ai eu une expérience pour moi que j'ai pas aimée du tout parce que moi le médecin qui a commencé à me traiter ici, j'aimais beaucoup le médecin qui me traitait ici et j'ai demandé moi si j'étais capable de le voir dans sa clinique privée. Mais il dit non, non, non, non t'as pas le droit. Moi je dis pourquoi j'ai pas le droit? Je l'aime comme mon médecin, j'ai la confiance en elle, et il dit non Dolores parce que ça fait un intérêt

personnel que les patients sont pas capables d'aller à son médecin. Le patient avec son médecin c'est pas ça un médecin. Il m'a dit ici, imagine-toi, ça marche pas comme ça ici. Moi j'ai dit je m'excuse, dans mon pays si moi je l'aime le médecin.

(07 avril 2006)

Marlene: D'ailleurs mon médecin traitant à l'hôpital était bien content de se débarrasser de moi quand je lui ai dit que j'étais recommandée ici en réadaptation, il m'a dit OK, alors là, c'est fini! J'ai dit mon rendez-vous alors? Il me dit bien pas besoin de se revoir. Là-bas y vont prendre soin de toi, c'est un très bon centre de réadaptation. Ils vont prendre soin de toi. Quand je suis arrivée [en réadaptation], j'ai parlé à X a dit non, ici on a un médecin, c'est pas un médecin traitant. Ils n'ont pas le droit. Elle peut pas me prendre comme patiente parce que c'est une affaire, c'est pas pareil alors non. Alors moi qu'est-ce que j'ai fait, j'ai rappelé à l'hôpital, j'ai pris un rendez-vous avec lui.

(07 avril 2006)

Il est intéressant de noter que ces extraits laissent apparaître les difficultés liées à la pénurie de médecins au Québec. De plus, lorsque Dolores et Marlene rapportent les propos des personnes du réseau de la santé, on note la dynamique de la transmission du modèle des droits de la personne de la société d'accueil aux immigrants. On décèle aussi dans ce discours une confusion entre le droit et les enjeux de gestion administrative dans les services de santé, sans savoir si cette confusion provient des personnes du réseau ou des clients immigrants. Ces deux possibilités sont plausibles, car la notion de droit s'infiltré partout dans le discours des professionnels, discours repris par les clientes.

La notion de droit implique la notion de préjugé en lien avec celle de discrimination, une notion de la Charte des droits et libertés. Ainsi, on note le même phénomène avec la notion de préjugé qui circule dans la société et qui engendre certaines confusions entre le droit de la personne et les idéologies, autant dans la société d'accueil que chez les immigrants. Cette confusion est illustrée par ces deux exemples, l'un provenant de la fin du groupe de discussion des clients immigrants à la suite d'une question de vérification et l'autre, du groupe de discussion des intervenants. Andrée, ergothérapeute et coordonnatrice de la réadaptation, rapporte dans le second extrait les réactions de collègues vivant hors de Montréal lorsqu'elle leur fait part de ses préoccupations interculturelles :

Dolores: *Non, je pense que toutes les questions [de la recherche] sont très en réadaptation [silence] que, avec ce qu'on a dit, avec qu'est-ce qu'on a répondu, ça peut vous servir pour vos recherches. Moi je voulais coopérer avec toi je te l'ai dit parce que si on est capable d'améliorer quoique ce soit avec des expériences d'autres gens, c'est ça que je te dis simplement de laisser au patient ou au client, de donner un petit peu plus d'opportunité de s'exprimer, sans préjugés ou sans dire non, non, c'est parce que toi t'es ça. Non, c'est juste, moi ma frustration c'est juste ça. L'équipe est super, tout le monde est super gentil, mais de ne pas sentir la pression. De dire dépêche-toi là parce que d'ici sept semaines et tu vas travailler, that's it, that's all, [C'est tout] c'est fini ton cadeau. D'être capable de donner le temps aux personnes, qu'elle apprenne à son rythme. D'une personne à une autre personne, ça va aider beaucoup.*

(07 avril 2006)

Andrée: *Quand j'ai parlé de ce que j'observe, ha ben là, ils ont dit faudrait pas être raciste. Je disais c'est pas d'être raciste, c'est de mettre une réalité en place et comment on peut dire ça, de mettre de côté ces gens-là, mais comment on peut mieux les desservir pis mieux les comprendre, mais, vous savez c'est drôle, autour de la table, ça disait non non, y en n'a pas de problème. Je dis comme OK [silence]. Faut dire que j'étais avec du monde qui travaillait de Québec, eux ils ne vivaient pas la même réalité.*

(26 janvier 2006)

Quand les intervenants en viennent à tenir compte des différences culturelles et à faire part de leurs préoccupations à ce sujet, ils peuvent être perçus comme ayant des préjugés ou étant racistes par leurs confrères ne travaillant pas dans une zone pluriethnique. Ne pas nommer les différences culturelles est un modèle idéologique assez généralisé dans la population qui demeure tant qu'il n'est pas confronté à la réalité, bien que, comme le démontrent les propos de Laure, cette confrontation n'est pas suffisante pour le changer. Pour les agents tiers qui travaillent en contextes pluriethniques, une accusation de discrimination et de préjugé peut aussi venir de la clientèle, ce qui est rarement le cas pour les intervenants, bien qu'ils craignent cette situation (chapitre 1). Quant à ces accusations, le discours du droit réduit les facteurs culturels et la communication interculturelle à la discrimination. Les conseillers peuvent en faire l'expérience dès le premier contact téléphonique :

Hélène: *Oui. C'est parce qu'on [ne] veut pas non plus qu'ils restent avec cette impression-là [qu'on a des préjugés]. Parce qu'il y en a qui sont prompts aussi, pour aller appeler des organismes [pour défendre leurs droits] pour dire [silence] bien oui, ou [silence]. La CSST, y comprennent rien. C'est parce que, on se le fait dire des fois, c'est parce que je suis une ethnique, c'est parce que j'ai un accent, ou c'est parce que [quand une prestation*

est refusée] [silence]. Des fois j'ai envie de répondre, mais je ne vous ai pas vu [le premier contact se fait au téléphone], [Rires] en blague là, parce que c'est sûr, il y a un accent quand même là, mais ça rien à voir. Mais on ne veut pas qu'ils restent sur cette impression-là non plus. Que ce serait à cause de ça.

Chercheuse: Oui, certains sont [silence] méfiants, [ils ont] l'impression que vous auriez des préjugés?

Denise: Exactement, c'est ça. Fait que quand je vois que ça passe vraiment pas le message comme ça, j'aime mieux les rencontrer, essayer de prendre un contact physique avec eux-autres pour dire, regardez, on va essayer de vous expliquer que ça n'a rien à voir là. Ce qu'ils vont garder comme impression, c'est pas évident que ça sera ce que j'aurais voulu là, mais, en tout cas, on aura essayé là-dessus.

Chercheuse: Vous allez patiner [détourner l'attention en disant autre chose] beaucoup pour éviter de donner cette impression?

Pierre: C'est sûr que ces gens-là [les immigrants] vont demander beaucoup plus de temps, parce que souvent, on va leur expliquer quelque chose, ils vont en parler à leur famille, quelqu'un de la famille va nous rappeler. Ce que vous lui avez dit là, pis souvent ça n'a rien à voir, mais en tout cas, ou ça quelque chose à voir, mais je veux que vous me l'expliquiez parce qu'il n'a pas compris. On peut parler à plusieurs personnes comme ça pis on n'aura toujours pas l'assurance que le message est clair.

(21 avril 2006)

On note les silences qui sont révélateurs des tensions qui traversent ce sujet. Il est certain que les contacts téléphoniques augmentent les difficultés de communications entre personnes de différents horizons. On constate aussi que la réduction des enjeux interculturels au modèle de discrimination crée des difficultés de contacts. Sans nier l'existence de préjugés chez les agents tiers, il est intéressant de noter qu'ils font la différence entre le modèle de discrimination qui apparaît dès le premier contact téléphonique et la dimension de communication interculturelle dans l'échange. Pour ce faire, ils doivent changer leur méthode de travail, par exemple, rencontrer en personne les travailleurs blessés plutôt que donner les informations au téléphone. Ainsi, Denise, en tant qu'agente d'indemnisation, n'aurait jamais à rencontrer les clients, mais elle le fait maintenant systématiquement quand il s'agit de personnes immigrantes.

7.3 Les rapports entre le droit de la personne et les idéologies

Plusieurs niveaux de droits rendent aussi le discours plus complexe en contextes pluriethniques. Le Canada est une société de droits, et le système légal est basé sur un système de lois qui interpellent les responsabilités et les privilèges des individus. Plusieurs types de droit coexistent et orientent les décisions institutionnelles et civiles. À ce droit législatif s'ajoutent les droits de l'homme selon la Charte canadienne ou les droits de la personne et de la jeunesse selon la Charte québécoise. Ces types de droits se confondent souvent les uns aux autres, comme le met en évidence cet extrait d'un échange entre deux participantes du groupe de discussion des agents tiers de la CSST. On les voit préoccupées par le fait que certains clients immigrants se fassent représenter par des conseillers privés qui leur demandent des honoraires qu'elles considèrent comme élevés pour des indemnisations auxquels ils auraient automatiquement droit :

Aline: Des demandes qui sont très très [délicates car elles viennent de conseillers privés] [silence] qu'on leur dit. Téléphoner-nous, on va [silence]. Non, il faut passer par une lettre officielle, payée bien sûr [par le client, mais] écrite par le conseiller [privé] et c'est difficile pour nous. Si on essaie de les détacher [ces travailleurs] de leur conseiller [silence] privé, le conseiller [silence] privé va leur dire, bon c'est une [inaudible]. Mais si je leur dis pourquoi vous [ne] m'appellez pas? Essayez, vous n'avez rien à perdre. Vous demandez, d'un coup je répondrais comme ça, oui, c'est possible, vous y avez droit. Vous venez de sauver de l'argent [silence]. Parce que c'est très cher les représentants [privés], [silence] c'est des salaires [des prestations] de 20 000 \$ souvent les gens qu'y ont pis y vont se payer, des représentants [privés] quand y viennent avec eux. Une entrevue peut leur coûter jusqu'à 60.00 \$.

[Au moins quatre participants parlent en même temps]

Ginette: Ils ont droit d'être représentés.

(21 avril 2006)

Aline est préoccupée, car elle a l'impression que certains travailleurs se font duper par ces conseillers privés, du moins à certains moments, puisque certaines prestations sont un droit reconnu par la CSST, elles sont donc automatiques. Le fait que plusieurs parlent en même temps indique une rupture, une confusion qui provient souvent d'un cadre conceptuel qui n'est pas clair (voir le chapitre 11). Ginette réagit comme si Aline remettait en question le droit que les travailleurs soient représentés. Toutefois, Aline ne remet pas en question ce droit. Elle se désolé

que des immigrants se fassent représenter quand il n'y a pas matière à litige, car cela leur coûte inutilement cher alors qu'ils ont peu de moyens. Elle pose la question de la compréhension par les immigrants du système de la CSST et de la Charte des droits de la personne. Les deux positions amènent un questionnement anthropologique sur les différences entre les codes de droits. Du point de vue interculturel, les situations amènent une question sur la compréhension qu'ont les immigrants des systèmes légaux de leur pays d'accueil et sur les usages qu'ils en font. Bien qu'elle se pose dans des termes interculturels, cette question dépasse toutefois les objectifs de cette recherche.

Nous pouvons déjà apprécier la coexistence d'idéologies contradictoires traversée par des notions de droits et de droits de la personne. Ensuite, il est intéressant d'en comprendre les dynamiques et leurs conséquences sur les interactions auprès de clients immigrants. Des pistes d'analyse nous sont fournies par ce premier extrait provenant du groupe de discussion des intervenants dans lequel Martine, psychologue, et Audrey, physiothérapeute, font référence à des demandes contradictoires de la part de leurs gestionnaires respectifs. Ginette, agent tiers, confirme qu'elle retrouve aussi ce discours contradictoire dans son organisation :

Martine: Oui certains administrateurs nous disent de leur donner des faveurs [aux clients immigrants]. D'un côté [il y a] des préjugés qui sont préjudiciables, pis d'un autre côté, au contraire, des faveurs que tu ne donnerais pas ça à un Québécois Canadien-français, pourquoi lui [l'immigrant] on lui donne ça?

Audrey: À l'interne moi, j'avais eu deux fois des commandes comme ça. On l'expédie vite [un premier client immigrant] [silence] pis pour lui [un autre client immigrant], on fait tout ce qu'on a à faire, on donne le 150%. Pourquoi lui, pourquoi? Comme si on donnait du moins bon selon la personne qu'on a devant nous, tu sais?

(26 janvier 2006)

Ginette: C'est comme si il y avait deux discours; on n'a pas à s'adapter à eux [les immigrants], c'est à eux à s'adapter à nous, donc pas de problème (silence) on fait partie du comité [interculturel], ça nous intéresse, on voudrait développer davantage, mais on est limité parce que justement en haut [à l'administration] ils ne voient pas la problématique (silence) parce que il y a comme moitié-moitié finalement, elle ne monte pas [à l'administration nos réalités quotidiennes].

(21 avril 2006)

On note dans cet extrait que les agents tiers et les intervenants sont dans une situation de double contrainte (*double bind*) caractérisée par une situation sans issue, sans possibilité de succès (Bateson et coll. 1981). On peut expliquer ce phénomène de deux façons : la rupture entre la gestion et la réalité (De Gaulejac, 2005) et la présence d'idéologies contradictoires entre nommer ou pas les différences culturelles. Le poids de la rectitude politique, *politically correct*, en est un exemple. D'un point de vue idéologique, en suivant le modèle proposé par Berry (1994) et Bourhis (2008), il est intéressant de noter que ce type d'approche comprend aussi bien les cas de figure assimilationniste qu'individualiste et semble en contradiction avec l'approche canadienne qui favorise le maintien de la culture des immigrants. La rectitude politique permet de penser qu'il n'y a pas de problème d'accessibilité en santé pour les personnes immigrantes et que ceux qui considèrent le contraire adoptent une position discriminatoire (Bowen, 2004). Cette approche universaliste explique que le Canada utilise des indicateurs d'accessibilité universelle pour valider ses modèles d'intervention à partir d'un échantillonnage venant des populations de la société d'accueil (chapitre 4). L'échange qui suit entre intervenants fait apparaître plusieurs des contradictions, des transmutations idéologiques et des mélanges de registres dans lesquels baignent quotidiennement les intervenants :

Manon: *Ben, je pense qu'on a en tête des clients [immigrants], mais de là à généraliser, est-ce que [silence] qu'ils sont représentatifs de leur culture. De un, et de deux, moi je me rappelle très bien qu'on a des rencontres entre cordo [coordonnateurs] de d'autres établissements pis une fois j'ai voulu aborder [silence] au niveau culturel. Est-ce que vous en vivez vous-autres des problèmes des fois de par des facteurs culturels. Ça été perçu très négativement pis il venait d'avoir l'affaire à la télé par rapport, à Tout le monde en parle avec [phrase est coupée par Andrée qui poursuit]*

Andrée: *Le Dr Mailloux qui avait dit, bon c'est des Noirs [d'après ce médecin, les tests d'intelligence démontrent qu'ils sont moins intelligents que les Blancs], tout ça pis les gens quand j'ai parlé de ce que j'observe, ils sont dit ha ben là, faudrait pas être raciste.*

Martine: *Quand on a fait la réunion sur la recherche avec X [recherche québécoise sur les facteurs psychologiques qui influencent la réadaptation] j'ai posé la question [qu'en est-il pour les immigrants?], [silence]. Ça lui [le chercheur] a complètement échappé. C'est un angle qui n'avait jamais été abordé dans la recherche d'aucune manière. Non, [la culture], c'était pas un facteur. Mais moi (silence) pour mes agents payeurs aussi. Mes agents payeurs habitent à Sainte-Foy. Moi, la majorité de ma clientèle, la majorité de ma clientèle est d'une autre origine ethnique. C'est sûr que ça doit avoir une influence à quelque part. Comment on peut entendre [silence] de mieux les comprendre, de mieux les desservir. Mais c'est pas toujours perçu comme ça. C'est comme [silence]*

si on a des préjugés [silence] [quand on aborde cette question].

Andrée: C'est pas politically correct, [silence] il y a comme une espèce de tabou qui dira que si tu nommes quelque chose [silence] ça va déranger.

Albert: Et c'est très drôle parce que, en même temps [silence], c'est canadien [silence] de dire aux immigrants de garder leur culture.

Andrée: Mais moi mes agents [d'indemnisation] sont à Sainte-Foy, (silence). Tu sais dans le programme de retour au travail [r.t], la dernière fois ils m'ont dit, bien là on va prendre une décision par rapport à ces gens-là qui sont d'une autre culture. Peut-être qu'on les acceptera plus dans le r.t.¹⁴³ fait que ça va être rendu peut-être un critère d'exclusion pour venir à r.t. Pis je me dis, mon doux, ils ont rien compris [rires]. Il y a un ravin entre notre expérience et celle des décideurs. Ils le voient bien. Pis la solution à apporter c'est, au lieu de travailler à modifier quelque chose pis trouver c'est quoi la solution, mais non, on va les exclure du r.t.

Martine: C'est le même monde qui te parle de la mosaïque culturelle au Canada [silence]. Moi je pense que j'ai vu les deux extrêmes, des préjugés très très très défavorables, condamner quelqu'un avec des préjugés vraiment très négatifs. Pis l'autre extrême là, lui il faut le traiter vite parce qu'il vient juste d'arriver, c'est comme si ça allait causer un incident diplomatique.

(26 janvier 2006)

Les intervenants observent chez leurs clients des caractéristiques personnelles où la composante culturelle est présente. Ils peuvent même noter des composantes très claires pour certains groupes immigrants. De façon très prudente, ils tentent parfois d'introduire des facteurs culturels dans l'élaboration des problématiques d'intervention. Ils se permettent alors de briser un tabou qui exige de ne pas nommer les différences culturelles perçues tout en brisant une règle de rectitude politique qu'ils suivent eux-mêmes, mais qui est contredite par leurs expériences quotidiennes. Ces expériences échappent toutefois à ceux qui ne sont pas dans des contextes d'interventions pluriethniques, comme les chercheurs, les administrateurs et les agents d'indemnisation de la SAAQ localisés à Québec où il y a peu d'immigrants. Les intervenants notent que l'approche de rectitude politique est d'autant plus forte que les personnes qui la défendent ont peu de contacts quotidiens avec des immigrants.

¹⁴³ r.t. est le sigle de programme de réadaptation au travail

Plusieurs intervenants soulignent que, selon l'idéologie de rectitude politique, nommer des spécificités culturelles provoque une critique de racisme. Leur position est encore plus délicate quand les médias sont mobilisés par des idéologies contradictoires qui créent des phénomènes paradoxaux, comme le fait l'émission de télévision *Tout le monde en parle*. Ainsi, plusieurs recherches confirment que les Noirs et les Amérindiens ont des résultats plus bas que les Blancs lors de l'administration de certains tests d'intelligence et que les Asiatiques ont des résultats plus élevés que les Blancs. (Suzuki et Gutkin, 1993.) Un professeur de l'Université de Montréal, Serge Larrivée (chapitre 4), a par ailleurs fait la promotion de ces résultats, tel que l'a expliqué le Dr Mailloux lors de son apparition controversée à cette émission de télévision qui lui a valu d'être radié de façon temporaire par l'Ordre des médecins. Ce positionnement qui se veut scientifique pose à mon avis un problème épistémologique. Tel qu'on l'a vu au chapitre 2, il s'agit d'un problème d'échelles (Bateson, 1984). Une des conséquences de ne pas reconnaître les différences culturelles est que les institutions occidentales ne réalisent pas que leurs objets de pratique sont culturels, comme des tests qualifiés de « *culture free* » par l'*American Association of Psychology*¹⁴⁴. Dans ces institutions, il manque les connaissances nécessaires pour invalider ces tests, ce qui est le cas de la psychologie, et les tests avec des mesures physiques, comme le rapportent des intervenants en formations interculturelles.

En bref, les rencontres interculturelles sont traversées par plusieurs idéologies contradictoires qui influencent autant les personnes de la société d'accueil que les personnes immigrantes. Dans les contextes pluriethniques, la plupart des intervenants et des agents tiers sont forcés de reconnaître les limites de leur approche et de remettre en question l'universalité reconnue des modèles institutionnels. Ils tentent alors d'introduire des composantes culturelles dans le modèle d'analyse prévalant afin de construire un nouveau savoir qui tient mieux compte de leurs réalités complexes et puisse mieux les aider dans l'adaptation de leur pratique. Ce faisant, ils se confrontent aux idéologies contradictoires en vigueur dans la société et leur vision reste marginale.

¹⁴⁴ C'est le cas, par exemple, de la matrice de Raven, qui est décrit comme tel, car il est non verbal. Il s'agit de reconnaître des ensembles similaires. Dans ce cas, la culture est réduite au verbal, le non verbal, comme la musique, est souvent perçu, à tort, comme universel. Dans un autre cas, il est pensé que traduire un test verbal dans une langue locale élimine les barrières culturelles (Gratton, 2009).

Les observations des intervenants et des agents tiers s'inscrivent dans des confrontations quotidiennes entre les actions établies par des modèles de pratiques basés sur une accessibilité universelle et des actes concrets posés au quotidien (Mendel, 1008). Les extraits choisis mettent en évidence le système de santé dans lequel les clients immigrants tentent de s'orienter, ainsi que les marges de manœuvre laissées aux intervenants et aux agents tiers par leurs institutions respectives. Dans la plupart des cas rapportés par les intervenants, leurs observations culturelles et interculturelles ne sont pas utilisables du point de vue institutionnel, car elles n'entrent pas dans les catégories existantes, ne pouvant être pensées par l'institution (Douglas, 1989). Les expériences interculturelles des intervenants les poussent à introduire de nouvelles catégories épistémologiques qui s'immiscent en complémentarité avec l'ordre universel, l'ordre social et l'ordre individuel : l'ordre culturel. La conception d'un nouveau modèle de savoir adapté aux contextes pluriethniques est difficile parce que traversée par des positions idéologiques trop souvent partielles et contradictoires, se métamorphosant selon les contextes.

Dans ce chapitre, il s'agissait d'étudier les représentations des différences culturelles. On a constaté que les positionnements concernent des stratégies identitaires et des idéologies fluides et volatiles qui rendent complexes les rencontres interculturelles. Au prochain chapitre, je m'attarderai à d'autres facteurs spécifiques aux rencontres interculturelles qui complexifient le tableau : les barrières linguistiques; la méconnaissance du système de santé et les barrières culturelles.

CHAPITRE 8 : LES BARRIÈRES DITES OBJECTIVES

La description qui va suivre est réalisée à partir d'une approche interactive et herméneutique, une approche utilisant un modèle interculturel qui demande de se centrer sur soi-même pour mettre en évidence ses propres ancrages culturels (chapitre 6) puis de se décentrer pour s'intéresser à l'autre. On a vu dans le chapitre précédent des positions contradictoires dans le rapport entre les droits de la personne et le fait de nommer ou non des différences culturelles. Cette démarche met aussi en lumière les difficultés objectives (Battaglini, 2000) qui peuvent rendre inaccessibles les services aux populations immigrantes. Les facteurs objectifs sont reconnus pour s'ajouter aux entraves habituelles qui limitent l'accès des immigrants à des services auxquels ils ont droit. Il s'agit de facteurs administratifs, géographiques et économiques. On les observe principalement à la CSST. À l'instar de la trajectoire migratoire, ils peuvent avoir un impact sur le processus de réadaptation, particulièrement à la dernière étape, c'est-à-dire le retour au travail.

L'analyse qui suit souligne la particularité des problèmes en contextes pluriethniques qui rappellent que les immigrants ne sont pas un groupe homogène et sont culturellement diversifiés (Côté, 2012). Les facteurs économiques, géographiques et administratifs sont considérés comme objectifs, car ils sont mesurables, comparativement aux données culturelles qui sont plus qualitatives (chapitre 9). Toutefois, les chiffres découlent d'une vision du monde et de valeurs qui amènent l'économie à être aussi traversée par les questions culturelles et idéologiques (Dumont, 1977), deux éléments difficilement distinguables l'un de l'autre. En économie, les aspects culturels et idéologiques restent trop souvent dans l'ombre (chapitre 4). Il en est de même pour l'influence de la trajectoire migratoire en tant que facteur objectif influant l'accessibilité des services et leur prestation. Ces aspects sont exposés lors de la réadaptation physique des personnes immigrantes.

Dans la même lignée, le système canadien, basé sur une accessibilité géographique et linguistique, permet de garder l'illusion que les populations immigrantes ont un accès universel à la santé (Bowen, 2004). Par ailleurs, les indicateurs de performance et de qualité de la gestion actuelle ne mesurent pas les caractéristiques des services aux populations immigrantes, car ils ne

sont pas conçus selon la réalité des actes à poser dans le travail quotidien (Bowen, 2004; De Gaulejac, 2005; Dejours, 2000). Le facteur d'accessibilité linguistique prend une couleur particulière au Québec; la problématique y est peu reconnue étant donné que le ministère de l'Immigration et des communautés culturelles favorise une immigration venue des pays francophones. Toutefois, tel que nous le verrons, les réalités sont plus complexes qu'il n'y paraît à première vue sur le terrain des rencontres interculturelles. De plus, même quand les compétences linguistiques et la connaissance du système de santé sont suffisantes, les conditions du marché du travail peuvent représenter un dernier obstacle à la réinsertion au travail.

8.1 Le marché du travail dans les contextes pluriethniques

Ce chapitre propose d'entrer dans l'univers des participants, intervenants et agents tiers qui discutent des barrières structurelles qu'ils observent et qu'ils souhaitent réduire pour favoriser l'accessibilité à leurs services et pour permettre à leurs clients d'exercer leurs droits en matière de santé. L'échange suivant tiré du groupe de discussion des agents tiers met en évidence la contextualité des expériences des participants qui orientent les savoirs qu'ils développent en contextes pluriethniques. Dans l'exemple suivant, leurs observations sont significatives, car elles montrent une connaissance de secteurs d'emploi où se retrouvent les immigrants selon leur groupe ethnoculturel. Malgré sa longueur, j'ai opté pour garder l'extrait en entier parce qu'il évoque la complexité de la réalité des différents acteurs de la réadaptation en contexte pluriethnique.

Cet extrait est d'autant plus intéressant qu'il survient après un échange entre Ginette et Laure, cette dernière rappelons-le, n'observe pas de différence culturelle. Pendant cet entretien, Ginette, aussi conseillère en réadaptation, réalise que la place de chaque agent tiers lui permet d'observer une perspective particulière quant aux dynamiques interculturelles. Ginette en conclut que son expérience ajoutée à celle des autres peut permettre d'offrir une vue d'ensemble de la situation du travail dans différentes communautés ethnoculturelles. La conseillère suggère alors d'effectuer un tour de table pour vérifier sa compréhension. Cette proposition me semble intéressante pour la recherche en cours et je suggère aux participants de faire le tour de table proposé pour que chacun

présente le secteur d'emploi dont il est responsable relativement aux dynamiques interculturelles observées.

Précisons d'abord qu'à la CSST, l'organisation des services se fait selon les secteurs d'emplois. On retrouve 20 secteurs d'activités¹⁴⁵. Étant donné que le groupe de discussion regroupe huit participants, tous les secteurs ne sont pas représentés, d'autant plus que certains sont régionaux, par exemple l'agriculture et la foresterie. Sans être exhaustives, les données recueillies indiquent tout de même des tendances importantes dans le marché du travail de la région de Montréal, expliquant également les représentations inégales des immigrants dans les clientèles des agents tiers. Denise dresse donc ici le tableau de ce qui ressort de son expérience, elle qui est la seule agente d'indemnisation parmi les conseillers en réadaptation. Je reprends la discussion, après cette proposition, au moment où Ginette commence elle-même à décrire son secteur de travail qu'elle met en premier en rapport avec des réactions individuelles :

Ginette: Comme tous les travailleurs, je pense que chaque intervenant, on réagit de façon différente par rapport à la personne qui est devant nous et on ne se le cachera pas, notre principal outil de travail et vous êtes psychologue [fait référence au fait que le chercheur est aussi psychologue], vous êtes dans le même bateau, c'est nous-mêmes, c'est nos habiletés à entrer en communication pis en relation avec les autres. Ceci dit, on a chacun nos case load [charge de travail] qui sont divisés en secteurs d'activités économiques. Moi j'ai eu des périodes où j'avais des employeurs, où j'avais beaucoup de travailleurs italiens. J'avais des garages, des petits garages, des mécaniciens italiens, j'en ai eus beaucoup. Là ces temps-ci j'ai beaucoup d'Arabes parce que dans le secteur dans lequel je suis, j'ai beaucoup de travailleurs arabes. Les problématiques ne sont pas les mêmes, et mes besoins sont pas les mêmes.

Chercheuse: Est-ce qu'on pourrait faire le tour, comme ça, pour voir s'il y a un ancrage, s'il y a des tendances qu'on peut voir en fonction de vos secteurs pour voir si cette hypothèse-là tient la route [celle que Ginette a fait un peu plus tôt], c'est peut-être intéressant.

¹⁴⁵ Administrations publiques; agriculture; foresterie; pêche et chasse; arts; spectacles et loisirs; autres services; commerce de détail; commerce de gros; construction; extraction minière et extraction de pétrole et gaz; fabrication; finances et assurances; gestion de sociétés et d'entreprises; hébergement et services de restauration; industrie de l'information et industrie culturelle; services administratifs, services de soutien, service de gestion des déchets et services d'assainissement; services d'enseignement; services immobiliers et services de location et de location à bail; services professionnels, scientifiques et techniques; services publics; soins de santé et assistance sociale; et transport et entreposage. <http://www.csst.qc.ca/prevention/risques/Pages/selectionsecteur.aspx>, site consulté le 5 octobre 2012.

Hélène: *Des fois on n'a pas les mêmes problèmes, tu sais, on ne partage pas les mêmes problèmes.*

Chercheuse: *Et vous quel est votre secteur d'activités?*

Lise: *Moi j'ai tout; Postes Canada, imprimeries, papier et petites épiceries, bien Super C, les bouchers, les choses comme ça. Mais c'est plus rendu québécois de ce temps-ci, je suis plus sur le côté québécois.*

Chercheuse: *C'est ça, ça vient par cycle on dirait.*

(21 avril 2006)

Le commentaire de la chercheuse fait dévier la conversation. Pierre répond qu'ils n'arrivent pas à prévoir ce qui les attend et qu'ils ont besoin d'appui en ce sens, notamment une supervision pour apprendre à se détacher quand le travail devient lourd. Lise et Laure abondent dans le même sens et ajoutent que cela fait des années qu'elles demandent ce type d'aide. Ginette tente de ramener la discussion vers le tour de table en précisant: « c'est mon cheval de bataille, avoir de la supervision, car même en dehors des contextes pluriethniques, le fait d'être intervenants [agents tiers] est une tâche très lourde ». Le chercheur fait ensuite une synthèse qui ramène les participants sur le thème :

Chercheuse: *OK. Mais je trouve ça important. Vous soulevez un débat sur le fait que dans votre milieu, ce n'est pas uniforme la pensée par rapport à cette question-là. Et vos positions sont très nuancées. Qu'il y a différentes visions en fonction de facteurs qu'il nous faudra comprendre là, mais, c'est important que ça soit clarifié.*

(21 avril 2006)

Un des participants (impossible de l'identifier) demande de revenir au tour de table, ce que tous ne sont pas prêts à faire, certains sentant le besoin d'insister sur une rupture entre leurs expériences quotidiennes, l'encadrement professionnel pour cette problématique et la gestion (chapitre 4) :

Lise: *C'est sûr et certain, comme je le disais, bien à un moment donné on apprend sur le tas [en pratique].*

Ginette: *Mais si ça monte pas en haut [à l'administration] ces difficultés-là, des fois je me dis, c'est peut-être pas du racisme, je le sais pas si il pourrait pas y avoir à un moment donné où on garde ça à notre niveau pis que l'organisation peut-être ne regarde pas ça en disant peut-être bien si on voit une problématique mettons avec les Musulmans, est-ce*

que ça peut créer quelque chose avec la communauté musulmane bon parce que bon à la CSSST on aurait certaines problématiques avec les Musulmans.

(21 avril 2006)

Cet extrait souligne des difficultés quant aux idéologies qui traversent les problématiques interculturelles (chapitre 7) et la difficulté de s'attarder à des facteurs objectifs lorsqu'il est question de contextes pluriethniques. Il met également en lumière la diversité des visions sur ces problèmes selon les positions de chacun, car ils manquent de modèles pour penser ces problématiques. Dans le cas présent, on comprend que les expériences des agents tiers échappent à leur organisation (chapitre 4), les laissant sans soutien particulier pour une tâche déjà lourde. Le manque de vocabulaire adéquat met aussi ce manque en évidence, tel qu'on le voit avec l'usage du mot *caste* par Pierre qui tente de faire référence à des comportements différents concernant des problèmes de sécurité, sans que l'on sache vraiment à quoi il fait référence :

Pierre: Bien il n'y a pas d'inspecteurs alentour de la table, mais eux-autres ont peut-être des problèmes directement là de ce temps-ci avec les castes, sécurité versus [silence]. C'est plus terre à terre eux-autres. Tu dois appliquer pis si à cause des régions, il faut appliquer notre loi, mais nous à notre niveau, c'est moins gros en tout cas.

Ginette: C'est sûr [silence] certains inspecteurs, ils m'ont nommé ces problèmes-là [silence]. Ils s'arrangent avec.

Chercheuse: OK. Ils se sentaient pas dépassés par ça, ils sentaient que c'est une job qu'ils font quand même [silence].

Lise: La seule chose que c'est plus difficile c'était par exemple ils ont eu quelques chantiers dont le quartier chinois où tous les travailleurs étaient chinois, évidemment (silence) [ils ne] parlent pas français, anglais [rires] [silence] [ils échantent] seulement avec des gestuelles.

Chercheuse: Il y avait les barrières linguistiques?

(21 avril 2006)

Les intervenants reviennent sur leurs expériences par secteurs d'activité :

Aline: Je pense que peut-être que tu as avancé [l'hypothèse qui a amené le tour de table]. Je la trouve bien intéressante. Autour de la table on fait tous le même métier, mais selon le domaine, le type d'entreprise où on fonctionne, on n'a pas du tout la même proportion [d'immigrants]. Moi tantôt quand j'ai dit mon nombre, j'ai dit coudons [écoutes dont], j'en ai plus que les autres.

Chercheuse : *Oui.*

Aline: *Mais si je regarde par rapport. Moi j'ai aliments, meubles et boissons. Beaucoup de petits emplois au salaire minimum, beaucoup d'emplois de journaliers, pas de spécialisations, les immigrants vivent là massivement. Je regardais dans le domaine de la bouffe, la fabrication d'aliments, il y a énormément d'Asiatiques évidemment, il y a tous les [inaudible] et compagnies où il y a énormément d'Asiatiques, mais on les retrouve beaucoup dans ces domaines-là, les Indiens aussi. Il y a des compagnies de fabrication de pizzas, c'est tous des Sikhs, il y en a tellement de Sikhs qui [silence], ils ne sont même pas capables de les identifier. On appelle pour notre client pis ils ne savent pas si le frère ou la sœur. Je me disais oui, ils sont interchangeable! [rires]. Dans le domaine, dans l'abattoir, c'est majoritairement Haïtiens avec des patrons Juifs mais Haïtiens à 95% très très particulier comme milieu. Dans le milieu du meuble, il y a beaucoup de Portugais, beaucoup d'Italiens, beaucoup de gens je sais qu'il y a le Maroc, les pays du nord de l'Afrique qui ont appris le travail d'ébénisterie, du bois, ils arrivent ici et ils essayent de se replacer comme journalier dans le milieu du bois. Alors je pense que dépendant des gens ici, on n'a pas du tout [les mêmes types de clients].*

Pierre: *Dépendamment des milieux, si c'était la commission scolaire mettons, t'as certainement pas la même clientèle que moi.*

Hélène: *Mais à Postes Canada, [silence]
(silence), moi je parle de ça, c'est plus scolarisé souvent.*

Chercheur: *OK Santé et services sociaux, donc?*

Pierre: *Infirmières, préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires.*

Denise: *Moi j'en n'ai pas, j'en ai presque pas [des immigrants].*

Pierre: *Évidemment c'est souvent des gens qu'il faut qu'ils aient eu une formation [locale] pour avoir accès à ces postes-là. Donc c'est sûr qu'on ne parle pas de la même réalité.*

Chercheur: *Pis les barrières, il y a une meilleure connaissance de notre réseau ne serait-ce que par la scolarisation [locale] qui donne la possibilité d'avoir ces postes-là. Donc l'ampleur des difficultés peut être différente.*

Pierre: *Probablement, comme ils travaillent eux souvent dans le service à la clientèle aussi, ils offrent des services à des personnes malades dans les CLSC, CHSLD, hôpitaux, donc c'est souvent des gens qui maîtrisent la langue.*

Hélène: *Tout le côté médical, soins et tout ça.*

(21 avril 2006)

Cet extrait demande une explication, car, au Québec, une partie des immigrants est plus scolarisée que dans plusieurs pays (Girard et coll., 2008), comme l'ont montré Aydemir et Borjas (2007) (chapitre 4). Par ailleurs, le Québec sélectionne des immigrants qui, en principe, devraient parler français, mais sur le terrain, les observations mettent une autre réalité en évidence. L'extrait réfère à une moyenne. Parmi ces immigrants, certains d'entre eux, peu importe leur niveau de scolarisation, suivent des formations locales qui aident leur insertion, ce qui est moins fréquent chez les immigrants qui travaillent dans des enclaves ethnoculturelles et linguistiques. Il est vrai que les immigrants qui travaillent en santé doivent maîtriser un bon niveau de français puisqu'ils sont en contact avec la clientèle. Toutefois, tel que Marlene nous le fera découvrir sous peu, l'acquisition du français pose encore certaines difficultés aux intervenants immigrants.

Par la suite, plusieurs participants parlent en même temps, rendant difficile la compréhension de la discussion. Le chercheur fait alors un rappel pour que la discussion puisse reprendre :

Chercheuse: Hein vous êtes où là parce qu'il y en a deux en même temps, hey que ça va être le fun quand je vais avoir à taper [transcrire] ça.

Hélène: Ça fait pas grand chose. Là c'est parce que je lui faisais un petit clin d'œil parce qu'elle m'a dit que j'avais un préjugé Postes Canada c'est québécois. Mais tu serais surpris depuis six ans, il y a eu une augmentation d'immigrants à Postes Canada. Donc je ne sais pas si au niveau, ça prend un programme, ou s'ils ont réussi leur secondaire V parce que ça prend un équivalent de secondaire V, donc ils embauchent de plus en plus et je me retrouve avec de plus en plus d'immigrants et avec des problèmes de perception. Tu te retrouves avec des immigrants que ça fait pas trop longtemps qu'ils sont là pis on se retrouve avec des diagnostics de troubles d'adaptation [suite à une réclamation à la CSST] parce qu'ils ont l'impression de subir du harcèlement par rapport aux autres. Des fois c'est des petites niaiseries de relations de travail, mais c'est un autre, là je retombe dans un autre, là c'est toute une autre dynamique. Et là t'es obligé de t'asseoir.

Chercheuse: Parce qu'il y a la Loi sur le harcèlement qui va venir jouer là-dedans pis ça rentre dans votre nouvelle structure, d'intégrer [cette problématique dans les lésions professionnelles].

Laure: De trouble d'adaptation et là tu te retrouves à dealer des problèmes de relations de travail, des problèmes de perception du travailleur, etc. C'est assez particulier.

Chercheuse: Ok, vous, vous êtes où? Avec quel type de clientèle?

Denise: Conseiller d'entretien ménager, la danse, des compagnies d'agence de personnel.

La discussion dévie une fois de plus puis revient sur le sujet par elle-même :

Ginette: Des fois on a un paquet d'affaires qui ont pas rapport. Moi j'ai l'aéronautique qui entre autres est la moitié de mon case load [charge de travail], pis des fois c'est 75 % de mon case load. Je vais à toutes les semaines chez Bombardier, toutes les semaines je suis là. Et les vêtements, les magasins là Reitman, America, la mode, tout ça. Des affaires complètement différentes. En aéronautique, j'ai quand même beaucoup de Musulmans. Souvent [ils] sont chez Bombardier et ils ont le sentiment qu'ils sont arrivés à quelque chose parce que c'est payant pis c'est reconnu, c'est valorisé à quelque part Bombardier à Montréal. C'est Bombardier, tu sais, ils sont contents, sont fiers, tout ça, alors que au centre de distribution de Reitman, tu sais le gars qui est avocat au Maroc pis qui se retrouve à pitcher [lancer] du linge dans un convoyeur tu sais, c'est pas pareil pantoute pantoute (du tout).

Chercheuse: Et cette différence, ça influence au niveau des plaintes, des comportements, des demandes?

Ginette: Il y a plus de résistance quand quelqu'un qui fait une job de manutentionnaire que quelqu'un qui est ajusteur, monteur d'avions. L'ajusteur, monteur d'avions va vouloir rester là pis il va essayer de travailler.

Denise: Bien je pense que c'est un peu tout ça aussi, communautés confondues ou pas. Si la personne, si moi j'ai des gens du milieu artistique, du cinéma, de la télévision ou autre, ils aiment leur job, ils aiment leur milieu, ils vont tout faire pour retourner là. On est déjà gagnant, des danseurs, des grands ballets et compagnie.

Laure: C'est peut-être pour ça qu'une autre personne qui espérait mieux en arrivant ici pis qui se retrouve malheureusement à un type d'emploi qu'il n'aurait pas voulu choisir, que ça soit un Québécois ou autre. T'espères plus.

Lise: Pour la même raison que moi j'ai eue quand j'étais en indemnisation dans une autre région avant la création du DASOM [Direction de l'admissibilité et du soutien aux opérations de Montréal], moi je m'occupais le linge, tu sais, la couture, les couturières. Pour la même raison, les madames [dames] qui ont été couturières 35 ans pis qu'on trouve un emploi convenable en couture (silence) pis on tombait dans certaines cultures, je dirais hispanophones en grande partie, ces dames-là disaient, moi j'ai atteint un âge, tu travailles plus. Je me suis usée les épaules, je me suis usée partout là, pis non, fini. Quand on envoyait les dossiers en réadaptation c'était du sport.

Chercheuse: Si on finit juste le tour [avant de passer à la réadaptation]?

Denise: Moi depuis les deux dernières années (silence) des cas graves, c'est CSST, amputation grave, qui tombe, à leur compte. Il y en a qui sont très mal, il n'y a pas de retour au travail, et il y en a qui sont chanceux, qui s'en sortent bien. Souvent je les ai pris au cas [par cas] parce qu'ils sont très contents d'être vivants et qui veulent absolument continuer dans leur vie. Alors j'ai des beaux, beaux cas. Et il y en a d'autres, ça se peut qu'ils s'en sortent très bien, mais les problèmes, c'est comme tout autre cas,

c'est pas toujours dans la région, ce qui est problématique c'est qu'ils [inaudible] alors, mais j'ai pas beaucoup dans ce caseload [charge de travail], j'ai pas beaucoup d'ethnies.

Chercheuse: *Comment vous expliqueriez ça?*

Denise: Je ne sais pas pourquoi, mais j'ai de la construction quand même, le transport et j'ai [rires] dans les usines, des gens qui perdent, qui sont amputés etc. J'ai pas beaucoup d'ethnies.

(21 avril 2006)

On note que le travail des agents tiers est lourd; leurs conditions de travail représentent une problématique en soi (De Gaulejac, 2005). À ceci, j'ajoute que leurs expériences interculturelles les mettent en rupture avec leur organisation. Cette situation laisse les agents tiers livrés à eux-mêmes dans les contextes pluriethniques, comme c'est le cas aussi pour les intervenants en réadaptation. En effet, les facteurs objectifs auxquels les agents tiers font référence, par exemple les secteurs du marché du travail, sont aussi traversés par des dynamiques interculturelles qui échappent aux organisations et aux analyses statistiques, faute d'indicateur micro (chapitre 4). L'hypothèse de Ginette est exacte; les agents ignorent les caractéristiques culturelles des secteurs où ils n'ont pas travaillé, à moins d'avoir eu des échanges informels sur le sujet.

On constate également que ces agents ont accumulé des informations importantes et des connaissances interculturelles privilégiées. L'étude des rapports entre immigration et accidents de travail n'est pas un objectif de cette recherche, bien que certaines recherches mettent en évidence le nombre plus élevé d'accidents chez les travailleurs immigrés que chez les travailleurs locaux (chapitre 4). Le portrait dressé par l'ensemble de ces informations explique que l'insertion des immigrants peut être plus difficile, car leurs conditions de travail sont différentes et plus complexes que celles des travailleurs locaux compte tenu de barrières linguistiques, d'une organisation différente du travail et de la société, d'une organisation différente de l'entreprise si les employeurs sont eux-mêmes immigrants et du maintien des différences ethniques à travers le temps (Barth, 1995).

8.2 Les facteurs géographiques

Les facteurs géographiques sont reconnus comme un facteur influençant l'accès universel aux services de santé canadiens (Bowen, 2004). Dans les contextes pluriethniques, il faut revoir cette question sous l'angle de la diaspora. Nous verrons l'importance de la famille au sein de plusieurs communautés dites non occidentales, accentuée lorsque les relations sociales prennent une forme d'interdépendance (chapitre 9). Cette forme sociale et culturelle impacte de plusieurs manières la réadaptation. D'un côté, plusieurs membres de la famille sont présents et l'intervention est pensée en termes individuels. De l'autre, ce qui est le cas de Marlene et de Dolores, les personnes se retrouvent assez isolées, car leur famille est à l'étranger. Cette dernière situation contredit la croyance que tous les immigrants sont bien entourés (Lavoie et coll., 2007) et invite à une vérification au cas par cas. Même lorsque la famille est éloignée, les intervenants et les agents tiers notent qu'un système décisionnel différent de celui des familles d'origine québécoise persiste malgré la distance. Cette situation rend la communication plus difficile entre les clients et les intervenants, car les règles de prises de décision individuelles et la communication *in situ* ne prévoient pas un type de fonctionnement adapté à la situation d'éloignement.

Dans certains cas, on cache à la famille ou à un membre de la famille éloignée l'accident ou l'état de santé afin de ne pas les inquiéter, comme Marlene l'a fait avec sa mère. Lorsque la famille, même lointaine, peut être mobilisée, certains de ses membres se déplacent pour accompagner la personne souffrante. Comme je l'ai entendu lors de formations en relations interculturelles, cette situation complique par moments la réadaptation, car certains clients, à qui leur famille avait trop manqué, préfèrent profiter de sa présence plutôt que de venir en réadaptation. Cette situation inquiète les intervenants qui craignent la chronicité qui risque de se développer en conséquence du temps encore plus réduit dans ce cas, pour la réadaptation. D'autres enjeux seront présentés sous peu. Pour le moment, j'aimerais seulement souligner que la diaspora peut mettre en péril la réadaptation, car le modèle d'intervention demande une concentration des activités thérapeutiques, ce qui devient difficile quand les clients immigrants tiennent compte de leurs relations et de leurs obligations familiales. Par exemple, ceci arrive lorsque les clients doivent se rendre à des funérailles à l'étranger. Il arrive même que plusieurs demandes soient faites pour

l'enterrement d'un même membre de la famille, comme l'explique Aline un peu irritée par cette demande répétée :

Aline: Il faut y aller avec précaution parce que il y en a dont la mère va mourir 4 fois. Un Haïtien, sa mère est morte deux fois. Je lui ai dit parce [silence] deux fois dans l'espace d'un an et demi. Pis je lui ai dit elle est déjà morte. Je lui ai quasiment dit la date. Ah il me dit, ah bien c'est comme ma mère, c'est quasiment comme ma mère, sa deuxième mère.

(21 avril 2006)

Cette forme de liens familiaux qui s'installe chez les Haïtiens dans le *lakou* (la cour) où les tantes prennent une place très importante est connue des anthropologues, mais n'est pas prévue par notre système administratif et économique local calqué sur une logique de famille nucléaire qui ne reconnaît qu'un congé par mère en cas de mortalité. Les coûts des primes d'assurance chargés aux entrepreneurs ne comprennent pas un prolongement de la réadaptation pour ces raisons. Par contre, il y a une compréhension universelle de l'importance de la famille, une compréhension qui, selon Pierre, amène à tenter d'offrir à un Haïtien ce qu'on accorderait à un Gaspésien pour retrouver ses frères pendant les vacances d'été, mais seulement si ce départ ne remet pas la réadaptation en question. Dans le cas où un congé se prolonge, il est prévu dans les règles de fonctionnement de suspendre les indemnisations. Toutefois, les agents tiers tentent souvent de favoriser la meilleure relation possible malgré les contraintes, car une mauvaise relation compromet les effets du processus de réadaptation (Baril et coll., 2008). Étant donné que ces situations ne sont pas prévues par les organisations, les décisions, peu importe qu'elles soient en faveur ou non des travailleurs immigrants blessés, comportent un aspect arbitraire et peuvent impliquer des jeux de pouvoir :

Lise: Moi je me souviens, un Arabe, qui avait eu des problèmes avec l'autre conseiller parce que l'autre conseiller voulait absolument qu'il prenne un autre métier pas comme [silence] dans son métier, dans son pays tout ça, mais lui [le travailleur] il ne voulait pas pis, c'était de la résistance. Le conseiller part pour une autre région, moi je reprends le dossier. Le monsieur était parti en voyage, il [le conseiller] l'avait suspendu. Je rencontre le monsieur, il revient de voyage pis il disait j'ai été suspendu, mais j'avais pas reçu la lettre à la bonne adresse, j'avais changé d'adresse, en tout cas. Pis ma boss m'avait dit : est-ce que de le repayer, parce que c'est ça qu'il [le travailleur] voulait dans le fond, moi j'étais parti, j'étais pas au courant, il était suspendu, est-ce que de le repayer ça va repartir mieux ta relation pis ça vaut [la peine]. Moi je pense que oui. On l'a repayé, on

est reparti [avec la réadaptation], ça n'a pas pris de temps [silence]. Il a collaboré à sa réadaptation, il a fait un autre genre d'emploi et il était [collaboratif].

Pierre: On pourrait faire ça peut être en situation de pouvoir. C'est ça, moi, ça toujours été important c'est d'être, de descendre au même niveau. C'est sûr qu'on a un cadre légal pis qu'on peut l'appliquer, mais dans certains cas, que ça soit pour des voyages ou c'est arrivé aussi (inaudible). On n'est pas obligés.

Chercheuse: Est-ce que vous laissez partir un canadien français en voyage quand il est fatigué?

Laure : Si ça [ne] retarde pas, c'est la même chose. Ça donne une chance, on [ne] fait pas de différence.

Aline: C'est pas parce qu'ils nous disent [silence] ça fait des années qu'on n'a pas pris de vacances, on était en traitement [silence]. Pis si anyway! [De toute façon].

Ginette: Mais ça arrive peut-être plus souvent dans les communautés culturelles où leur [silence] maladies sont beaucoup plus [silence].

(21 avril 2006)

Avec les silences, on note ici une rupture; les agents ont de la difficulté à préciser leur pensée. Il semble que le modèle juridique qui les encadre soit insuffisant pour leur permettre de penser et de trouver des repères dans des situations pluriethniques complexes qui débordent du cadre médico-légal habituel. Ce manque de balises rend les prises de décisions plus délicates pour les agents tiers. Les clients aussi sont devant une situation complexe lorsqu'il s'agit de prendre une décision, parce que celle-ci se prend souvent en famille. De plus, plusieurs travailleurs blessés ont des responsabilités envers les membres de leur famille au pays d'origine. Dans certains cas, leur apport financier est même essentiel à leur survie. Étant donné que les prestations des tiers payeurs ne sont pas à la hauteur des revenus habituels des travailleurs, les intervenants et les agents tiers observent que les pressions économiques qu'ils vivent créent une pression psychologique qui peut avoir des conséquences sur la douleur et sur la réadaptation. Les agents tiers notent également que, même au pays d'accueil, plusieurs immigrants ont des responsabilités économiques très lourdes en prenant en charge entièrement certains membres de leur famille, comme le demandant, par exemple, les règles du parrainage pour l'immigration.

8.3 Les facteurs économiques

À la CSST, les clients ont souvent de la difficulté à comprendre qui défraie les coûts des services, amenant une méfiance. Plusieurs croient que c'est l'assurance-emploi, alors que ce sont les entrepreneurs qui paient la CSST. On observe aussi l'utilisation de représentants privés par certains travailleurs immigrants (principalement les communautés italiennes et portugaises), ce qui leur occasionne de lourdes dépenses. Il est difficile de savoir l'origine de cette pratique; s'est-elle construite dans le contexte de la société d'accueil ou transférée de la société d'origine? On ne sait si cela représente une réaction de méfiance quant aux services gouvernementaux ou une dévalorisation des services gratuits ou bien si ces pratiques existaient déjà dans le pays d'origine. Concerne-t-elle certains bureaucrates corrompus, ou encore est-elle sujette à des pratiques où les services publics demandent l'intervention d'un tiers? Quelle qu'en soit l'origine, les agents tiers observent qu'une nouvelle économie s'installe dans le cercle de la CSST. Ils relient cette situation à la période d'implantation de longue date des plus vieilles communautés immigrantes de la région de Montréal. Selon leurs observations, cette situation ne se retrouve pas dans les communautés ethnoculturelles plus récentes : asiatiques, d'Amérique latine, haïtienne ou européennes de l'Est. Le phénomène des réseaux de conseillers privés existe seulement pour les communautés italiennes et portugaises, particulièrement pour les métiers de la construction. Les agents tiers trouvent cette situation lourde :

Lise: Il faut dire que la communauté portugaise est quand même [silence] depuis plus longtemps et quand on parle de ces réseaux, c'est des gens qui sont arrivés ici dans les années 60, 70. C'est ça, il s'est développé un réseau de représentants de travailleurs où il y a, si par exemple un travailleur connaît un autre qui a eu un accident, bien si il réfère, celui qui a fait la référence reçoit un remboursement de son représentant et ça fait comme une chaîne. Ça c'est souvent le cas des travailleurs de construction et c'est pour ça. Comme c'est tellement développé et que tout le monde sait, si on va à Rivière des Prairies, bien il y a beaucoup d'Italiens et un de la famille est sur la CSST, lui il a son jardinage, pas son [silence], mais sa tonte de gazon, lavage de vitres. Mais moi j'ai eu un accident, moi je veux ça aussi.

Chercheuse: C'est qu'ils comprennent sans comprendre le système, puisque vous dites, ils se font arnaquer par des gens qui [les représentent].

(21 avril 2006)

Les agents tiers sentent qu'ils ont à protéger les travailleurs de ces intermédiaires. Leur position met en évidence une tension mise à jour par Gravel (Gravel et coll., 2001) qui affirme que les travailleurs immigrants doivent être protégés par la CSST à cause des problèmes d'accessibilité. Lorsqu'ils abordent cette question, plusieurs agents tiers manifestent un manque de repères relativement à cette situation et se sentent laissés à eux-mêmes par une organisation qui n'a pas prévu ce type de situations. Cette lacune amène certains agents à se sentir dépassés, ce qui confirme les travaux de Legendre (Legendre et Tavlian, 2005) qui affirment que les intervenants peuvent, à l'instar des clients (Duclos, 2009), vivre une certaine détresse dans les contextes pluriethniques :

Chercheuse: *Vous êtes épuisés d'avance.*

Hélène: *Oui.*

Aline: *Bien moi je trouve que ça m'épuise des situations comme ça.*

Hélène: *Comme un peu avec des enfants difficiles des fois, qu'on va dire bah vas-y, vas-y!*
[rires]

Lise: *Acheter la paix, c'est le terme qu'on utilise souvent dans ces cas-là.*

Denise: *Bien je pense aussi des fois, c'est du donnant/donnant. Ça m'est arrivé dans un dossier de dire, regarde là, [silence] quelque chose, ok la gestion de risque là. On va y donner ça pis il accepte pis il est bien participant là, tout d'un coup. Ça fait depuis 2001, un de mes dossiers c'était 2001 qu'il avait mettons jamais retravaillé. Là il était prêt à faire un stage, là tout d'un coup il était allumé, on était rendu en 2005. Pis là, il voulait avoir un petit bout je pense d'aide personnelle [silence] en tout cas. On lui a donné, ça coûtait 300 \$, mais ça [silence] ou on gardait la contestation pis on payait nos avocats pour aller là pis bon. Ça nous demandait moins cher. On y donne un peu, d'une certaine façon, un petit bonbon pis nous ça nous permet de, finalement le dossier va se régler là.*

Ginette: *Oui parce que [silence] c'est [silence] la gestion du risque. On est une compagnie d'assurances, on ne perd pas de vue ça. On a vu nous-autres, on a une grosse rechute à étudier pis, avec o [silence] est dépassés. On va aller rencontrer des conseillers, des agents qui vont s'occuper de ce dossier-là. On [silence] des enjeux. Comme on dit, des fois on n'est pas solides légalement pour soit accepter ou refuser un dossier. On se dit qu'est-ce que ce dossier-là représente? Qu'est-ce qu'on aime mieux faire? Accepter malgré qu'on aurait [silence] ce qu'il faut pour le refuser, nous, il va coûter moins cher finalement si on cède et qu'on l'encadre comme il faut. Pis si on lui donne un autre élan pis il risque de peut-être coûter moins cher comme ça. Si on le refuse maintenant, on entreprend la contestation, ça finira plus. S'il gagne, il revient dans trois ans, pire encore. C'est toutes des choses, on fait pas ça tout le temps-là, c'est pas ça qui fait qu'on*

va accepter ou refuser un dossier, mais dans certains cas, on [silence] on va classer ces éléments-là pis.

(21 avril 2006)

Les compagnies d'assurance font effectivement une gestion des risques et des coûts. Toutefois, à ma connaissance, il n'existe rien au Canada sur la gestion des risques dans les contextes pluriethniques (communication personnelle). Pourtant, aux États-Unis, les compagnies d'assurance ont un rôle à jouer dans le milieu de la santé (Bowen, 2004) et elles tiennent compte de nouveaux enjeux dans les contextes pluriethniques, comme la sécurité des patients, l'adéquation des services et leur efficacité (chapitre 4). Ainsi, dans ce pays, contrairement au Canada, la non-discrimination doit tenir compte des différences raciales et culturelles. Jusqu'à récemment, les modèles des compétences culturelles de la tradition américaine étaient orientés vers les intervenants. Puis, ils ont ouvert vers les organisations qui doivent aussi développer une expertise pour faciliter l'accessibilité (Lie et coll., 2011; Sloots et coll., 2010). Toutefois, la nécessité de cette expertise pour les établissements ne semble pas encore à l'ordre du jour au Canada (Bowen, 2004), alors que les expériences interculturelles vécues par les employés les mettent en rupture avec leur établissement suivant un modèle de gestion inadapté à ces situations nouvelles. La lourdeur des contextes pluriethniques se joue aussi dans la trajectoire migratoire et dans la réinsertion en emploi.

8.4 La trajectoire migratoire

Marlene et Dolores n'ont pas parlé de leur trajectoire migratoire. Cette position semble cohérente avec leur stratégie identitaire d'insertion qui tend à taire leurs parcours et leurs différences (chapitre 7). Cette position n'est pas partagée par tous les immigrants. Toutefois, qu'elle soit nommée ou non, la trajectoire migratoire est un facteur important dont on ne peut faire l'économie en réadaptation physique. Tout d'abord, les intervenants notent des différences entre les communautés ethnoculturelles et entre les générations. Ces différences peuvent prendre plusieurs formes: la réadaptation elle-même, et les services de psychologie par exemple, sont souvent plus difficiles à accepter pour les immigrants de premières générations (nés à l'étranger). Ensuite, selon les intervenants, les Italiens et les Haïtiens s'opposent davantage à la psychologie, sans que personne ne sache pourquoi. Il apparaît aussi que les jeunes arrivés en bas âge ou de

deuxième génération sont plus vulnérables en réadaptation, car ils se retrouvent coincés entre les fonctionnements de leur société d'origine et ceux de leur société d'accueil (Sterlin, 2006). Dans ce contexte, les intervenants observent une tension entre les modèles d'autonomie prônée par la société d'accueil et les modèles d'interdépendance de la société d'origine. Cette situation se fait sentir dans le processus de réadaptation physique, comme l'explique Andrée, ergothérapeute et coordonnatrice :

Andrée: C'était un gars assez jeune [silence] il était étudiant au niveau cégep je pense. Il a eu son accident [silence] et puis il était ici [au pays] depuis l'âge de 7 ou 8 ans à peu près. Par contre, il avait une famille extrêmement traditionnelle, avec qui il était en partie en conflit, mais en partie aussi quand même bien intégré dans le milieu familial. Il était en conflit parce qu'il sortait avec des filles et c'était contre [silence] sa religion.

(26 janvier 2006)

Les agents tiers, comme les intervenants, montrent beaucoup de compassion pour les immigrants de première génération et témoignent du parcours difficile de plusieurs d'entre eux. Ils parlent peu de l'expérience des enfants d'immigrants qui ne doit toutefois pas rester sous silence. Il faut dire que selon les agents tiers, un accident de travail représente souvent, pour les immigrants de première génération, un moment qui fait apparaître la détresse engendrée par un écart entre le rêve qui a motivé la migration et la réalité (Duclos, 2009). Toutefois, cette situation est rarement l'expérience des immigrants qui ont un emploi satisfaisant. S'il y a perte de statut social (Girard et coll., 2008), les données empiriques recueillies auprès des intervenants mettent en évidence que, toutes origines culturelles confondues, les clients au parcours migratoire difficile et sans emploi satisfaisant ont plus de difficulté à se réinsérer après un accident. Certains agents tiers observent également que quelques émigrants recherchent une compensation pour une vie difficile et insatisfaisante. Voici un échange entre Aline et Hélène de la CSST à ce sujet :

Aline: Un autre aspect de la situation, c'est tous ceux qui, bien d'une part, il y a ceux qui ont vraiment quitté leur pays parce que les conditions étaient épouvantables et qui sont arrivés au Québec en disant, bon enfin le paradis. Et d'un coup arrive l'accident de travail. J'ai encore une dame cubaine qui me disait hier, qui avait eu une vie très difficile dans son pays, il y a souvent des drames, et qui me dit bien moi, je [ne] suis pas venue ici pour faire remonter ce que j'ai vécu là-bas. Elle dit, j'étais venue ici pour avoir une bonne vie. Alors ces gens-là vont devenir revendicateurs parce qu'ils perçoivent une injustice. Ils ont travaillé fort, des fois ils sont entrés dans toutes sortes de façons au Canada ou au

Québec et ils se disent j'ai vraiment, j'ai eu beaucoup de difficultés, j'ai des histoires de migration par les États-Unis qui ont fini par passer la frontière pis fait venir les enfants après. Des horreurs! Pis là, quand arrive un accident de travail, quand il commençait à s'intégrer et qu'il se disait, la partie est gagnée, je suis dans un nouveau pays, j'ai un salaire pis là tout s'écroule.

Hélène: Cet aspect-là, il y a un autre aspect aussi dont on n'a pas parlé, c'est les gens qui avaient un statut social assez important dans leur pays, qui se retrouvent ici pas de diplôme la plupart du temps parce que les diplômés sont partis en chemin ou n'ont pas la même valeur. Mais souvent c'est qu'ils ne les ont pas les papiers en question et ils se retrouvent souvent dans des emplois de journaliers, des emplois au salaire minimum, il y en a même qui étaient universitaires, il y en a qui étaient fonctionnaires, il y en a qui avaient toutes sortes de situations; propriétaire, patron, mais ils se retrouvent journaliers à faire le bas d'échelle, et arrive un accident de travail et tout ça remonte parce que ce qu'ils ont perdu comme statut social, ils l'ont et c'est pas notre mandat. Notre mandat, c'est de les remettre au niveau où ils sont. Tant mieux si on peut utiliser leurs connaissances pour leur offrir un travail qui est d'un niveau social supérieur. Dans certains cas c'est possible, et c'est la solution la plus facile, mais c'est rare parce que souvent ils n'ont pas eu vraiment la même scolarité. Au niveau culturel, ils [ne] sont pas vraiment ajustés, alors on ne peut pas offrir n'importe quoi pis en plus, c'est pas dans notre mandat.

(21 avril 2006)

La trajectoire migratoire a un impact certain sur la réadaptation, surtout si les conditions prémigratoires, la trajectoire elle-même et l'insertion au travail sont des étapes d'une histoire de vie très lourde. Bien qu'il soit important de ne pas médicaliser la détresse des immigrants (Duclos, 2009), il reste important d'évaluer l'impact de cette expérience, parfois très difficile, sur le processus de guérison et sur la douleur. Comme nous l'avons vu, les services de psychologie sont plus souvent refusés par les immigrants, cela s'explique autant par une incompréhension de la psychologie que des expériences négatives avec ce type de services, dont la composante culturelle échappe souvent dans notre société orientée vers l'individualité. Les services de psychologie demandent souvent une adaptation, ce qui reste impossible s'ils sont vus comme quelque chose d'universel (Gratton, 2004).

Selon les agents tiers, certains psychologues disent que leur intervention sera plus longue, car l'histoire passée et les problèmes d'identité sont mis en lumière. Il ne leur est toutefois jamais arrivé qu'un de ces professionnels remette en question la pertinence de ses façons de faire pour cette clientèle (Triandis et Loner, 1980). Quand des organisations ne reconnaissent pas ou ne

valorisent pas des façons spécifiques de se comporter ou d'autres façons de faire, ou encore lorsqu'elles ne s'attendent pas à ce que des clients immigrants définissent la santé et la maladie de façon différente, elles sont qualifiées comme étant monoculturelles par la littérature (Côté, 2012a)

Il est important d'ajouter un dernier mot sur le rôle de revendicateur mis en lumière par les agents tiers ou encore sur celui d'assisté. Leur constat renvoie aux travaux de Mercier (chapitre 3) pour qui les personnes exclues ont différentes opinions concernant la disponibilité ou non de ressources sociales pour elles. Une personne qui considère qu'il y a des ressources, mais qu'elle ne fera jamais partie du groupe majoritaire devient une assistée. Elle se reconnaît comme assistée et parfois accepte sa situation. Une personne qui considère qu'il y a des ressources disponibles et qu'elle peut entrer dans les normes, dans les valeurs et dans les privilèges du groupe majoritaire essaie d'utiliser ces ressources sociales pour y arriver. Elle se voit incluse, elle l'est potentiellement et elle fera tout pour y parvenir. Une personne qui ne voit pas de ressource, mais qui se considère susceptible d'entrer dans le groupe majoritaire grâce à ses potentialités devient une militante. La militante est le contraire de l'assistée. Une personne qui se voit non acceptée par le groupe majoritaire et qui pense qu'il n'y a aucune ressource pour le faire reste définitivement dans la représentation: je suis exclue et je vais le rester. Pour Mercier, il est important de mettre en évidence les représentations, autant celles chez les handicapés que celles chez les immigrants, que celles chez les groupes majoritaires, car cette conscientisation permet de faire changer ces représentations.

8.5 Les barrières linguistiques

Rappelons qu'un usage usuel du français est un critère d'inclusion pour la participation des clients immigrants à cette recherche. Il est donc dans l'ordre des choses que les barrières linguistiques n'apparaissent pas dans les données recueillies par le groupe de discussion des clients immigrants. Il est alors étonnant que Marlene nous permette de découvrir que plusieurs intervenants en réadaptation ne parlent pas bien le français. L'extrait est un peu difficile à lire, car Marlene imite la façon de parler de sa physiothérapeute d'origine chinoise. Dans cet extrait, Marlene met en lumière l'espace de compréhension mutuelle négociée par deux immigrants, une

intervenante et une cliente qui n'ont pas développé toutes les compétences (Hymes, 1984) de la langue française :

Marlene: *Oh oui, oh oui elle est vraiment oh mon Dieu, oui elle est formidable Qiong [silence]. Ah moi j'ai eu la meilleure. Elle est vraiment, vraiment, vraiment bonne dans ce qu'elle fait. Elle me dit moi parler trop vite? [elle imite un accent étranger]. J'ai dit pas comprendre. Elle dit parfait, on parle le même langage, je vais te comprendre.*

Chercheuse: *Elle parle comme ça, elle a un accent?*

Marlene: *Bien oui, elle ne parle pas bien français. Elle parle, mais elle enlève les déterminants en avant, en tout cas.*

(07 avril 2006)

Les intervenants et les agents tiers n'abordent pas la question des relations interculturelles avec leurs collègues d'origine étrangère puisque ce n'est pas le sujet de cette recherche. Toutefois, lors de formations que je dispense, certains intervenants soulignent des difficultés rencontrées avec du personnel immigrant en rapport aux barrières linguistiques : l'incompréhension du fonctionnement du système de santé et des obligations professionnelles, comme la prise de notes dans les dossiers où les barrières linguistiques empêchent la lecture ne suit pas les normes locales.

Les intervenants notent qu'avec les clients immigrants, les difficultés linguistiques observées génèrent un sentiment de compassion envers les clients, surtout ceux nouvellement arrivés. Dans ce cas, ils les observent se débattre avec deux obstacles : en plus du français, ils se butent au langage médical comme l'explique Manon, ergothérapeute :

Manon: *Les intervenants et l'administration disent: Ah [silence] elle va faire plus pitié celle-là, ça fait pas longtemps qu'elle est arrivée, elle a [silence], elle [ne] parle même pas la langue.*

(26 janvier 2006)

Les barrières linguistiques peuvent surprendre étant donné que le MICC sélectionne surtout des immigrants provenant de pays francophones. Cette sélection ne tient pas compte, tel que le notent

les intervenants en contact avec ces populations, que dans beaucoup de pays, le français n'est acquis que par la scolarisation dans les couches sociales plus élevées. Les personnes des milieux plus pauvres ne parlent pas le français, par exemple en Haïti. Cette situation explique en partie la réussite de la première vague d'immigrants haïtiens urbains et scolarisés dont l'immigration a été favorisée, notamment comme enseignant lors de la Révolution tranquille. Les besoins spécifiques des vagues successives d'immigration venant du milieu rural et parlant créole n'ont pas été reconnus (Gratton, 2009). Le même constat peut être posé pour les ressortissants du Maroc. À ma connaissance, on ne distingue pas entre les différents besoins des immigrants. Ainsi, les intervenants rapportent que lorsqu'ils se plaignent de barrières linguistiques, on leur répond qu'elles n'existent pas, car le Québec favorise une immigration francophone.

Pour les agents tiers, les barrières linguistiques créent des situations encore plus délicates suscitant des émotions, de la compassion, voire de la pitié (Mercier, 2004), ce qui peut avoir des conséquences assez graves sur l'admissibilité d'un travailleur blessé à la CSST. Cette complexité générée par les barrières linguistiques ressort de cet échange entre agents tiers :

Aline: Bien moi je suis assez d'accord [silence] déjà c'est difficile parfois. Donc si il y a des limitations au niveau de la langue, la complexité devient très grande, d'essayer de leur expliquer juste notre concept d'intervention, qu'on n'est pas un système non plus de prise en charge à long terme nécessairement non plus. Pis je pense que cette incompréhension-là, ça crée de l'anxiété.

Chercheuse: Chez qui, chez vous? Chez le client?

Ginette: [silence] Les deux. Oui, oui, tout à fait.

Chercheuse : Avez-vous eu ça, comme expérience, de vous retrouver avec des clients et vous avez l'impression qu'ils ne comprennent pas trop.

Ginette: Régulièrement.

Plusieurs conseillers en même temps : Oui, oui.

Chercheuse: Ça prend quelqu'un d'autres pour traduire ?

Hélène: Bien dans la mesure du possible, mais [silence].

Lise: Non, [il] me semble que là l'interprète, c'est plus la famille [silence], quelqu'un de la famille qui accompagne, quelqu'un qui parle français, des fois on est pris quand même

avec les enfants, ça c'est une autre [affaire] [silence]. On se demande ce qu'ils traduisent [silence]. Des fois ils vont parler français, mais on se rend compte [qu'ils ne comprennent pas] quand on va poser la question deux fois pis c'est pas la même réponse.

Chercheuse: Ils n'ont pas compris.

Laure: Ils n'ont pas compris.

Denise: Là, là on se dit, mais ce qu'il me répond, c'est important. On va les faire entrer ou pas à la CSST. J'ai-tu bien compris ce qu'il m'a dit, pis je pense que non. Oui des fois on va les [silence]. On va leur dire venez avec quelqu'un, pour être sûr qu'on comprend.

(21 avril 2006)

Même Laure, plus réticente à admettre les différences entre clientèles locales et immigrantes, reconnaît l'existence de barrières linguistiques. De cet échange, il ressort que plusieurs établissements, même si elles en reconnaissent les conséquences humanitaires, ne saisissent pas les conséquences sur la charge de travail, sur l'efficacité de la communication ou sur la possibilité de répondre correctement au mandat. Les gestionnaires ne mettent donc pas en place des mécanismes pour réduire les barrières linguistiques. Le constat des conseillères est confirmé par Gravel et coll. (2001) qui traite des barrières linguistiques à l'accessibilité à la CSST dans le cas de lésions professionnelles. Dans certains centres de réadaptations, il est plus facile d'obtenir les services d'interprètes professionnels, mais cette ressource reste toutefois aléatoire. Les conséquences de ces barrières sont aussi souvent sous-estimées.

Lorsqu'il n'y a pas assez d'interprètes professionnels, les intervenants et les agents tiers se débrouillent comme ils peuvent, ce qui implique de demander au client d'amener ses propres ressources de traduction. Un membre de la famille, adulte ou enfant, sert alors d'interprète. Toutefois, les agents tiers soulignent que cette solution ne résout pas toujours les problèmes de compréhension. La littérature met en évidence l'impossibilité d'évaluer les compétences linguistiques et la connaissance du domaine à traduire des personnes accompagnatrices. S'il s'agit d'enfant, la maturité, la compréhension de la situation et le niveau de jugement sont aussi en cause, influençant la qualité de l'interprétariat (Gratton, 2009; Munoz et Kapoor-Kohli, 2007). De plus, les relations personnelles et familiales peuvent interférer sur le contenu interprété, car les liens affectifs ne permettent pas toujours d'établir la distance objective voulue. Dans le cas

des enfants, il peut y avoir un renversement de l'équilibre familial, les parents perdant leur rôle d'autorité, une autorité nécessaire à l'éducation des enfants (Gratton, 2009; Moro, 2004).

Il pourrait être tentant de blâmer les intervenants et les agents tiers pour les mesures quelques fois inefficaces, voire inappropriées ou dangereuses, qu'ils prennent en vue de réduire les barrières linguistiques rencontrées dans leur pratique quotidienne. Il faut plutôt reconnaître que les établissements sont mal préparés pour faire face aux nouvelles conditions engendrées par les clientèles immigrantes. Il existe une orientation ministérielle du ministère de la Santé (chapitre 4) qui favorise l'utilisation d'interprètes, mais aucune enveloppe budgétaire n'est allouée aux établissements à cette fin. Les établissements manquent déjà de ressources et aucun budget particulier n'est octroyé pour les régions à grande concentration d'immigrants comme Montréal (chapitre 4). Ainsi, pour répondre aux besoins des clientèles immigrantes, les établissements doivent puiser dans leur propre budget, les ressources se faisant déjà rares. En conséquence, les intervenants, les agents et les clients doivent naviguer entre des barrières linguistiques plus ou moins importantes qui jouent parfois sur des questions de vie ou de mort, comme le rapportent des intervenants en formation et le Coroner du Québec qui constate que des barrières linguistiques et culturelles sont en cause dans la mort d'au moins une patiente immigrante (chapitre 4).

Des recherches actuelles tentent d'évaluer les problèmes linguistiques et les services d'interprétariat¹⁴⁶. La problématique est assez complexe, car elle varie selon les disciplines mobilisées auprès d'un client. Un client peut manier assez bien le français pour des échanges très courts en biomédecine, alors qu'il peut manquer de compétences linguistiques (Hymes, 1984) dans le bureau du travailleur social ou du psychologue. L'expertise exigée pour comprendre ce phénomène manque encore dans les institutions; ni le personnel du réseau de la santé ni les décideurs n'ont été formés à cette fin. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les enjeux de communication augmentent lorsqu'on y ajoute les barrières typiques des contextes pluriethniques.

¹⁴⁶ À l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, il y a présentement des recherches en cours sur l'interprétariat sous la direction de Battaglini, Vissandjée et Hemlin. Cette dernière est responsable des services d'interprétariat de cet établissement.

8.6 La méconnaissance du système

En plus des facteurs économiques, géographiques, de trajectoires migratoires et des barrières linguistiques, la méconnaissance du fonctionnement du système de santé représente un facteur important nuisant à l'accessibilité aux services à la suite d'un accident (Gravel et coll., 2001). Si l'on s'intéresse au processus dans son entièreté, de l'accident à la fin de la réadaptation, on s'aperçoit de l'impact de cette ignorance. Comme nous l'avons vu (chapitre 5), les tiers payeurs font partie de la structure du système de santé. Lors d'un accident de la route ou du travail, les personnes blessées rencontrent un médecin qui remplit les formulaires permettant un premier accès à la SAAQ ou à la CSST. Ce fonctionnement est compris par la majorité des adultes de la population locale. Toutefois, cet apprentissage culturel et social n'est pas acquis par beaucoup de clients immigrants, comme le démontrent les exemples de Marlène qui a fait plus de 15 ans au Québec, et Dolores qui en a fait 30. Cette méconnaissance du système de santé a eu des répercussions sur le début du traitement de Marlène :

Marlene: Quand j'ai vu le médecin à la clinique puis il m'a dit bien il faut que tu arrêtes de travailler, t'es un cas pour la SAAQ. C'était comme, c'est quoi? J'avais pas compris, j'ai jamais eu d'accident [silence]. Bien c'est lui [le médecin] qui m'avait aidée. J'ai dit, bien c'est comment la SAAQ [silence], comment je vais faire ça? Il m'a dit allez à l'hôpital et l'hôpital va me donner les papiers puis tout ça. J'étais comme ok puis il m'a donné les affaires [prescriptions] pour aller directement à la clinique privée pour commencer ma physiothérapie. Mais ça m'a pris quasiment un mois d'intervalle entre l'accident et pour commencer les soins. En début de tout j'ai commencé la physiothérapie le 9 janvier. Mon accident, le 30 novembre [silence]. Pour la SAAQ, bien moi quand j'ai appelé la clinique privée puis j'ai dit je voulais, voici, voici, et il m'a dit est-ce que j'ai l'approbation de la SAAQ? Mais non, comment on fait, où aller? Moi, j'étais pas au courant personne ne m'avait dit quoi faire et là. La madame a dit est-ce que j'étais en ambulance, est-ce que j'ai une preuve de mon accident? J'ai fait comment une preuve? La seule preuve que j'ai c'est mon cou pis mon dos parce que je souffre pis mon auto aussi est en miettes, c'est tout ce que je sais comme quoi. Elle a dit non, il faut que j'aie des numéros de dossiers, mais je crois que mon mari avait les informations, elle a voulu donner un numéro et tout et elle m'a dit oui, j'ai un numéro de rapport de l'accident avec la police et tout. Et j'ai dit ah, je l'ai. Puis là je l'ai donné à la madame et elle m'a dit maintenant, voici le numéro, appelle puis c'était le numéro de la SAAQ, mais c'est la physiothérapie qui m'a aidée à faire les démarches pour arriver à avoir les papiers et c'est avant d'avoir l'approbation de la SAAQ que je dois commencer la physiothérapie.

Chercheuse: Ok, oui c'est ça.

Marlene: *Ça n'a pas vraiment traîné en longueur, mais pour aboutir ici [en réadaptation], c'est parce qu'en physiothérapie maintenant j'avais mon cou puis j'arrivais plus à dormir. Toujours mal à la tête puis ils attendaient après la SAAQ pour donner l'approbation. Puis là, quand je vois que j'allais vraiment perdre ma tête parce que ça me faisait vraiment mal, j'ai appelé ma responsable [à la SAAQ] puis là mon agente [d'indemnisation] elle m'a dit, on vous a pas soignée? J'ai dit non, on attendait votre approbation. Elle a dit, mais au moins on pouvait vous soulager un petit peu. J'ai dit on m'a rien fait du tout, juste une serviette chaude, une fois, c'est tout. On n'avait rien fait pendant deux semaines. Bien elle m'a dit OK. Mais le OK va aboutir ici [centre de réadaptation] et je suis vraiment contente.*

Chercheuse : *Donc elle a fait la prise en charge. Sans ça vous n'arriviez pas à rentrer dans le système.*

Marlene: *Mais quand je lui ai dit pour mon cou, ça ne soignait pas, j'avais toujours mal à la tête puis j'ai le vertige, puis je perds la mémoire, je prends mon auto, je sors, j'oublie où je vais, c'était vraiment stressant. Puis là elle m'a dit OK.*

Chercheuse: *Elle vous a pris en charge.*

Marlene: *C'est ça. Effectivement puis le lendemain, j'ai reçu un appel de la réadaptation puis on m'a dit que je dois passer une évaluation, je [ne] sais pas le 27 février [2006] puis j'ai commencé avec la réadaptation le 13 [mars], c'était tellement vite quand on m'appelait, j'en revenais pas.*

Chercheuse: *Han, han, parce que vous aviez attendu si longtemps.*

Marlene : *Oui c'est ça, dans deux semaines puis j'étais ici puis après deux semaines, puis mon cou j'ai toujours mal, mais [silence] je peux dormir 5 heures d'affilée. Ça m'a fait du bien je trouve.*

Chercheuse: *Et vous [s'adressant à Dolores], cette démarche?*

Dolores: *Non, ma démarche, maintenant que j'écoute ton histoire [s'adressant à Marlene], moi c'était vraiment un adon [une chance] parce que va à l'hôpital [numéro 1 de Montréal] où on m'a amenée quand j'ai eu l'accident, il y a une fille qui m'a téléphoné pour me dire qu'à l'hôpital il y a un département de la SAAQ. Pour moi c'était très facile parce que c'est la fille qui m'a téléphoné. Elle dit je veux avoir vos papiers parce que moi je suis la représentante de la SAAQ. C'est elle qui m'a donné le nom de l'agent [d'indemnisation] qui me représentait, mon numéro de dossier, elle m'a dit [inaudible]. C'est pour ça tout s'est en allé très vite mon agent parce que l'hôpital a un département spécial pour la SAAQ.*

(07 avril 2006)

Même quand ils maîtrisent minimalement la langue et les rouages du système de santé, les immigrants ont des difficultés pour s'orienter, car ils saisissent difficilement le sens des indications qu'on leur donne ou les nuances qu'elles contiennent. Ainsi, Marlene ne comprend pas la consigne du médecin qui lui spécifie qu'étant « un cas SAAQ », elle doit passer au bureau de la SAAQ à l'hôpital avant de se rendre à la clinique de physiothérapie. Ce médecin fait référence à ce que Dolores apprend dans de meilleures conditions : l'existence de bureaux SAAQ (et de CSST) dans les hôpitaux. Le début de tout traitement nécessite de s'inscrire dans ces organisations qui assument le coût des traitements.

Cet extrait révèle que, malgré plusieurs années de présence au pays, les personnes immigrantes ne connaissent pas nécessairement le système de santé, encore moins celui de la SAAQ. Cette compréhension s'acquiert dans l'expérience directe. Ce phénomène remet en question la vision de l'acculturation ou d'intégration partagée en général par le public, tel que je le vois en consultation, par les décideurs et par les participants aux formations en relations interculturelles. En effet, il est habituellement considéré que le temps suffit aux immigrants pour circuler dans leur environnement aussi facilement que les personnes nées au pays (Berry, 1994). Cette vision de l'acculturation (Rudmin, 2003; Sam et Berry, 2010) apparaît souvent fautive, car comme l'explique Marlene: « J'avais pas compris. J'avais jamais eu d'accident ». Les recherches sur les modes d'apprentissage d'un nouvel environnement institutionnel font défaut. Selon Das (1993), cet apprentissage peut s'étaler sur trois générations et, comme nous l'avons vu, recourt souvent à l'expérience directe (Schutz, 2003).

Bien que le temps soit relatif à l'expérience, il n'est pas le seul indicateur d'un apprentissage culturel. Cela peut paraître facile à première vue, mais il est difficile d'acquérir les connaissances sur un nouvel environnement social et d'évaluer les conséquences de cette lacune. Les clients nés ici possèdent les apprentissages sociaux et culturels leur permettant de se repérer dans les systèmes institutionnels. Cette facilité déclenche, en retour, des réactions automatiques du système. Les immigrants qui n'ont pas cette agilité ne vont pas provoquer la mise en action des mécanismes attendus. Toutefois, les établissements ignorent cette réalité. Les personnes qui reçoivent les immigrants découvrent alors que le système n'a pas fonctionné pour eux tel qu'il l'aurait dû et elles doivent prendre des mesures au cas par cas pour mobiliser le système en leur

faveur. L'exemple de la physiothérapeute de Marlene illustre les actes que posent les intervenants en ce sens.

De la même manière, Marlene ne saisit pas l'agent d'indemnisation de la SAAQ lorsqu'elle lui demande les preuves de son accident, soit le rapport de police ou d'ambulance. Sa réaction est de considérer que la douleur ressentie au cou est une preuve suffisante de son état. L'obligation de preuve légale est souvent tenue pour acquise chez les personnes de la société d'accueil, ce qui est moins le cas chez les immigrants. Ce manque de connaissances par rapport au système amène les immigrants à parler de hasard ou d'« adon »¹⁴⁷ lorsqu'ils comparent leurs expériences, comme le fait Dolores lorsqu'elle considère qu'elle a été chanceuse d'avoir été prise en charge aussi facilement. Cette notion de « chance » qui vient d'un manque de connaissances sur les mécanismes de l'environnement social crée souvent chez les immigrants un sentiment d'arbitraire (Lavoie et coll., 2007).

Les agents tiers observent que plusieurs immigrants ne connaissent pas le fonctionnement de la CSST, un problème encore plus aigu s'il existe des barrières linguistiques. Même lors d'un second accident de travail, leur connaissance du système de la CSST n'est toujours pas suffisante pour permettre au système de suivre son cours. Denise, en tant qu'agente d'indemnisation, doit intervenir au téléphone. Elle explique ici que ces situations l'ont amenée à changer sa méthode de travail :

Denise: Quand il est question de rechute surtout là, je dirais que les personnes migrantes, où il y a un problème de langue même si on parle un français approximatif, qu'on arrive à les comprendre un peu, si ils ont été acceptés une fois à la CSST bien pour eux-autres c'est comme automatique pis y se demandent pourquoi tout ce branle-bas de combat alentour de ça là. Pourquoi vous me reposez ces questions-là? Vous ne me croyez pas, vous ne me croyez pas là, mais vous [n'] avez pas compris. J'ai eu un accident moi déjà, ça fait dix ans, ça fait cinq ans. C'était fini là, c'était clair. Non, mais là on recommence, on part de loin là. Faut expliquer le processus pis fait que là c'est là que ça prend beaucoup de patience. Il faut dire, écoutez, c'est pas parce qu'on vous croit pas là, mais c'est une compagnie d'assurances. Oui, des fois on les fait venir parce que on se rend compte oh! oh!, là ça va être compliqué. Là on embarque dans quelque chose, parce que nous-autres on est souvent au téléphone. Ça pas de bon sens des fois-là.

¹⁴⁷ Terme québécois signifiant une chance, une coïncidence

(21 avril 2006)

Denise adapte son travail pour un contact direct avec les immigrants. La restructuration de la SAAQ diminue le nombre de conseillers en réadaptation pour augmenter le nombre d'agents d'indemnisation (chapitre 5) qui sont majoritairement à Québec, ne permettant pas toujours d'adapter la pratique à des rencontres directes.

Toutefois, les agents tiers rencontrés remarquent qu'il existe certains immigrants qui semblent même mieux connaître le fonctionnement de la CSST que les travailleurs québécois d'origine. Cette situation crée d'ailleurs un grand malaise chez les agents tiers. Il s'agit surtout d'immigrants des communautés portugaises et italiennes. Lors de la discussion, les silences des participants et les mots couverts qu'ils emploient révèlent leurs soupçons de corruption. Dans ces situations, les travailleurs accidentés sont souvent représentés par des conseillers privés qui, selon les observations des agents tiers, sont inscrits dans des réseaux relatifs à l'appartenance ethnoculturelle. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre ces organisations. Pour l'instant, on note que les agents tiers se sentent en concurrence avec ces consultants privés qui s'immiscent entre eux et leurs clients pour défendre des droits qui ne seraient pas menacés. Certains expriment leurs préoccupations à ce sujet :

Hélène: Moi, ce que je trouve quand même, c'est que d'une part, ils [les immigrants] sont informés de leurs droits et règlements, mais en même temps, ce que je trouve dommage, c'est qu'ils sont méfiants. Ils ont des syndicats des fois, dans les entreprises, donc ils pourraient faire valoir leurs droits gratuitement, parce qu'ils payent déjà leur syndicat. Mais ils vont les mettre de côté et ils s'en vont dans des réseaux et ces réseaux-là les exploitent. Ça c'est ça qui me [silence], qui me revient pas.

Ginette: Entre autres, dans la communauté italienne.

Lise: Oui, beaucoup, les Portugais aussi en général.

Ginette: Ah je les connais pas [les Portugais]. Dans la communauté italienne, il y a une couple de représentants [parlent tous en même temps, inaudibles].

Hélène: Oui, c'est tellement triste parce que dans le fond, nous, on peut rien dire parce qu'ils ne nous croient pas, hein!

Aline: La plupart croit qu'on essaie de magouiller pour [silence].

Hélène: *Des demandes qui sont très, très ([silence] qu'on leur dit. Téléphonnez-nous, on va [silence]. Non, il faut passer par une lettre officielle, payée bien sûr, écrite par le conseiller en question et c'est difficile pour nous. Si on essaie de les détacher de leur conseiller, le conseiller va leur dire, bon c'est une [inaudible]. Mais si je leur dis pourquoi vous [ne] m'appellez pas? Essayez, vous n'avez rien à perdre. Vous demandez, d'un coup je répondrais comme ça, oui, c'est possible, vous y avez droit. Vous venez de sauver de l'argent (silence). Parce que c'est très cher les représentants [privés] [silence] c'est des salaires de 20 000 \$ [salaires des clients] [silence] pis y vont se payer, des représentants quand y viennent avec eux en entrevue [silence]. Ça peut leur coûter jusqu'à 60 \$.*

[Au moins quatre personnes parlent en même temps, inaudible]

Ginette: *Ils ont droit d'être représentés (silence). La CSST est perçue comme [inaudible].*

Laure: *Ça dépend, ça dépend [silence]. Moi je dis que c'est pas tout le monde. Je [ne] suis pas d'accord de dire que [silence].*

Pierre: *Mais moi j'ai vu des réseaux dans des communautés que j'ai pas vus dans d'autres. Je pense aux travailleurs asiatiques qui bien souvent, tu leur demandes s'ils comprennent pis on dirait qu'ils veulent pas te déranger là, pis tu te rends compte-là, en tout cas j'en ai là, je me dis tabarnouche¹⁴⁸, faut que j'essaie de faire quelque chose, ça pas de bon sens tu sais parce que la dame est démunie pis tu sais, j'ai pas vu ce réseau-là dans cette communauté-là. Ok je l'ai vu dans la communauté italienne qui [silence] se faire arnaquer par le représentant.*

Laure: *Les Musulmans, on n'a pas vu ça non plus. La communauté latino non plus.*

Hélène: *Les pays de l'Est non plus.*

Plusieurs participants: [en même temps] *Non, non.*

Lise: *Il faut dire que la communauté portugaise est quand même [ici] [silence] depuis plus longtemps et quand on parle de ces réseaux, c'est des gens qui sont arrivés ici dans les années 60, 70. C'est ça, il s'est développé un réseau de représentants de travailleurs où il y a, si par exemple un travailleur connaît un autre qui a eu un accident, bien s'il réfère, celui qui a fait la référence reçoit un remboursement de son représentant et ça fait comme une chaîne. Ça c'est souvent le cas des travailleurs de construction et c'est pour ça. Comme c'est tellement développé et que tout le monde sait, si on va à Rivière des Prairies, bien il y a beaucoup d'Italiens et un de la famille est sur la CSST, lui il a son jardinage, pas son [silence], mais sa tonte de gazon, lavage de vitres. Mais moi j'ai eu un accident, moi je veux ça aussi.*

Ginette: *Bien ils ne comprennent pas la limite du système, et ce qu'ils font, c'est qu'ils vont exiger ces choses-là, malgré le fait peut-être qu'ils n'y ont pas le droit, mais si on ne leur*

¹⁴⁸ Juron québécois

donne pas, bien ça développe des contestations et comparaisons et les heures [silence] je pense qui est arrivé le moment qu'on cède parce que [silence]. Ok. C'est [silence] lourd. C'est très lourd.

(21 avril 2006)

Le niveau de maîtrise du système de la CSST varie ainsi selon les communautés ethnoculturelles, certaines recourant à l'intermédiaire de spécialistes privés. Il peut donc être difficile d'avoir une réaction unique quant aux clients immigrants, certains n'ayant pas l'air de comprendre le fonctionnement de la CSST rendant l'institution inaccessible (Gravel et coll., 2001), alors que d'autres utilisent des intermédiaires couteux. Les agents tiers voient dans ce deuxième cas une forme différente de méconnaissance du système qui leur pose aussi des problèmes éthiques en encourageant de payer des intermédiaires pour des services auxquels les travailleurs accidentés ont automatiquement droit. Les agents tiers s'interrogent également sur les raisons pour lesquelles les immigrants italiens et portugais préfèrent recourir à ces intermédiaires plutôt qu'aux syndicats. Recourir aux syndicats semble plus difficile pour les immigrants récents qui ont des situations précaires, mais plus accessible aux vieilles immigrations qui sont mieux insérées dans le marché du travail. On peut émettre l'hypothèse que cette solution serait plus utilisée par les immigrants venant de société où les syndicats sont actifs. Les variations dans les comportements des travailleurs relevées par les agents tiers semblent dépendre de plusieurs facteurs : l'origine ethnoculturelle, le temps d'arrivée au pays d'accueils, ainsi que les constructions qui se mettent en place dans la rencontre entre les façons de faire prémigratoires et locales.

Notons aussi les ruptures, *breakdown* (M. H. Agar, 1982; White, 2011b), signalées par les silences qui ponctuent le discours des agents tiers ainsi que par les situations où tous parlent en même temps et ils ont de la difficulté à s'entendre. Ces moments surviennent plusieurs fois lors du groupe de discussion. Ils arrivent surtout lorsqu'il s'agit de partager des observations qui mettent en évidence un problème avec un ou des groupes ethnoculturels particuliers et qui dérangent les valeurs locales. Les réactions des participants indiquent l'existence d'une tension émotive et cognitive. Ces ruptures arrivent également lors du groupe de discussion des intervenants. On peut penser qu'une confrontation entre idéologies contradictoires (chapitre 7) explique leur malaise. La rectitude politique leur demande en effet de faire fi ou de taire ces

observations, les forçant à mettre de côté leur jugement et les dilemmes éthiques qui les interpellent.

Les intervenants de réadaptation ont peu à dire sur l'accessibilité, car l'entrée dans le système de santé se fait à travers les tiers payeurs (SAAQ et CSST). La réadaptation physique n'est donc possible qu'en deuxième, ou même, en troisième ligne (chapitre 5). Par contre, leurs observations mettent en lumière d'autres problèmes d'accessibilité liés à une utilisation plus ou moins efficace des services par la clientèle immigrante et renvoyant à une troisième barrière, celle des valeurs et des représentations différentes, étudiée au prochain chapitre (Battaglini, 2000, 2010; Gravel et Battaglini, 2000).

8.7 Le cumul des facteurs objectifs sur la réinsertion en emploi

Le retour au travail représente une étape extrêmement sensible du processus de réadaptation physique, ce qui est d'autant plus vrai chez les immigrants. S'il subsiste des limitations et que le lien d'emploi¹⁴⁹ existe encore, le processus de réadaptation prévoit une évaluation des conditions physiques et environnementales lors du retour au travail afin de s'assurer des possibilités réelles de réinsertion en emploi. Les agents tiers et certains intervenants peuvent se rendre sur les lieux de travail pour favoriser la réinsertion. Certains clients apprécient cette mesure, c'est le cas de Marlene, alors que d'autres la refusent. Cette position peut se comprendre à l'échelle individuelle et culturelle, mais peut aussi être reliée au contexte de travail. Nonobstant ces facteurs, plusieurs éléments concourent à cette dernière étape de la réadaptation pour faciliter ou rendre presque impossible le retour. Lors de l'insertion au travail, les conditions du contexte qui ne dépendent pas des clients sont vues par les intervenants comme étant imprévisibles et tenant du hasard, tel que l'explique Andrée, ergothérapeute, la discipline la plus impliquée à cette étape de la réinsertion en emploi :

Andrée: Un [cas] que je considère comme avoir été un échec à un moment donné, c'est un client d'origine marocaine, blessure au dos, et ce monsieur-là c'était un bourreau de travail, il travaillait énormément. Ici, il a fait la réadaptation de façon tout à fait correcte,

¹⁴⁹ La loi prévoit que, suite un accident au travail ou un accident de la route, un travailleur peut garder son travail pendant deux ans, même s'il reste en congé de maladie. Mais après cette période, l'employeur n'a plus d'obligations à le reprendre au travail.

il a appris ses postures, il a appris ses positions, il était capable, il n'avait plus d'irradiation¹⁵⁰, un paquet d'affaires. Pis quand est venu le temps de retourner au travail, ils l'ont tout simplement mis à la porte [silence]. Pis il a fait de la recherche de travail, pis il a été victime de discrimination [silence]. Ça a été rapporté par le client. C'est certain que quand tu retournes avec des problèmes de dos, avec une étiquette de CSST. C'est difficile à dire, à quel niveau c'est la discrimination. Il a été extrêmement déçu parce qu'il pensait que l'entreprise l'adorait et il a été mis à la porte. Les relations [des immigrants] avec l'employeur n'est pas la même.

(21 avril 2006)

À un autre moment du groupe de discussion, la discussion revient sur les conditions de la réinsertion en emploi :

Andrée: De toute manière, les clients migrants, ils ne sont pas dans leur [inaudible]. La recherche d'emploi pour eux, c'est 100 fois plus difficile que pour un autre. Il ne faut pas se le cacher.

Chercheuse: Oui, mais pour quelle raison, c'est ça que j'essaie de comprendre, de préjugé? Ou de barrière culturelle?

Andrée: Pourquoi?

Manon: Non, mais même institutionnalisé. J'ai une cliente qui est ingénieur chimiste.

Andrée: On en a plein.

Manon: Il n'est pas question qu'elle travaille comme ingénieur chimiste au Canada. Non, parce qu'elle n'a pas le droit de faire partie de l'ordre des ingénieurs. OK. Maintenant, cette madame-là, elle a eu un accident, et elle a perdu le travail manuel qu'elle avait trouvé. Ça va pas devenir facile de trouver une job, juste une job, parce qu'elle ne peut plus être une manuelle. J'ai un autre client qui est professeur de maths, il travaillait comme serveur dans un restaurant. Des emplois précaires, pas de syndicat. On le voit, on veut réintégrer quelqu'un maintenant qui a super peur de perdre sa job. Il ne veut pas qu'on parle à son employeur, il ne veut pas qu'on aille là-bas pis quand l'agent a appelé son employeur, elle a demandé, oui, je suis-tu obligée de le reprendre lui? C'est ça, des emplois précaires.

(21 avril 2006)

¹⁵⁰ Type de douleurs qui sont la conséquence de blessures neurologiques, par exemple des atteintes à la colonne vertébrale ou des hernies discales.

Lors de la réinsertion au travail, clients, intervenants et agents tiers se butent aux conditions du marché de l'emploi. Pour le travailleur qui a établi un rapport filial avec son patron, comme cela peut se faire dans son pays d'origine comme le rapportent les agents tiers, la déception peut être grande. Lorsque des limitations physiques s'ajoutent à un déclassement professionnel et minent les ressources physiques et personnelles, les possibilités d'insertion se restreignent aussi. Les travailleurs blessés dans leur emploi ou lors d'un accident de voiture peuvent perdre des ressources importantes, tout en ajoutant un nouveau motif de discrimination : le handicap. Dans un contexte de travail précaire, leurs nouvelles conditions posent des problèmes souvent aigus. Aux différentes barrières énumérées, il faut ajouter des facteurs d'ordre sociologique. Manon, coordonnatrice dans un service de réadaptation en emploi, calcule que, pour les clients immigrants, le taux de réussite de l'insertion en emploi diminue d'environ 20%, de 90 % à 70%. Ce service de réinsertion en emploi cesse d'exister en 2011 parce que, d'après elle, il coûtait trop cher aux organismes des tiers payeurs et il était considéré comme peu efficace. Par contre, j'ai reçu dernièrement des demandes de formations en relations interculturelles du milieu privé qui semble offrir des services identiques, sans toutefois utiliser les équipes interdisciplinaires qui sont plus coûteuses, supportant les théories de concurrence entre le secteur privé et le secteur public (chapitre 4) et de renvoi dans le système public de cas pour lesquels une approche multidisciplinaire aurait échoué (communication personnelle), supportant aussi une stratégie d'écroulement propre au réseau privé (chapitre 4)

Dans plusieurs cas, une communauté ethnoculturelle peut faciliter le retour au travail. Toutefois, lorsque les limitations physiques ne permettent plus de réintégrer ce milieu, le travailleur se retrouve dans des conditions très difficiles, n'ayant plus le support de son groupe d'origine. Dans ce cas, le travailleur aura souvent de la difficulté à chercher un emploi dans un autre milieu, car il ne connaît le marché du travail local. Lorsque le milieu de travail est une enclave, les barrières linguistiques s'accumulent à celles sociales et culturelles existantes, tel que le décrit Pierre :

Pierre: À la CSST on voit souvent ces gens-là [des immigrants] débarquer ici, en 1986, occuper le premier emploi le lendemain et ont évolué dans ce milieu-là pendant 20 ans. Pouf! Il arrive un accident. Là se voir aller vers une autre communauté, un autre type d'emploi. Souvent l'employeur parlait même pas le français ou l'anglais souvent, souvent ça va être, moi ceux que j'ai eus là, c'est souvent des manuels, des emplois manuels,

d'usine souvent donc. Souvent la communauté va être là, sur place, donc il va avoir comme un groupe de gens avec eux qui parlent leur langue aussi.

(21 avril 2006)

En plus de la spécificité de chaque contexte de travail, au moment de la réinsertion au travail, on retrouve un cumul de facteurs objectifs externes à la réadaptation, par exemple la non-reconnaissance des diplômes¹⁵¹, l'âge et la précarité de l'emploi qui représentent aussi des embûches importantes au retour au travail. Ainsi, ce cumul de facteurs objectifs peut engendrer une invalidité, une incapacité permanente de retour au travail, qui n'aurait pas existé pour des travailleurs canadiens dont un retour au travail serait toujours possible. Denise, explique cette situation particulière :

Denise: Quand on rend des décisions d'invalidité là, ça [ne] veut pas dire qu'ils sont plus capables de rien faire. Ça veut dire que leur métier à eux, ils ne sont plus capables de le faire physiquement et de par tout leur profil global, que ce soit leur scolarité, problème de langue et tout, peut-être leur âge aussi, on n'identifie pas de solution.

(21 avril 2006)

Cette recherche sur la réadaptation physique permet également de mettre en évidence des liens entre la réinsertion après un accident et les conditions du marché de l'emploi, deux univers sociaux qui se croisent au retour du travailleur blessé. Les facteurs objectifs concernent le plus souvent des barrières d'ordre social, extérieures aux relations interculturelles, mais conditionnées tout de même par elles. En mai 2012, au Canada, le gouvernement Harper édicte un nouveau règlement permettant maintenant de retourner des travailleurs temporaires blessés dans leur pays d'origine sans qu'ils reçoivent de soin. Quoiqu'il reste encore à savoir lequel des deux paliers de gouvernement a préséance dans ce cas, cette nouvelle loi va à l'encontre de la loi de la CSST qui jusqu'à maintenant protégeait tout travailleur blessé dans le cadre de ses fonctions, quel que soit son statut migratoire (Côté et coll., 2012b). Ce chapitre sur les facteurs objectifs met en lumière

¹⁵¹ L'UNESCO s'intéresse d'ailleurs aux problèmes de la reconnaissance de qualification.

les mécanismes des interactions en contextes pluriethniques; les conditions macro qui ont des influences micro.

L'accident, comme la maladie, représente la désorganisation d'un plan de vie, générant des enjeux très importants pour les immigrants. Dans ce contexte, des facteurs complémentaires déterminent la réussite ou l'échec de l'aide mise en place par les institutions SAAQ, CSST et MSSS pour aider les personnes atteintes à retrouver ou à compenser leurs capacités antérieures. Au Canada, ce genre d'aide est vu comme universel, ce que les données recueillies dans cette recherche mettent en doute. Une approche uniquement basée sur la discrimination apparaît comme insuffisante pour rendre compte de la complexité de l'accessibilité en contextes pluriethniques (Bowen, 2004). Cette limite des approches monoculturelles a été reconnue par Devereux (1980) pour qui il est nécessaire d'adjoindre des connaissances anthropologiques à l'intervention auprès des immigrants. Il est donc nécessaire, dans les contextes pluriethniques, de mettre les approches de discrimination et celles des relations interculturelles dans une position complémentaire, une question que je vais aborder dans le dernier chapitre de la thèse.

Je me propose maintenant d'explorer les facteurs culturels qui peuvent aussi constituer des barrières à l'accessibilité des services. Ces facteurs peuvent mettre en péril les moyens, comme la réadaptation physique, mis en place par notre société pour favoriser l'insertion de personnes qui, selon la typologie de Mercier, appellent la pitié et sont jugées socialement insérables (Mercier, 2004). Mieux comprendre les facteurs culturels représente une étape importante des approches complémentaristes (Devereux, 1980) et des relations interculturelles. Ces différences confrontent les formes locales et étrangères en regard des fonctionnements institutionnels, des représentations sociales et des références linguistiques et symboliques et peuvent interférer sur la compréhension mutuelle, devenant une entrave à l'acte à poser par les intervenants, par les agents tiers et par les clients selon les attentes d'efficacité des établissements.

CHAPITRE 9 : LES FACTEURS LIÉS À LA CULTURE

L'anthropologie médicale travaille depuis longtemps à la reconnaissance de la santé et de la maladie comme un idiome de détresse et de malaise déterminé par un système de signes, de sens et d'actions qui oriente la quête de soins (E. Corin et coll., 1990). Le système de santé-maladie d'un groupe humain peut lui être aussi particulier qu'une langue. Selon Chomsky (1981), apprendre une langue implique une faculté particulière, distincte du système cognitif impliqué, c'est l'aptitude à parcourir un labyrinthe. En se déplaçant dans un nouveau milieu de vie, une personne ne se défait pas de son histoire, de la même manière Dolores et Marlene transportent avec elles leur vision du monde. Pour reprendre Chomsky, chaque personne transporte avec elle le labyrinthe d'origine dans lequel elle a appris à se mouvoir, selon la place qui lui a été assignée (Foucault, 1976, 1993) et avec le savoir qu'elle a pu développer dans sa société et dans sa culture (Keesing, 1987, 1989). En arrivant sur un nouveau territoire, un immigrant doit apprendre à fonctionner dans un nouveau labyrinthe, celui des personnes de la société d'accueil.

L'accessibilité et l'adéquation, ou la pertinence (Das, 1993), des soins locaux pour des populations étrangères représentent des enjeux importants des sociétés qui favorisent l'immigration (chapitre 4). Comme mis de l'avant par les travaux de Battaglini (2000, 2005, 2010) et de Gravel (2000, 2001, 2005, 2010), quatre barrières reconnues jouent sur l'accessibilité et sur l'adéquation des services (Gravel et Battaglini, 2000). Tous les immigrants sont confrontés à ces barrières, mais de manières différentes selon la place qui leur est assignée (Foucault, 1976, 1993), les caractéristiques individuelles et les personnes qui les reçoivent dans les institutions de soins. Nous avons déjà vu ces embûches dites objectives. La première renvoie à l'ordre économique et aux données macro et comprend notamment le statut migratoire; la seconde concerne les barrières linguistiques et la troisième vient de la méconnaissance des institutions de santé. Finalement, la quatrième barrière a trait aux différences culturelles particulières dans les contextes de la santé et de la réinsertion en emploi. La religion, les structures familiales, les relations hommes femmes ainsi que les normes et valeurs sont les invariants qui mettent en évidence les écarts culturels les plus fréquents. Ces barrières ressortent des interventions quotidiennes en contextes pluriethniques. Il est important de se familiariser avec l'idée que ces barrières ont des rapports dynamiques entre elles. Par ailleurs, la complexité de ces dynamiques

est augmentée par les stratégies identitaires des sujets et par la période historique (par exemple, les interactions à la suite du 11 septembre 2001 ont pris un sens particulier). En conséquence, les positions idéologiques de chacun peuvent influencer les analyses et biaiser le regard porté sur ces barrières typiques de l'accessibilité des services en santé et sur les questionnements éthiques qui interpellent différents acteurs sociaux, selon les moments.

9.1 Les systèmes de signes, de sens et d'action

Comme nous l'avons vu, les clientes immigrantes participantes au groupe de discussion ne désirent pas que l'on s'intéresse à leurs caractéristiques en tant qu'immigrantes et ne croient pas que ces traits culturels créent une rupture lors de la rencontre avec les particularismes locaux. Elles ne considèrent pas comme significative l'échelle culturelle et n'en tiennent pas compte, à l'instar de Laure, conseillère en réadaptation. Par contre, les autres intervenants et agents tiers rencontrés sont à la recherche de catégories pour classer les informations récurrentes qui échappent aux caractéristiques universelles et individuelles qui sont les échelles reconnues socialement et institutionnellement. Cette recherche se fait à tâtons, sans méthode. Pour que leur démarche soit possible, ils doivent toutefois briser la règle de la rectitude politique. Ce faisant, ils sentent qu'ils brisent un tabou et risquent d'être perçus comme ayant des préjugés (chapitre 7), et même, comme étant racistes. Pour mieux comprendre cette dynamique, j'aborderai au chapitre 10 les rapports entre différences culturelles, préjugés, racisme et savoir (Gadamer, 1976), une analyse dont on ne peut faire l'économie en relations interculturelles.

En tant qu'observateurs de phénomènes trop peu pensés dans nos sociétés pluralistes actuelles, les intervenants et les agents tiers se butent à une difficulté inscrite dans la modernité; distinguer un individu vu comme un sujet empirique d'un être moral autonome tel que pensé par les sociétés occidentales (Dumont, 1977). Cette prémisse place l'autonomie au niveau universel, alors qu'elle constitue selon moi un particularisme culturel. Ce phénomène déforme les regards que chacun porte sur l'autre dans un jeu d'intersubjectivité complexe qui comprend des échelles universelle et individuelle, mais qui manque les cadres cognitifs pour ajouter une échelle culturelle et sociale prenant en compte un nouveau type d'information.

Lorsque des informations culturelles sont échangées, l'ambiance est souvent empreinte de tensions. La culture n'étant pas toujours consciente (Dumont, 1977), la dimension culturelle fait une apparition souvent inattendue aux conséquences imprévisibles. À ce sujet, rappelons-nous le client afghan qui désirait participer à cette recherche, mais qui n'a pu signer le consentement éclairé, rendant ainsi impossible sa participation à cette recherche et prolongeant l'attente des autres participants avant le groupe de discussion. Sans l'apport d'une analyse culturelle et interculturelle, on pourrait analyser la situation sous l'angle individuel et indexer la motivation de l'homme ou encore, la volonté de la chercheuse.

Il est intéressant de noter que les intervenants qui se considèrent parfois sans culture peuvent être remis en question par les clients immigrants, ce qui les renvoie à leurs particularismes culturels occidentaux. Ils deviennent alors l'autre dans le regard des immigrants, comme le témoignent ces propos d'Audrey et de Josée qui sont physiothérapeutes et de Martine qui est psychologue :

Audrey: Dans le fond, on demande aux clients de comprendre, mais nous on n'est pas capables entre autres, non plus, de toujours le faire [silence] même s'ils nous traitent d'Occidentaux.

Martine: Ah oui c'est ça aussi, je [ne] savais pas quand est-ce la ploguer [l'introduire dans la discussion]!

Josée: Ils nous le disent que nous on agit comme Occidentaux, et eux ne sont pas Occidentaux fait que [c'est pourquoi] ([silence] ça ne peut pas fonctionner.

(26 janvier 2006)

Leur statut d'Occidentaux leur est rappelé par certains clients immigrants qui constatent les écarts entre les constructions apportées par de l'immigration et celles construites sur place. Les différences notées par ces clients demandent des recherches plus approfondies; pour le moment, contentons-nous de dire qu'elles peuvent être la source de beaucoup de tensions, surtout si elles sont nommées par des personnes de la société d'accueil, car elles sont associées à l'ethnocentrisme ou aux erreurs du passé colonial.

Avant d'entamer la description des barrières relatives aux valeurs et aux représentations culturelles, on doit s'intéresser au cheminement que prennent certaines personnes qui arrivent à

percevoir les différences culturelles. Dans son essai sur l'étranger, Schutz (2003) met en évidence l'importance de l'expérience quotidienne dans la construction de la connaissance. Toutefois, l'expérience n'est pas suffisante, car, comme Laure, il ne suffit pas d'être en contact avec des personnes de différents horizons pour observer des différences culturelles. De la même façon, certains médecins et psychiatres qui pensaient la médecine universelle et qui n'ont pas adapté leurs pratiques dans les sociétés coloniales n'ont pas réagi à l'expérience directe, causant les mauvais souvenirs de Marlene sur les services de santé coloniaux en Haïti. Cette approche universaliste a été contestée par les anthropologues médicaux, notamment Kleinman (1980, 1985) qui a su démontrer l'enracinement culturel et social des pratiques médicales occidentales.

Ainsi, revenons à notre question: comment les participants parviennent-ils à déceler ces différences? Ils les voient dans les actes qu'ils posent dans le cadre de leur travail, lorsque leurs actes codifiés et répétitifs ne produisent pas les effets attendus et induisent des situations surprenantes qui, dans certains cas et selon l'origine ethnoculturelle, se reproduisent. Souvent, ces actes les confrontent aux pratiques établies. Comment en arrivent-ils à concevoir une nouvelle catégorie et à classer leurs observations dans la catégorie *culture*, c'est-à-dire à la distinguer de la catégorie sociale qu'ils connaissent déjà? La méthode comparative apparaît comme une ressource à leur portée, elle s'insère dans l'écart entre les actions et les actes. Qu'elles soient issues de la société d'accueil ou de l'immigration, les personnes qui observent des différences culturelles font des analyses sociales à partir de motifs ou de récurrences (*patterns*). Ces acteurs sociaux prennent appui sur des points de comparaisons où leur groupe social devient un repère important. Ils inventent à tâtons des modèles d'analyse comparatifs qui n'ont toutefois pas la formalité des modèles de relations interculturelles reconnus. Il est intéressant d'observer qu'ils construisent un modèle d'analyse dont ils doutent, comme le démontre leur façon de l'exposer. Leurs stratégies ne sont pas quantitatives, mais elles mettent en évidence l'importance des répétitions des phénomènes observés pour déduire des données toujours mises en doute. Cette remise en question découle des idéologies et du manque de validation institutionnelle. La compilation d'extraits des deux groupes permet d'observer deux stratégies méthodologiques. Dans les premiers extraits, comme tout enquêteur (Olivier de Sardan, 2008), les participants quantifient les récurrences quant aux différences observées. Dans les extraits, on les observe, intervenants comme agents tiers, faire des comparaisons intergroupes :

Martine: *Ça dépend parce que, en même temps, ces gens-là sont aussi intelligents et tolérant Donc à quelque part, il y a [silence] quelque chose d'autre [long silence].*

Manon: *Dans la plupart, pas tout le temps, c'est peut-être pas systématique, mais oui, je pense que c'est en gros là, généralement il faut qu'un membre de la famille entérine ce qui se passe [silence].*

Andrée: *Surtout des fois on le voit, ils partent le vendredi [silence]. Le lundi ils reviennent [silence] ç'a comme été démoli dans la fin de semaine peut-être par manque de compréhension.*

Manon: *C'est avec tous les clients, mais j'ai moins besoin de ça [donner beaucoup d'explications] avec les Québécois je pense d'une certaine manière. Peut-être est-ce qu'on va l'être [inaudible]. Il y a tant d'autres choses qui se passent aussi au niveau des Québécois, mais à partir du moment, surtout avec les clients qui maîtrisent mal le français, (silence) qui ont une histoire au niveau de l'immigration.*

(26 janvier 2006)

Aline: *Bien moi je suis assez d'accord [silence] c'est difficile parfois [avec les immigrants].*

Ginette: *C'est la communauté [silence] surtout, mais c'est pas, j'en ai eu d'autres cas problèmes. Je [ne] sais pas, c'est difficile à cibler.*

Hélène: *Fait qu'il y a une tendance, mais c'est pas systématique.*

Denise: *Non c'est ça, c'est pas systématique. Je [ne] pourrais pas cibler telle communauté c'est comme ça, mais c'est vrai que j'en ai eus qui [silence].*

Pierre: *C'est des choses qui arrivent.*

Hélène: *Oui, oui, oui ça arrive.*

(21 avril 2006)

Audrey: [silence] *C'est pas juste chez les immigrants ou quoi que ce soit, la clientèle québécoise [aussi].*

Albert: *C'est souvent avec les migrants, peut-être plus que les Québécois pure laine, que je vais mettre en second [silence] ma fonction de psychologue.*

(26 janvier 2006)

Le cumul d'observations et les comparaisons entre les groupes produisent de nouvelles compréhensions chez les intervenants et chez les agents tiers. Une dernière stratégie méthodologique se met en place lorsque les intervenants discutent d'un cas et réalisent que, malgré des caractéristiques similaires et contrairement à ce qu'ils pensent, ils ne parlent pas de la même personne. Ceci aurait pu être le cas étant donné que, même si les intervenants travaillent dans des centres de réadaptation différents, des clients fréquentent parfois deux centres lorsque, par exemple, ils déménagent ou sont référés dans un autre centre qui offre une spécialisation. Lors de cette discussion, Martine, psychologue, réalise qu'elle a un client immigrant qui avait les mêmes caractéristiques que la personne dont discutent deux autres intervenants :

Albert: Oui. Ce que je veux dire, au niveau des clients particuliers, ça on l'a bien vu avec ce [silence]. On a déjà [silence] qu'une madame [silence] malheureuse [silence].

Manon: C'est toi qui l'avais? Une madame qui s'est cassé la gueule en moto? Qui était morte après.

Albert: Non.

Manon: C'est pas toi?

Albert: Non.

Martine: Moi j'ai eu quelqu'un comme ça.

(26 janvier 2006)

Comme on le voit, plusieurs précautions sont prises par les agents tiers et par les intervenants lorsqu'ils observent des difficultés liées à des barrières culturelles. Les intervenants et les agents tiers déduisent qu'il se passe quelque chose de particulier puisqu'il y a des répétitions. Leurs formations cliniques les amènent cependant à ne pas généraliser sans une vérification au cas par cas, tel que la méthode de statistique clinique l'exige. La validation de leurs observations fait partie du travail clinique qu'ils connaissent.

Les précautions prises par ces acteurs/sujets sociaux risquent de se perdre lors de l'énumération des principales barrières culturelles rencontrées en contextes pluriethniques, ce qui est renforcé si le lecteur vit un malaise provoqué par un modèle de rectitude politique. Dans ce cas, certains

peuvent y voir des préjugés plutôt que des répétitions révélant des préoccupations valides. Les situations rapportées représentent des obstacles réels qui bloquent la compréhension, la qualité de la relation, l'efficacité des rencontres ou des interventions et, même, l'accessibilité aux services. La littérature définit les barrières culturelles comme des valeurs différentes (Gravel et Battaglini, 2000). Il me semble toutefois devoir ajouter à cette description les systèmes de représentation, les pratiques et les actes à poser, car ce sont tous des éléments d'une chaîne logique (Gratton, 2009). Les représentations culturelles relèvent du domaine de l'idée alors que les actes sont de celui du concret. Ce sont toutefois les actes, les réponses, les comportements et les réactions inattendues qui dévoilent le plus facilement les univers culturels respectifs et les enjeux interculturels. Les tests de réalité rappellent l'impossibilité de tout réaliser en contexte d'intervention interculturelle.

Dans le contexte de la santé, Battaglini et Gravel (2000) font référence à la culture en tant que besoins subjectivement construits selon les croyances, les perceptions, les valeurs et les normes sociales, ainsi qu'en tant que réactions et attitudes à l'égard des problèmes de santé, de la maladie et des problèmes personnels et sociaux. Les compétences interculturelles, contrairement aux compétences culturelles, doivent permettre de saisir le caractère systémique et contextuel des enjeux induits par les rencontres entre nos spécificités culturelles et celles de l'autre (Gratton, 2009). En réadaptation physique, les rencontres interculturelles se cristallisent autour de l'autonomie, de la douleur et de la réinsertion à l'emploi. La réadaptation est la recherche d'un fonctionnement optimal en lien avec la plus grande autonomie possible, la dignité et le pouvoir individuel (chapitre 5). Cette orientation s'inscrit dans une logique de droits de la personne et d'autodétermination cohérente avec une vision de l'individu caractéristique de l'Occident.

La douleur représente pour les patients, quelle que soit leur origine ethnoculturelle, un signe qui renvoie à un dysfonctionnement interne, à une altérité (Le Breton, 2006). Ce dialogue met en évidence les préoccupations de Dolores et de Marlene face à la douleur :

Dolores: J'aimerais qu'ils cherchent qu'est-ce que j'ai. Parce que, écoute, on le sait que des fois qu'il y a beaucoup de mauvais diagnostics et je suis, la manière que je me sens, je sais que j'ai quelque chose. Je sais [silence]. Comme là, j'ai trop mal aux hanches, c'est pas normal que j'aie mal aux hanches, c'est pas normal que j'aie mal au coccyx, je sens comme un petit monstre qui me presse. Sur le dernier diagnostic que j'ai eu, c'est que j'ai eu mes muscles sont restés contractés en tension, sont pas capables de lâcher. C'est pour

ça que j'ai mal partout et que je fais des spasmes musculaires. Les spasmes musculaires se promènent partout.

Marlene: Je veux avoir des radiographies. Je veux voir des scanners. Je sais qu'il y a quelque chose parce que quand t'as mal comme ça pis t'as de la pression sur la tête, pis quand tu sens ici que ça fait [silence] c'est sûr et certain que tu dis à un moment donné je vais me réveiller [silence] pis ils vont dire oh il y avait ça.

Chercheuse: Vous allez vous réveiller comment?

Marlene: Quand je dis qu'à un moment donné [silence]. Être morte, c'est ça que j'entends.

Chercheur: Ça c'est des craintes, vous ne comprenez pas trop ce qui se passe malgré les explications. Les explications ne sont pas suffisantes pour vous rassurer, un peu la même chose et là vous partez et vous vous faites des scénarios.

Marlene: Oui c'est ça, c'est bien à dire ah bien c'est mieux d'avoir une hernie discale que s'en faire, ah oui, je suis vraiment d'accord, mais [silence]. Va le savoir.

(07 avril 2006)

De quoi Dolores parle-t-elle lorsqu'elle dit qu'elle sent comme un petit monstre qui la presse? Que saisit-elle lorsque, s'appuyant sur une explication donnée par des experts, elle dit que « des spasmes musculaires se promènent partout »? Qu'est-ce qui pourrait rassurer Marlene qui a peur de mourir malgré les tests qu'elle réclame et qu'elle a déjà obtenus? La répétition des tests ne rassure pourtant pas ces clientes, ce qui serait la position de plusieurs clients immigrants selon les propos des intervenants lors des formations, cela même s'ils proviennent de pays où le médecin jouit d'un grand prestige. À la deuxième étape de la réadaptation, les clients connaissent déjà leur diagnostic, nécessaire pour qu'ils puissent donner leur consentement éclairé aux traitements qui doivent être acceptés à recevoir. Toutefois, comme nous venons de le voir, plusieurs clients immigrants ne font pas confiance aux diagnostics, surtout s'il y a de la douleur. Cette méfiance peut s'expliquer par une méfiance envers les services publics et par une inadéquation entre l'épistémologie médicale et les logiques traditionnelles où le diagnostic prend souvent la forme d'un acte simple : « le guérisseur ne vise pas à modifier directement les mécanismes internes, mais à restructurer des liens externes » (Moro, 1994, p. 86). En conséquence, le diagnostic comme mécanisme d'influence positive (Nathan, 2001) et de mobilisation des clients fonctionne

plus difficilement avec des clients immigrants habitués à un autre mode d'influence. Dans le dialogue qui suit, Carole, kinésiologue, et Audrey, physiothérapeute, discutent cet enjeu :

Carole: Ils peuvent aussi réagir [silence] la question que notre explication médicale semble insuffisante, définitivement insuffisante pour les rassurer, quand le gars y t'ramène tout ça comme ça, moi c'est ce que j'entends. T'as beau me dire ça, mais il doit y avoir autre chose.

Audrey: C'était aussi dans cette culture-là qu'on avait dit bien c'est facile être médecin chez nous, n'importe qui est médecin.

(26 janvier 2006)

Les intervenants cherchent des explications qui leur échappent, car leur cadre conceptuel habituel ne les a pas préparés à ces réactions. Ajoutons aussi qu'il peut être plus difficile de poser des diagnostics exacts et précis dans le cas des immigrants, car les systèmes de signes et les symptômes physiques se manifestent aussi selon des façons de faire régionales. Ce phénomène peut aussi brouiller les repères¹⁵² des intervenants et des agents tiers qui observent ces personnes. Cela les amène à questionner leurs connaissances sur la douleur ainsi que leurs observations et soulève des inquiétudes pour les clients immigrants. Dans l'extrait suivant, Aline, conseillère à la réadaptation, cherche un cadre analytique qui supporte ses observations sur les réactions culturelles différentes à la douleur :

Aline: Mais on voit qu'il peut y avoir certaines différences au niveau de la perception de la douleur, là je pense. Au niveau migrant, il y certaines cultures où je pense que la douleur est réellement forte d'après moi par rapport [aux personnes nées ici] [silence]. C'est peut-être un jugement que je porte là, mais je ne penserais pas que ce soit un jugement.

(21 avril 2006)

L'accessibilité de la réadaptation est basée sur le choix d'y participer. Comme le disent les intervenants, « la réadaptation est une grosse machine » que les clients n'ont pas choisie, mais qu'ils finissent par accepter grâce à la personnalisation des soins (Bouthillier, 2007; Bouthillier et coll., 2009). Sans ce choix personnel, la réadaptation ne peut fonctionner. Ce choix est plus facile

¹⁵² Coroner du Québec, idem

à faire pour les personnes issues de la société d'accueil, il est presque *naturel*, un terme recouvrant souvent un processus d'enculturation (Panoff et Perrin, 1973). Pour les clients immigrants, ce choix est moins automatique et des embûches d'ordre culturel mettent l'accessibilité en péril. Il ne suffit pas d'être entré dans le système de santé pour en profiter. Même de l'intérieur, un système peut rester inaccessible si les acteurs/sujets sociaux ne savent pas le mobiliser et l'utiliser. Selon les termes des recherches sur la littératie, ils ne savent pas promouvoir leur santé (chapitre 4).

La non-adhérence au traitement chez les immigrants est traitée dans la littérature (Avery, 2008). Selon les observations de participants aux formations interculturelles, plusieurs clients immigrants apprécient moins la médication que les Québécois, surtout si elle dure longtemps. C'est le cas de Marlene qui a arrêté les anti-inflammatoires prescrits par son médecin, car ses symptômes reviennent lorsqu'elle cesse, bien que cette médication, en contrôlant l'inflammation, aide aussi à prévenir la douleur, ce qu'elle ne comprend pas. Marlene a aussi cessé de prendre ses médicaments contre la douleur, car elle dit se sentir droguée lorsqu'elle la prend. Toutefois, bien contrôlée, cette médication ne devrait pas produire cet effet. Elle aurait vraisemblablement eu besoin d'un meilleur suivi médical pour trouver le médicament et le dosage qui lui convient. On peut se demander si Marlene a vu la nécessité d'informer son médecin des effets secondaires ressentis afin qu'il puisse les contrôler. Selon le Dr Talbot de l'Institut Pinel (communication personnelle), peu de médecins ont développé une expertise sur les effets des médicaments selon la race et l'origine ethnoculturelles, générant de la confusion. En effet, ses recherches identifient des problématiques liées à la génétique des populations. Selon lui, la reconnaissance de certaines maladies locales, comme c'est le cas dans le DSM¹⁵³, est plus acceptée que de s'attarder à des réactions particulières à certains médicaments. Il est donc difficile de savoir si la réaction de Marlene aux médicaments vient d'une cause physique ou de ses représentations.

La mobilisation des clients souffrants pose généralement problème, car l'immobilité est un mécanisme de protection universel en cas de douleur. Les soins prodigués par les professionnels se divisent en deux types: ceux permettant plus de passivité aux clients, par exemple la

¹⁵³ Le DSM est le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux utilisé par les médecins, plus spécifiquement par les psychiatres.

physiothérapie, du moins au début de la réadaptation, et ceux travaillant davantage l'activation, tel l'ergothérapie. Travaillant en complémentarité (chapitre 5), il s'agit pour ces deux disciplines d'amener le client à bouger, même les parties physiques atteintes. Dans un suivi personnalisé, il est demandé à chaque client d'intégrer de nouvelles habitudes de vie dans des routines quotidiennes et répétitives. Afin de s'assurer que les mouvements prescrits sont exécutés correctement, les clients sont constamment observés par les équipes traitantes qui, par des rappels, les amènent à diminuer les pressions inutiles sur les parties du corps atteintes.

Les intervenants observent toutefois que les clients immigrants souffrants ont moins tendance à bouger que la clientèle locale. Cette observation est soutenue par une recherche européenne (Lovering, 2006) qui confirme cette tendance chez les patients du bassin méditerranéen. Ici, cette situation s'observe autant avec ces patients qu'avec les Haïtiens et tous les autres immigrants dits non occidentaux. Comment comprendre cette logique? On peut penser que ne pas bouger était un mécanisme de prévention essentiel lorsque la technologie ne permettait pas de connaître les causes d'une douleur physique qu'un mouvement aurait pu aggraver, comme une fracture. Toutefois, on sait aujourd'hui que cette réaction de protection peut avoir des conséquences, par exemple lorsque l'immobilisation provoque des contractures. Ce problème est causé par un déséquilibre entre des muscles antagonistes provoquant une tension du muscle le plus fort qui entraîne une contraction et une atrophie, source de handicap et de plus grande douleur.

Les clients immigrants sont souvent plus à l'aise avec des approches passives; les services des physiothérapeutes sont donc plus facilement acceptés que ceux des ergothérapeutes, sauf lorsque les physiothérapeutes orientent aussi les clients vers une prise en charge individuelle et active. Marlène présente ici ces différents types de réactions relativement aux services :

Marlene: En physiothérapie. Moi, à un moment donné j'ai dit j'aimerais ça avoir un massage dans le cou, j'avais trop mal au cou. Il dit non, non, pas question. Prends la crème, c'est efficace. Tu le fais toi-même. [Rires de Marlene et de Dolores]. Moi ok, la personne que j'avais avant, il me chicanait toujours. Il chicanait. Il me disait qu'est-ce que tu fais, comment ça se passe? Comment as-tu bougé? Comment as-tu marché? Mais c'est pas pour arriver mal. Des fois, je te jure, je ne voulais même pas le regarder. Non parce qu'il me chicanait. Je lui ai dit j'ai mal et il dit, mais oui, mais regarde ton exercice. J'ai dit j'ai trop mal, j'ai trop mal.

(07 avril 2006)

L'autonomie étant une valeur privilégiée en réadaptation, la prise en charge des clients doit diminuer au fur et à mesure que les clients font des apprentissages qu'ils peuvent mettre en pratique. Ce transfert de compétences se fait souvent moins facilement avec les clients immigrants qui apprécient plus les contacts directs et l'aide que le thérapeute apporte, comme l'explique Marlene :

Marlene: Bien c'est comme, au fond je le sais, c'est mieux que je le sais parce que quand j'ai la jambe toute alourdie, au moins je sais quoi faire pour arrêter ça parce que ma physiothérapeute m'a dit c'est pas bon d'avoir mal à la jambe. C'est pour ça, quand j'ai mal à la jambe en haut [au deuxième étage où est la salle de traitement], puis j'appelle tout de suite pour dire j'ai mal à la jambe, ah viens, viens, puis on appelle puis elle vient puis on fait des exercices pour empêcher pour que ça arrive.

(07 avril 2006)

Les clients immigrants aiment que les intervenants soient près d'eux et ne se sentent pas à l'aise avec les mécanismes de transferts de connaissances de l'intervenant au client et avec la réadaptation au domicile. L'idée du soin qui se transmet à partir d'orientations et d'enseignements ne passe pas bien. Les intervenants évaluent correctement cette situation lorsqu'ils disent que beaucoup de clients immigrants comprennent ce qu'est un enseignement, mais n'en voient pas l'utilité, tels que le confirment Marlene et Dolores :

Marlene: Ils [les thérapeutes] vont venir aussi s'il y a autre chose à ajouter. Mais je [ne] suis pas après eux-autres, je fais ce que j'ai à faire point. C'est comme si j'étais à l'école, je rentre à l'école, je laisse mes affaires à l'école et je m'en vais à la maison.

Dolores: Heu [silence] c'est parce regarde, on n'est pas venu souvent dans les thérapies en groupe. On a parlé énormément du même sujet et tout le monde est à l'école.

(07 avril 2006)

Les écarts entre les modèles de traitement local et ceux de la clientèle venue d'ailleurs créent des tensions. Les différences entre les représentations et les façons de faire brouillent les repères intrinsèques aux systèmes de sens et aux quêtes de soins respectifs. Cette situation génère encore plus de malaises chez les intervenants et les tiers payeurs lorsque des groupes particuliers peuvent

être identifiés et indexés de préjugés, par exemple les Grecs, les Italiens et les Arabes dont les comportements confirment les recherches sur la douleur dans le bassin méditerranéen (Lovering, 2006), ainsi que les Haïtiens reconnus pour leur difficulté à bouger lorsqu'ils ont mal.

Chaque discipline est confrontée à des situations particulières dans les contextes pluriethniques. Les interventions physiques comprenant des interventions plus passives, physiothérapie, médecine et soins infirmiers, traversent mieux les barrières culturelles. L'ergothérapie a une intervention physiquement plus active et même intrusive, car, ayant affaire avec les habitudes de la vie quotidienne et de la vie domestique, elle se confronte à d'autres façons de faire. Chaque cadre disciplinaire représente une gradation en regard d'un coefficient de difficulté qui augmente dans les contextes pluriethniques.

Pour le cas de la psychologie, les approches uniquement basées sur une logique individuelle, comme celles émotivo comportementales qui ont par ailleurs démontré leur efficacité sur le contrôle de la douleur à partir de techniques de visualisation, de relaxation et de changement de perception¹⁵⁴, n'ont pas nécessairement de sens pour les clients immigrants qui refusent même souvent de rencontrer les psychologues. L'efficacité des méthodes psychologiques habituelles est même remise en question par les approches d'ethnopsychiatrie (Nathan, 1986, 2001; Moro, 1986). Marlene et Dolores décrivent d'ailleurs avec beaucoup de dérision leurs expériences avec leur psychothérapeute respective :

Marlene: Oui j'ai une psychologue. Elle est très très fine, vraiment elle est très très fine. Mais c'est parce que les autres c'est passé comme il veut te laver le cerveau que tu n'as pas mal. Ferme la porte au mal. Ferme la porte au mal, t'as pas de mal.

Dolores: T'as pas mal, ah! fermer la porte au mal. Oui, oui, ça [ne] fait pas mal.

Marlene: Oublie que tu as mal.

Dolores: Oui, oui, il a dit c'est des étapes. Là t'arrives, t'es rendue avec un problème chronique. Gère-le.

Marlene: Gère-le ton problème chronique.

¹⁵⁴ http://www.votrepsychologue.com/pdf/Publ_PsyQc_Dossier_Douleur_Sept04.pdf, site consulté le 26 mai 2012.

Dolores: *Oui, t'as un problème chronique, ça va être pour toute ta vie, ta vie continue. Il faut que tu continues à vivre ta vie normale pis non pas aux douleurs, de prendre sur moi* (silence).

Chercheuse: [ne] *Donne pas la chance à la douleur de prendre sur toi. Ça pas l'air à marcher fort.*

Marlene: *La douleur* [silence].

Chercheuse: *Ah que vous avez l'air fâchée!*

Dolores: *Non, je [ne] suis pas fâchée, parce que je lui dis que j'aimerais que tu aies, juste une journée que tu aies mal comme moi.*

(07 avril 2006)

Cette expérience avec le psychologue n'a pas de sens pour ces femmes immigrantes, alors que le sens même de la psychothérapie est de donner du sens. Les pratiques habituelles de la psychologie ne fonctionnent effectivement pas pour elles comme c'est le cas pour une partie de la population immigrante, à cause de leurs enracinements culturels. Certaines recherches européennes, par exemple l'ethnopsychiatrie, démontrent que de nouvelles approches sont nécessaires, des approches de groupes qui reproduisent une organisation sociale groupale plutôt qu'individuelle (Nathan, 1986, 2001; Moro, 1986). Ces chercheurs affirment également qu'une autre barrière provient de la difficulté de mobiliser ces émotions, ce que cherche la psychothérapie, dans une langue seconde. Les ethnopsychiatres travaillent toujours avec des interprètes. Ces adaptations pour rendre la psychothérapie plus accessible et adéquate représentent un coût économique à considérer en période de compressions budgétaires, alors (chapitre 4) qu'il est difficile d'évaluer les coûts réels engagés pour les immigrants et l'efficacité des services actuels (Bowen, 2004). Comme on le voit avec ces participantes, une intervention qui devrait être un lieu de relaxation et de laisser-aller et un moyen pour diminuer la douleur devient une forme de violence, car elle n'est pas adaptée à elles.

Les systèmes de signes, de sens et d'action sont mobilisés par les trois acteurs/sujets sociaux, bien que de manières différentes. Pour les tiers payeurs, le système de signes de la douleur est le plus important, car il représente un lieu de croisements de la communication. Pour les intervenants, le système de sens du diagnostic est le centre de leurs préoccupations, car il oriente les interventions. Pour les clients, l'action et la quête de soins mobilisent leur attention mettant en

évidence que des services basés sur l'autonomie peuvent être inaccessibles, voire inadéquats pour eux. Les écarts entre ces systèmes rendent difficile, voire à certains moments presque impossible ou impossible (Gratton, 2009), les rencontres efficaces. Les fonctionnements sociaux représentent aussi des éléments culturels influençant les rencontres interculturelles en réadaptation physique. Ces facteurs sont culturels parce qu'ils se construisent sur des invariants qui prennent des formes historiques et spécifiques à des aires géographiques et à des groupes humains.

9.2 Les fonctionnements sociaux

Distinguer entre les échelles universelle, culturelle/sociale et individuelle facilite les analyses des contextes pluriethniques (Gratton 2009). Repérer les invariants (Lévi-Strauss, 2002) qui agissent dans un contexte particulier permet de voir les formes culturelles de ce contexte afin de situer les positions individuelles en regard de celles-ci. Cette analyse permet de repérer le niveau de communication: universel, individuel et culture/social. À l'universel, on peut dire par exemple: Avez-vous mal? À l'individu, on s'intéresse à son contexte particulier et on lui demande: La douleur vous empêche de faire quoi aujourd'hui? La réponse varie selon l'âge, le sexe et les intérêts personnels. Finalement, le niveau culturel implique, selon une approche interculturelle (Das, 1993; Cohen-Émerique, 1993; Gratton, 2009), de vérifier nos modes de fonctionnement à partir d'une centration et d'une décentration, pouvant donner l'échange suivant: Ici, on bouge quand même quand on a mal, est-ce que cela se fait dans votre pays d'origine? Dans votre pays d'origine, on fait comment dans cette situation? Avec cette information culturelle, il devient possible de cerner un positionnement individuel qui peut prendre cette forme: Êtes-vous d'accord avec cette façon de faire? Si oui, pouvez-vous le faire depuis que vous avez immigré? Est-ce que cela vous irait de bouger? Avec qui allez-vous parler dans votre entourage de notre façon de faire?

Introduire l'échelle culturelle permet de repérer les compatibilités entre les formes culturelles locales et celles des pays d'origine. Les invariants mis en évidence par Battaglini (2000) en sont un exemple; ils se retrouvent à différents moments dans les propos des acteurs sociaux rencontrés en groupe de discussion. Ces invariants comprennent: la religion et les visions du monde, les structures familiales, les relations hommes femmes et les normes et les valeurs (Battaglini, 2000)

et ne sont pas classés par ordre de priorité. Das (1993) les répartit en trois niveaux: mythique, structurel et social et comportemental. Selon cette catégorisation, un même invariant peut se retrouver à plusieurs niveaux, par exemple la religion qui est à la fois mythique, structurelle et comportementale. L'avantage de ce classement est de pouvoir estimer le temps de changement de ces invariants en territoire migratoire (Das, 1993). Ainsi, un comportement religieux peut changer facilement, mais la croyance qui le soutient peut rester la même.

Dans les pages qui suivent, je m'attarde à ces différents invariants. Je choisis de commencer par la vision du monde et la religion, car la santé est souvent relative à des mythes, religieux ou pas, qui expliquent le malheur tout en représentant une source de résilience (Cyrulnik, 2001, 2004) et d'influence qui guérit (Nathan, 2001). La vision du monde, par exemple l'autonomie en Occident, a un impact majeur sur le sens donné à un accident ou à une maladie nécessitant une intervention en réadaptation physique. Toutefois, la culture ne peut être réduite à la vision du monde, à la religion, autrement dit aux valeurs comme il est communément dit; elle comprend aussi des organisations sociales différentes telles les structures familiales et les relations hommes femmes que la santé permet de dévoiler. Je m'arrête donc sur ces questions en second lieu. Je finis par les normes et les valeurs, car cet invariant offre une vue d'ensemble qui permet de faire une synthèse des barrières culturelles en contextes de santé. Cette façon d'aborder la complexité non pas uniquement par la culture constitue un aspect central de toute démarche interculturelle.

9.2.1 Vision du monde et religion

Les interprétations données à des événements comme un accident, une maladie, des symptômes ou des lésions corporelles ou cognitives varient d'une région à l'autre tel que l'a démontré l'anthropologie médicale. Ces interprétations sont traversées par des représentations qui changent selon les aires géographiques et les groupes ethnoculturels, incluant l'Occident (Kleinman, 1980, 1985). La religion en lien avec la santé est l'invariant qui, dans le contexte pluriethnique actuel, permet de dégager des visions particulières du monde. Il n'est toutefois pas facile de départager religion et fonctionnement social. En effet, la religion comprend plusieurs échelles: une concernant les mythes profonds, comme le monothéisme, une quant à l'organisation sociale qui varie même dans les groupes sociaux partageant les mêmes croyances fondamentales, comme la

place du catholicisme au Québec ou en France, et une comportementale qui change selon les structures sociales comme l'ouverture ou non des magasins le dimanche et les pressions sociales (Das, 1993).

Dans plusieurs pays coexistent des représentations de l'ordre du religieux qui sont complexes et qui sont liées à la psychiatrie et aux connaissances (Bastide et coll., 1976; Bastide, 1992). À cette complexité, il faut ajouter une marge de manœuvres plus ou moins grande selon les groupes humains et selon les moments historiques, ainsi que selon les compréhensions et incompréhensions individuelles. Toutes ces composantes sont des facteurs expliquant les disparités constatées selon les contextes et les actes à poser en réadaptation physique.

Des pistes de réflexion intéressantes sont fournies par les deux psychologues du groupe de discussion donc la fonction est de s'intéresser aux systèmes de sens lorsqu'ils rapportent des explications que leurs clients immigrants leur ont données quant à l'impossibilité de leur système de sens habituel de répondre à ces représentations. Les deux intervenants constatent, à l'instar de leurs clients, que leurs propres représentations sont inopérantes dans un contexte pluriethnique :

Albert: La première des choses, des fois il [le client] fait une confusion entre psychologue et psychiatre, comme plusieurs entre psychologue et médecin. OK. Pis il y a, mais moi là, je [ne] suis pas fou, [silence] ou je ne suis pas déprimé. Le gars qui rentre en larmes dans ton bureau, mais il n'est pas déprimé. [silence] Oui. Ce que je veux dire, au niveau des clients particuliers, ça on l'a bien vu avec ce [silence] c'est que pour eux, tu ne peux pas guérir tant que tu n'as pas trouvé la cause profonde de ta maladie. Théoriquement, si tu vis dans la brousse, si tu vis en Afrique, tu vas trouver quelqu'un qui va te dire qu'est-ce que ça veut dire cette maladie-là. Ça peut être un féticheur, ça peut être bon, au niveau des Haïtiens courant, courant, ce genre d'attitude-là OK. Au niveau des Italiens aussi, ok, le but [silence] c'est pas juste les pays [silence]. C'est toute cette notion-là que quelqu'un ou quelque chose a provoqué ta maladie.[silence] Avec les Haïtiens. Il y a une superstition.

Martine: Le mauvais œil! Le mauvais œil avait fait qu'elle avait eu un accident [silence]. Elle était comme condamnée là.

Albert: C'est ça, donc elle ne guérirait [pas] [silence]. Et c'est souvent à prendre en compte. S'ils disent bon je ne peux pas guérir, la maladie, je ne sais pas d'où elle est venue, elle est rentrée en moi, j'ai aucun moyen pour la faire sortir [silence] il y a tout un ensemble culturel, que ce soit les pays persiques, les pays, Bali, l'Indonésie, etc. etc. dans lesquels la maladie arrive à cause de quelque chose. Il y a une finalité dans la maladie et

nous ça, on a perdu ça depuis longtemps. Et même si le new age nous a permis de le retrouver à un moment donné [silence] [Rires de groupe].

(26 janvier 2006)

Le rire dévoile que ces intervenants reconnaissent qu'ils ne sont pas si loin de ces représentations venues d'ailleurs, tel que le mettent en évidence les positions de certaines approches alternatives qui peuvent aussi les laisser sans moyen. Les informations accumulées par les intervenants à travers les propos de leurs clients immigrants font partie de leurs expériences et renvoient à Giddens (1994) qui valorise les compétences développées par les acteurs sociaux dans leurs tâches quotidiennes. Comme nous l'avons vu, les dynamiques culturelles générées par leurs tâches induisent des récurrences en fonction de grandes aires géographiques.

Ces psychologues savent reconnaître les moments où les représentations des clients immigrants mettent en échec leur pratique et où les écarts culturels remettent en question leur efficacité, tel que l'explique Albert, psychologue ayant passé son enfance dans un pays musulman. Le problème qu'il pose soulève deux difficultés inhérentes aux interventions psychologiques en contextes pluriethniques. Tout d'abord, on doit comprendre le sens global des représentations des clients puis décoder les sens contextuels. Par exemple, les psychologues doivent comprendre les moyens pour réduire la résistance au changement qui est une attitude universelle connue en psychologie, un invariant. Les psychologues savent que les moyens et les codes pour y arriver existent partout, mais ils ne connaissent pas toutes les formes locales. Les psychologues et les intervenants qui sentent que ce type d'informations existe demandent à être formés pour mieux comprendre l'univers de leur client et trouver des solutions opérantes qui leur échappent. Dans l'échange qui suit, Albert propose un de ces codes en maniant avec beaucoup de prudence une récurrence concernant un comportement religieux musulman :

Chercheuse: Est-ce qu'il peut arriver que des différences culturelles causent des difficultés dans vos interventions?

Albert: Je pense que ça existe d'une certaine manière. Ça existe d'une manière un peu plus [silence] c'est presque à l'origine de certains de nos [silence]. Ça n'existe pas de manière aussi évidente si tu veux que l'habillement par exemple, des choses comme ça, mais ça peut arriver, mais pour le moment, ça n'arrive pas ok. Par contre, là où ça peut arriver ou ça arrive beaucoup plus je pense que c'est dans par exemple l'interprétation

justement de la fidélité de la maladie. Je pense à des gens dans l'Islam, par exemple, c'est que tout ce qui t'arrive, c'est quelque chose qui est voulu par Dieu. Ça c'est clair, tu dois te soumettre. L'Islam, c'est la soumission. Tu dois te soumettre parce que de toute manière tout ce qui arrive est dû pour toi par Dieu. Donc si Dieu a voulu pour toi que tu te casses une jambe, qui es-tu pour vouloir la réparer? Quand tu dis [silence] des difficultés, ça peut être beaucoup plus à ce niveau-là. Parce que comment c'est contourné sur place, OK sur place c'est contourné par un autre processus religieux qui est l'appel aux besoins. Dieu a besoin de toi donc Dieu a besoin que tu te ré pares. Mais si nous on le sait pas ça, parce que nous nous n'avons pas d'œuvre de Dieu dans notre éthique, on [ne] peut pas le faire.

(26 janvier 2006)

Cet intervenant fournit une clé importante de mobilisation à partir d'un système de sens qui n'est pas le sien, mais dont il comprend le facteur opérant. Cet extrait met aussi en évidence des écarts entre un système de sens professionnel basé sur la science et laïque et le religieux. Dans ce cas, le problème ne provient pas tant du religieux sinon d'un manque de connaissance de codes complexes. L'approche complémentariste de Devereux (1980) peut s'appliquer ici, mais seulement si l'information est disponible. Toutefois, cela ne veut pas dire qu'un intervenant ayant immigré, même s'il comprend mieux certaines données culturelles, est mieux préparé qu'un intervenant local, comme le démontre Albert mis en échec par un système de représentation amérindien :

Albert: Tu sais, moi j'ai déjà eu une [Amér] Indienne de Kahnawake [village amérindien en territoire Mohawk, sur la rive sud de Montréal] et elle était comme, complètement folle dans mon bureau la madame pis elle faisait tout ce que je lui demandais de faire. Mais j'ai aucune [idée] où est-ce qu'elle est allée au niveau psychologique, son cheminement cette dame-là, elle parlait presque pas. Mais elle était d'une réceptivité, s'en était inouïe, elle a fait de la relaxation avec moi [silence].

(26 janvier 2006)

C'est l'arrivée d'immigrants de pays non occidentaux qui introduit la notion de culture dans la population et dans les services de santé, comme le démontre le Plan d'action sur l'accessibilité des soins et des services pour les communautés culturelles. Ce n'est que dernièrement, selon le site du MSSS¹⁵⁵, que les services aux personnes autochtones ont été regroupés à ceux des personnes immigrantes. Jusqu'alors, le concept de culture n'était pas associé aux Amérindiens.

¹⁵⁵ Pour consulter l'organigramme du MSSS, suivre le lien suivant : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/organigramme/Visio-MSSS.pdf>

La même situation a cours au Canada où on retrouve le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canadien et celui de Citoyenneté et immigration Canada. Cette tradition peut expliquer l'exclusion des Amérindiens des recherches sur l'accessibilité des services, car cette dernière est habituellement pensée pour les communautés ethnoculturelles et les immigrants. La nouvelle classification ne satisfait toutefois pas les autochtones qui réagissent à être associés aux immigrants, un glissement de leur position historique vers une marginalisation¹⁵⁶.

Comme démontré au chapitre 7, promouvoir son origine ethnoculturelle n'est pas une position adoptée par tous les immigrants, tout comme faire part de ses observations sur les différences culturelles crée un malaise chez certains intervenants qui ont une idéologie individualiste ou assimilationniste ou qui interprètent cette action comme de la discrimination. De fait, plusieurs clients immigrants disent aux intervenants qu'ils ont conscience que leur système de représentation traditionnel ne peut être compris par eux. D'autres clients se taisent, mais les intervenants soupçonnent alors la présence d'un univers de représentations qui leur échappe et qui mine leurs efforts¹⁵⁷. On peut supposer que ce serait le cas de Marlene et de Dolores qui ont une position idéologique où les intervenants ne doivent pas tenir compte des différences. Qu'elles soient mises de l'avant ou non, il existe souvent un écart entre les représentations des clients et celles des intervenants en réadaptation physique qui remet en question l'efficacité des mesures habituelles.

9.2.2 Les structures familiales

Les membres des familles immigrantes sont généralement plus présents dans le processus de réadaptation que ceux de la société d'accueil, exception faite des jeunes en réadaptation. Dans ce cas, j'ai observé que les mères et les amis sont très présents. La présence des familles immigrantes est vue à la fois comme une ressource importante et comme un empêchement à une mobilisation essentielle en réadaptation physique. Ginette, agent tiers, et Martine, intervenante, reviennent sur ce sujet :

¹⁵⁶ Communication personnelle avec un membre du personnel du réseau de la santé lors de la validation des analyses préliminaires de cette recherche (chapitre 1 et 5).

¹⁵⁷ Voir à cet effet les travaux de Dinh N. et Groleau D. (2008) qui mettent en évidence, à partir du cas de patients laotien, comment leur système de sens traditionnel reste dans l'ombre durant le processus de réadaptation.

Ginette: Tu vois, si je vais juste regarder la communauté haïtienne, où est-ce que c'est la famille au complet qui l'entoure si la personne est blessée [silence]. La famille se déplace même d'Haïti pour venir, pis bon c'est quand même, tu vois c'est très gros par rapport à ma culture à moi où je me dis, je peux avoir de la douleur à une épaule, mais ma sœur viendra pas faire mon ménage, viendra pas faire ma vaisselle. Tu sais, c'est pas tout le monde qui va me prendre en charge. Je vois qu'il y a quand même des différences.

(21 avril 2006)

Martine: C'est pas à la CSST, mais on arrête pas de se le dire, faudrait faire un groupe famille ou formation. On l'a jamais mis sur pied, mais on sent qu'il y a quelque chose à aller chercher [silence]. La famille, faut avoir certaines adhérences au programme ou à [silence] ou à généraliser à la maison aussi parce que des fois les clients peuvent [être vus] comme malades, ils ne peuvent plus rien faire non plus à la maison, mais des fois on sent que la famille a entretenu peut-être aussi cette perception-là d'incapacité.

(26 janvier 2006)

Le but de la réadaptation est cohérent à une logique sociale où l'autonomie est une valeur sociale de base, ce qui n'est pas nécessairement le cas d'autres sociétés où, même dans la diaspora, les membres de la famille restent disponibles pour aider. Lorsque les membres de la famille ne peuvent se déplacer, ils se sentent interpellés et participent plus ou moins directement au traitement en envoyant des produits de chez eux, par exemple du « café relaxant » envoyé par la sœur de Dolores. Dans certains cas, les personnes en réadaptation sont invitées à aller se reposer chez leur famille au pays ou, comme pour Dolores, chez des membres de la famille émigrés dans d'autres pays. Dolores doit refuser l'invitation de sa sœur, car en voyageant, elle se retrouve sans ressource gouvernementale ou médicale. Marlene reçoit des invitations similaires qu'elle refuse pour s'occuper de ses enfants puisque, précise-t-elle, elle n'a personne pour le faire, outre son mari.

Lorsque ces invitations sont acceptées, elles posent problème au processus de réadaptation. Il arrive en effet que certains clients, surtout des Haïtiens d'après les agents tiers, aillent passer plusieurs mois à l'étranger afin de profiter des bienfaits de la mer. Dans ce cas, les départs peuvent durer « tout l'hiver » selon les agents et la réadaptation est alors suspendue, tout comme les prestations de la CSST. Il n'existe pas de recherche sur l'efficacité de ce type de traitement, mais on peut supposer que la relaxation, une partie importante du contrôle de la douleur, ait

certaines effets thérapeutiques. Plusieurs agents tiers manifestent une compréhension des difficultés de vivre dans la diaspora et autorisent un départ sans perte de prestation quand certaines conditions particulières sont reconnues, par exemple, lorsqu'un travailleur blessé se retrouve en attente de test ou de traitement, puisque « De toute façon ça ne changerait rien puisqu'ils doivent attendre les résultats des tests ». Ces mêmes agents permettent aussi quelques fois aux Québécois d'origine qui se retrouvent dans les mêmes conditions de partir en vacances, surtout si ces travailleurs ont subi des lésions qui les ont empêchés de prendre des vacances depuis plusieurs années.

Lorsque les membres de la famille sont physiquement présents, les intervenants et les agents tiers préfèrent les inclure dans les interventions. Cela est possible, car la réadaptation prévoit des rencontres familiales et les agents tiers ont une certaine liberté d'action qui leur permet, tout comme à certains intervenants (ergothérapeute, physiothérapeute), de se rendre au domicile. Étant donné le poids de la famille dans leurs interventions, les intervenants aimeraient faire plus pour eux. Ils souhaitent que les agents tiers acceptent qu'ils dispensent des formations aux membres de la famille pour les aider à mieux comprendre la réadaptation, l'état physique des clients et les plans de soins. Jusqu'à maintenant, les tiers payeurs refusent cette demande. D'après Andrée, ergothérapeute et coordinatrice, certains agents tiers, surtout ceux à Québec, s'y opposent et l'amènent à passer beaucoup de temps à se défendre et à négocier pour avoir la permission d'adapter des services habituels (Battaglini, 2010). « Mais qu'est-ce que c'est cette facture culturelle que tu veux m'imposer? », on lui répond. En effet, l'adaptation des services représente des coûts plus élevés causés par le temps supplémentaire exigé (Battaglini, 2005) posant parfois des problèmes éthiques qui peuvent être déchirants pour les gestionnaires devant choisir entre des services généralisés ou spécialisés (Gravel et Battaglini, 2000).

9.2.3 Les relations hommes femmes

Le milieu de la santé est un milieu féminin, tel que le confirme le recrutement des participants pour cette recherche: deux hommes et 12 femmes. Tous les participants observent des problèmes avec certains groupes lorsque ce sont des femmes qui répondent aux besoins et qui offrent les services. C'est d'ailleurs la deuxième caractéristique de l'intervention en contextes pluriethniques

que les participants identifient spontanément, après la relation au médecin traitant et la valeur de son jugement médical. Les intervenants se sentent tous interpellés par cette question, comme le montrent ces divers extraits de discussions :

Martine *Pis à l'interne c'est les chambres, pourquoi mélanger les sexes alors qu'il y a des cultures qui [n'] en veulent pas? Trois fois, on en a changé une [cliente] d'étage, pas d'étage, mais de chambre. Pis on réduisait le nombre d'hommes. Mais non, ce n'est pas ça qu'elle veut, elle n'en veut pas pantoute [du tout]. Arrête de décroître à 2 pis à 1, c'est zéro. Mais elle a changé trois fois de chambre la petite madame. Pis là elle est classée, là elle est tannante la madame avec ses demandes. Oui, mais donnez-y dès le début. C'est trop compliqué au niveau de la gestion des lits, pis je les comprends que c'est compliqué. Je les comprends, mais c'est parce que ça fait des complications là [silence].*

Chercheuse: *Il y a des barrières culturelles à pleins de niveaux. [L'intervenant suivant poursuit avant qu'elle termine sa phrase]*

Andrée: *D'accommodations, d'hébergement, de [L'intervenant suivant poursuit avant qu'elle termine sa phrase]*

Audrey: *Je prends juste la piscine de [silence] la madame d'une autre origine, bien elle veut être dans salle de bain pour se changer, mais elle [n'] a pas le droit parce qu'il y a juste une toilette. Tout est contrainte, de défense, de contrainte de temps. Jusqu'à quel point les solutions sont applicables [silence] même [silence] [avec des] bonnes intentions?*

Chercheuse *Comment t'appliques ça?*

Audrey: *Moi je pense que ça passe par chaque individu, comme je disais tout à l'heure. Au moins de comprendre pis de faire une intervention qui est adaptée pis de reconnaître. Déjà de reconnaître les différences de chaque personne, c'est déjà, je pense que c'est le seul pouvoir qu'on peut avoir.*

(26 janvier 2006)

Audrey: *C'est parce que nous, notre système à nous, nous permet de fonctionner uniquement dans un certain cadre et on n'est pas équipés pour fonctionner dans un cadre différent. Une madame, je ne sais pas Afghane en burka qui a besoin d'un service de réadaptation. En Afghanistan, elle a affaire à des gens uniquement de son sexe, elle a affaire dans un milieu uniquement de son sexe, etc. Ce n'est pas le cas ici [silence] il n'y a pas de réadaptation là-bas, ni de piscine pour les thérapies.*

(26 janvier 2006)

Martine: *Ça peut dépendre aussi de l'origine. Il y a des cultures où les hommes sont plus réticents à cause des femmes, en plus la hiérarchie médicale. Quand un homme [silence]*

médecin, si t'es une femme, oup! t'es un petit moins haute que le médecin homme [silence]. Oui, j'ai vécu ça [moi aussi]. Oup pélaille [expression idiomatique marquant une gaffe involontaire: oup pélaille, j'ai échappé ça], il faut que je me travaille [rires] l'âme. Oui, un client d'origine, un homme d'origine grecque, pis j'ai toujours de la difficulté avec les patients d'origine grecque, les mâles d'origine grecque, je suis comme. On m'a dit qu'il voulait rien savoir des femmes. Tu vois, fait que moi ah! Pis je l'ai vécu en bureau et il a fallu que je fasse des pirouettes pour établir un contact avec cette personne-là pis j'ai pas compris parce que, ça fait très très très longtemps [silence] avant qu'on parle de ces choses là pis. Bon, j'étais comme, j'ai compris qu'il y avait peut-être des interdits éventuellement. OK je pourrais pas me retrouver probablement dans un bureau seule avec cet homme-là. Il était très hostile, très agressif, pas physiquement là, mais fermé. Moi ça m'a [silence] gelée.

(26 janvier 2006)

Carole: Moi je dirais que, travaillant dans un domaine qui est réservé d'habitude aux hommes. De plus en plus des femmes sont kinésiologues, mais, hein l'entraînement. Des fois, c'est difficile certaines clientèles hommes. Ils veulent, en tout cas je crois que avec [silence]. Ils vont être avec moi [rire]. Je sens que j'ai à prouver des choses, hein, plus de questionnement. Autant avec la clientèle québécoise, mais non, peut-être pas autant, mais clientèle québécoise aussi, mais clientèle immigrante, des fois un petit plus là. Certaines origines, une femme-là.

Albert: Ce qu'il y a, c'est que, en général, au niveau des clients migrants, je suis un homme et je suis âgé, c'est deux statuts qui commandent le respect. Une relation spécifique, c'est sensible, c'est plus sensible. Ça commande l'écoute, ça commande l'obéissance, le respect. C'est vrai que ça peut venir jouer.

Manon: Oui, [des fois] tu peux pus faire ta job.

(26 janvier 2006)

Les problèmes exposés par ces intervenants sont contextuels. Ainsi, Audrey en tant que physiothérapeute donne des soins dans une piscine, elle peut donc constater les problèmes qui y sont reliés dus à l'organisation physique des lieux. Martine qui travaille dans un service interne, c'est-à-dire lorsque les patients sont hospitalisés, est témoin de problèmes occasionnés par la cohabitation homme/femme dans les chambres. En tant que psychologue, elle observe aussi d'autres problèmes reliés à l'impossibilité pour plusieurs hommes immigrants de se retrouver seuls dans un bureau avec une femme rendant la psychothérapie impossible. Les intervenants mentionnent aussi la situation inverse: un traitement donné par un homme refusé par une femme. Bien que n'ayant jamais été confronté à ce refus, Albert s'y attend, car il en a entendu souvent

parler. En tant que kinésologue, Carole travaille dans des salles mixtes et note parfois des tensions qui n'ont toutefois jamais entravé son travail. Martine, quant à elle, voit son travail de psychologue parfois empêché par les enjeux de genre. Les intervenantes relatent qu'il est différent d'être en public avec des hommes que d'y être seule. Cette situation illustre que les formes sociales et culturelles se manifestent aussi selon les lieux physiques.

L'âge constitue un facteur supplémentaire aux difficultés engendrées par les relations de genre, comme le constatent certains participants :

Audrey: L'âge des intervenants [silence]. Les thérapeutes plus jeunes vont se faire brasser un petit peu plus, vont se faire tester, remettre en question, traiter avec un petit peu moins de considération par certaines cultures, par certains ([silence])[les] hommes, grecs vont maltraiter ou [il ne] va pas considérer une jeune physiothérapeute qui sort d'école. D'emblée elle est comme [silence][disqualifiées].

Albert: Dans la grande majorité justement des pays, il reste quand même que des soins de santé sont donnés par des femmes et c'est toujours dans un contexte quand même assez directif [silence]. T'as une infirmière, c'est une infirmière, tu ne lui marches pas sur les pieds dans à peu près tous les pays du monde.

(26 janvier 2006)

En effet, les services locaux sont basés sur l'égalité et sur la gentillesse comme signe de respect, fondation de la relation d'aide (Rogers, 2010) telle qu'elle est développée en psychologie humaniste. Ainsi, les agents tiers affirment que: « Les clients immigrants disent que les intervenants sont tous très, très gentils! ». Cette gentillesse peut causer des problèmes de crédibilité pour des groupes immigrants où la manifestation d'autorité est un signe de compétence, telle que le signale Albert décrivant l'attitude des infirmières dans certains pays. Le comportement valorisé dans le système de santé local va donc à l'encontre du mode relationnel attendu par certains clients immigrants. Dans ce cas, l'âge des intervenants devient d'autant plus problématique en tant que facteur de respect et d'autorité. Des intervenants notent que certaines jeunes thérapeutes subissent des violences de la part d'hommes de certains groupes, par exemple du bassin méditerranéen. Les problèmes de relations homme/femme et d'autorité ne se retrouvent pas chez tous les groupes immigrants. Selon les participants, on les retrouve peu, voire pas du tout, chez les Haïtiens, les Latino-américains, les Africains et les Asiatiques.

Les intervenants et les agents tiers notent que les relations hommes/femmes posent plus de problèmes avec des personnes venant du bassin méditerranéen et du monde arabe en général, ainsi qu'avec les populations locales comme les Juifs orthodoxes ou les Grecs. Selon les propos des tiers payeurs, les refus de contacts hommes/femmes peuvent prendre des dimensions importantes avec les populations venant du Maghreb et du Makhreb. Ainsi, Pierre, conseiller en réadaptation à la CSST, rapporte que des hommes musulmans lui ont dit lors d'une rencontre se sentir mal à l'aise d'échanger verbalement avec lui devant les femmes présentes à la réunion. Dans d'autres cas, des hommes immigrants demandent à rencontrer une personne en autorité s'attendant à un homme. Dans un monde féminin, la personne en autorité est souvent une femme, ce qui ne règle pas le problème de communication. Quelquefois à la CSST, on se résout à ce qu'un homme offre un service, ce qui crée un malaise tout aussi important que de ne pas pouvoir offrir le service. Les membres du personnel n'arrivent pas à identifier les causes de ce malaise, ce que les compétences interculturelles aident à cibler pour trouver une solution appropriée.

Si on additionne aux stratégies identitaires (chapitre 7) et aux barrières linguistiques, la méconnaissance du fonctionnement institutionnel (chapitre 8), les représentations et les structures sociales différentes et les lieux physiques inadaptés aux contextes pluriethniques, on comprend que les relations interculturelles puissent être chargées, par moments, dans le domaine de la santé.

9.3 Les normes et les valeurs

Les normes et les valeurs représentent les derniers invariants qui influencent les rencontres interculturelles dans les contextes de la réadaptation physique. L'autonomie est un nœud qui traverse toutes les données recueillies, bien qu'avec des nuances importantes, comme la douleur et le temps. Étant donné la récurrence de ce thème, j'ai opté pour revenir sur ce sujet aussi souvent qu'il fait irruption dans les thèmes abordés. Dans la partie qui suit, l'autonomie réapparaît comme une valeur qui traverse les modèles de réadaptation et pose l'indépendance comme sa finalité. On ne doit pas se contenter d'opposer autonomie et interdépendance (Dumont, 1977). D'une part, cette dichotomie ne rend justice à aucun type de société et ne permet pas de voir les enjeux interculturels émanant des interactions entre personnes de ces deux types de

sociétés. D'autre part, cette opposition risque de réduire, d'essentialiser et de réifier des situations extrêmement complexes. Ce risque est d'autant plus grand qu'il est difficile de situer l'autonomie à la bonne échelle: universelle ou culturelle? En fait, l'autonomie est à la fois universelle, culturelle et individuelle. L'échelle universelle de l'autonomie permet de rendre compte des besoins, des motivations et des désirs de tout humain à être physiquement mobile et à vouloir dépasser, tel que l'exprime Marlene, les barrières physiques qui l'empêchent de se mouvoir :

Marlene: Moi bof, je me suis dit j'ai un but là, je vais arriver à la porte, je dois y aller quand même. Que j'ai mal, que j'aie pas mal je veux atteindre la porte, je vais y aller parce qu'en passant, mon bobo, il ne guérira jamais, c'est ce qu'on m'a dit. Alors je ne veux pas m'enfler la tête¹⁵⁸. Je vais atteindre la porte, avec mon bobo ou sans bobo, je vais y aller quand même. Alors c'est pour ça, on a quelques petites différences entre elle [Dolores] et moi parce qu'elle elle a la hanche puis personne sait c'est quoi, pourquoi alors moi j'ai ce pouvoir, alors je dois prendre mon mal en patience et je sais que je ne guérirai jamais. Je vais aller à la porte quand même d'une façon ou d'une autre, avec un bâton ou en me traînant.

(07 avril 2006)

Le désir du mouvement est donc universel. On doit alors trouver un autre terme qu'autonomie pour nommer cette réalité universelle, parce que celui-ci paraît insuffisant et renvoie à une forme occidentale d'indépendance. Ainsi, je propose aux fins de l'analyse de parler d'indépendance s'il s'agit du niveau universel et d'utiliser autonomie lorsque cette indépendance prend une forme régionale particulière à l'Occident. Ceci dit, comment nomme-t-on une indépendance qui prend une forme d'interdépendance comme en Inde (Dumont, 1977) ou ailleurs dans le monde? Ne trouvant une autre expression pour le faire, je propose de garder le terme indépendance. Ce terme a l'avantage de nommer un type de rapport social qui n'existe pas en Occident où, tel que le rapporte une conseillère de la CSST, « personne qui vient d'Haïti pour laver ma vaisselle quand je me fais mal au bras! ». Comprendre et s'adapter à des formes différentes d'indépendance qui ne passeraient pas par l'autonomie, cela est le défi de la réadaptation physique : Comment penser l'indépendance à partir de liens sociaux différents?

¹⁵⁸ Ce terme québécois veut plutôt dire se donner trop d'importance. Marlene n'utilise pas l'expression correctement. On présume qu'elle veut dire : Il ne faut pas que je me fasse de fausses illusions.

L'autonomie traverse toutes les étapes du processus de réadaptation, des relations à l'alliance thérapeutique entre les clients et les intervenants. Cette conversation entre intervenants met en évidence les difficultés engendrées par des interventions avec des clients dont l'être social s'est construit à travers d'autres rapports sociaux que ceux de l'autonomie :

Chercheuse: *Vous parliez aussi d'alliance hein. Tantôt vous avez dit au début, ça prend une confiance. Vous avez dit à un moment donné, le client il embarque. Tu sens qu'à un moment donné ça a viré de bord [ça prend un autre sens]. On revient un petit peu sur cette question-là, parce que tu dis qu'on ne sent pas qu'il y a une prise là.*

Carole: *Mais moi je vois une collaboration de toutes les cultures, oui, oui. Jamais j'interprète ça [silence]. Non, je vois plus comme une marge dans la perception pis notre perception de l'équipe, de machine, de système. On dirait qu'ils sont absorbés dans un système pis ils l'apprécient pis en même temps woups! ils savent pas trop où est-ce qu'on s'en va. [silence] de la personne, tout ce qu'il y a autour [silence] la bulle culturelle [silence] ce qui fait que tout ça est très différent.*

Chercheuse: *Tout ça quoi?*

Josée: *Ben tout ce que la personne est, tout ce qui est pour nous l'environnement, les facteurs environnementaux, ce qui fait [silence] comment je pourrais dire? Ça prend une autre dimension.*

Chercheuse: *OK*

Manon: *Tout est comme, je trouve ça différent. Pis encore là, je suis toujours [silence], je me sens impuissante. Les gens [silence] il y a des clientes qui sont de partout pis j'ai l'impression qu'on les a aidées [silence] quelque part. On a créé un sentiment d'espoir, pis finalement on dit ah, on [ne] peut pas aller plus loin, ils retournent chez eux. Je trouve ça "touché" [de l'anglais « touchy », délicat].*

Josée: *Pis moi, il y a des choses que je remarque là, comme la marche là. Comme nous on va arriver avec nos mesures objectives [silence] on leur présente, on est bien convaincus de notre affaire [rires]. Ils te regardent, ouais pis? Et alors, je suis pas mieux que j'étais. Ah my! [expression québécoise venant de l'anglais Oh my god]. Tout ce qu'on a fait, on a manqué le bateau. Bien pourquoi qu'il ne nous le dit pas. C'est toute la question de demander les services. Eux ils arrivent, ils sont sur le mode recevoir, ils savent pas ce qu'ils vont recevoir pantoute. Pis on donne, mais on donne à peu près comme on pense que nous on doit donner.*

Andrée: *Ouais, c'est bon ça.*

Chercheuse: *Ça décrit bien, ça décrit l'expérience des autres?*

Manon: *Ça décrit aussi le silence de tantôt quand tu disais, je pense qu'on se demandait. On dit on leur demande-tu? [silence]. On n'a pas le temps. Le temps devient [silence].*

Josée: *Pis, il y a aussi une chose, c'est que nous, je m'inclus dedans là, on vit ici dans une espèce de culture de l'autonomie. Pour nous là, être guéri, c'est être autonome à tous les niveaux OK. Mais en réalité c'est faux, nous on vit dans cette [ce mythe] là. Mais il y a un paquet de gens pour qui [silence]. Ça ne marche pas.*

(26 janvier 2006)

Ce regard critique posé sur l'autonomie dans la société et dans l'institution présente aussi un bon exemple de la coexistence d'une échelle culturelle et d'une échelle individuelle de l'autonomie. L'échelle universelle renvoie à un désir humain d'indépendance. L'extrait laisse aussi voir qu'une certaine alliance s'établit entre les intervenants et les clients immigrants, mais, tel que le rapporte Josée, cette alliance est fragile, car souvent l'intervention se construit sur un quiproquo. Les intervenants sentent que quelque chose leur échappe, mais comme le dit Manon, ils n'ont même pas le temps nécessaire pour tenter de comprendre ce qui se passe.

Selon moi, l'intersubjectivité nécessite une analyse à l'échelle individuelle, mais aussi à l'échelle universelle et culturelle/sociale. Dans ce contexte, aussi longtemps que l'autonomie sera vue uniquement sous l'échelle universelle, certaines questions éthiques resteront dans l'ombre. Rappelons-nous, la communication, c'est la culture en action (Bateson et coll., 1981). Qu'en est-il alors des personnes dont le lien social s'est construit, non selon un modèle d'autonomie, mais selon un modèle d'interdépendance (Dumont, 1977; Gratton, 2009)? Malgré quinze ans au pays d'accueil pour Marlene et trente ans pour Dolores, les interventions fondées sur l'autonomie leur posent problème. Dans leur pays d'origine, elles n'ont pas à développer de savoir biomédical, car cette expertise appartient au médecin. Elles ont de la difficulté à comprendre le diagnostic qu'on leur a donné, et de se l'approprier. Ce transfert n'a pas de sens pour elles qui ne comprennent pas le langage des médecins ni celui des intervenants. Dolores présente ici les difficultés liées à cette situation :

Dolores: *Moi j'ai rencontré un docteur pour [inaudible] et j'ai demandé, ça me prendrait des radiographies, ça me prendrait quelque chose parce que je ne file pas, je ne sais pas qu'est-ce que j'ai. On me fait une radiographie la journée de l'accident, mon cou est en choc, on n'a rien vu, je voulais absolument ce que le Dr X a accepté de me faire les radiographies. Là j'attendais pour avoir les résultats et on a trouvé des entorses*

cervicales, lombaires, sur un bord et l'autre, ont trouvé ça et c'est là que mon problème a commencé parce que là tout le monde m'a dit, mais Dolores, c'est normal, c'est ton âge. Je regardais tout le monde.

Chercheuse: Qui tout le monde?

Dolores: Tout le monde. Les physiothérapies, l'ergothérapeute, le docteur, tout le monde.

Chercheuse: Les professionnels?

Dolores: Les professionnels, tout le monde arrivaient avec la conclusion c'est normal, c'est l'âge.

Chercheuse: Quel âge?

Dolores: Bien oui, mais ça fait trois mois de mon accident. J'ai vieilli (silence). J'ai vieilli tant que ça en trois mois? [silence]. J'ai dit je n'avais rien pis là tout le monde me dit non, non, mais regarde comment tu es assis, c'est comme ça.

Chercheuse : Vous n'étiez pas droite c'est ça?

Dolores : J'ai dit toute ma vie j'étais comme ça et il dit oui, mais maintenant, il faut que tu gères ta douleur, il faut que tu apprennes à vivre avec. J'ai dit écoute, je me lève le matin et je dis oh, ça va faire mcoll. Non, je ne me réveille pas comme ça le matin, j'ai dit continué, je suis une personne très fatiguée. J'ai trop d'affaires à faire pour que mes douleurs m'empêchent de faire les affaires.

Chercheuse : Et là vous, vous dites enlevez-moi ma douleur et eux ils disaient ben non, tu vas vivre avec, je vais te montrer comment te tenir.

Dolores : Oui, mais il m'a envoyé en psychologie pour digérer ma douleur parce qu'ici il faut que j'accepte que je suis en ménopause. Mon problème c'est la ménopause, mon problème c'est l'âge et les hormones sont là.

Chercheuse : OK, les hormones?

Dolores : En fait ça veut dire que pendant trois mois l'âge que je n'ai jamais senti, il me donnait gratuitement en trois mois. Là Dolores t'es [silence] rendue comme une vieille personne. Pis c'est ça qui me ralentit, mais je n'avais rien avant l'accident.

(07 avril 2006)

On décode le désir d'indépendance de Dolores et celui de retrouver la fonctionnalité d'avant l'accident, mais on constate aussi qu'elle est prise avec des diagnostics et un langage institutionnel qu'elle ne comprend pas et qui la révolte puisque l'utilité lui échappe. Dans le cas

de Marlene, l'incompréhension provoque de la peur, car elle ne comprend ni le système de soins, ni ses symptômes qui lui échappent et sur lesquels médecins comme intervenants ne peuvent la rassurer, ce sur quoi elle revient à plusieurs reprises :

Marlene : *Moi je savais, je connaissais le centre de réadaptation X, mais je [ne] pensais pas à nous, les accidentés, on vient ici. Mais c'est quand je suis arrivée ici le 27, en évaluation, puis j'ai rencontré plein de monde, j'ai oublié leur visage, ni leur nom aussi pis qu'ils m'ont donné des détails. Bien ça m'avait fait peur au fond parce que bien, j'avais peur de l'inconnu parce que je [ne] sais pas c'est quoi qui allait m'attendre là-dedans parce que j'ai entendu 7 semaines [d'intervention] vu le point où je souffrais. Est-ce que dans 7 semaines je vais m'en sortir vraiment? Mais ce qui m'avait fait peur aussi c'est comme c'était à moi de faire les choses pour m'en sortir toute seule alors ça m'avait fait peur aussi. La première semaine [silence].*

Chercheuse: *Qu'est-ce qui vous faisait peur là-dedans [silence] je [ne] comprends pas très bien là?*

Marlene: *Parce que je souffre, j'ai mal, puis on va me donner des choses à faire pour gérer mon mal alors ça m'avait fait peur.*

(07 avril 2006)

Marlene: *Je veux avoir des radiographies. Je veux voir des scanners. Je sais qu'il y a quelque chose parce que quand t'as mal comme ça pis t'as de la pression sur la tête, pis quand tu sens ici que ça fait [silence] c'est sûr et certain que tu dis à un moment donné je vais me réveiller [silence] pis ils vont dire oh il y avait ça.*

Chercheuse: *Vous allez vous réveiller comment?*

Marlene : *Quand je dis qu'à un moment donné [silence]. Être morte, c'est ça que j'entends [silence]. Bien oui, qu'est-ce que je dis, je suis pas capable de me lever aussi un petite veine passe dans mon cerveau, une affaire comme ça. Je sais que j'ai quelque chose, c'est pas une histoire que je veux, je veux courir, je veux travailler, je veux être active comme j'étais avant.*

Chercheuse: *Et vous dites qu'est-ce qui m'arrive? Qu'on [ne] peut pas trouver, les personnes peuvent pas s'en occuper et on me laisse seule avec ça.*

Marlene: *Oui parce que on dit non, tu finis cette semaine [le programme de réadaptation au travail]. Il faut que je sois correcte. La balance, [silence] pratique ce que je t'ai montré. On t'a donné tous les outils, quoi faire avec ton corps, mais mon corps pis tes outils ça ne marche pas. Ça marche pas [silence]. Non. Puis je trouve, 7 semaines, c'est pas suffisant.*

(07 avril 2006)

Le diagnostic qui vise à orienter l'intervention et à aider les clients à se réapproprier la réadaptation n'a pas de sens pour Marlene et pour Dolores et engendre, au contraire, des effets négatifs. La rassurance, l'alliance thérapeutique et l'adhésion au traitement sont donc menacées puisque les représentations des professionnels et celles des clients ne se rencontrent pas (Baril et coll., 2008; Coutu et coll., 2008, 2012; Coutu et coll., 2007). La cohérence du système de signes, de sens et d'action peut être mise à mal par une spiritualité et par une vision du monde qui mettent en jeu d'autres façons de penser, de dire et de faire ainsi que des fonctionnements sociaux différents. Il ressort clairement que les modalités habituelles de la réadaptation physique (chapitre 5) sont plus culturelles qu'universelles. Les noms des tests et mesures en sont la preuve; par exemple la mesure d'autonomie fonctionnelle (MIF, voir en annexe) ou le processus de production du handicap (PPH) qui, même s'il se veut universel, est critiqué par une recherche française (Canton, 2010). Cette analyse souligne des variations locales dans les formes de l'autonomie. Si le PPH met en évidence des écarts entre la France et le Québec, on peut imaginer ce qu'il en est pour d'autres pays avec une distance culturelle plus grande (Das, 1993), notamment lorsque l'interdépendance prime.

Le handicap soulève plusieurs questions: est-ce que certains handicaps sont positifs et d'autres non? Quelles étiquettes sont apposées aux handicapés (Goffman, 1975) selon les divers groupes humains? Une atteinte peut-elle être positive ou tolérée dans un pays et non dans un autre (Le Breton, 1991a, 1991b, 1992)? Ces réponses sont importantes, car, tel que le dit Mercier (2004), si un handicap provoque de la pitié, une société met en place des mesures d'insertion. Dans le cas contraire, elle exclut. Dans nos sociétés, les lunettes représentent des limitations positives, car elles sont encore associées aux intellectuels. Dans les milieux défavorisés, cette aide technique, même s'il évite un handicap, peut être mal vue par les pairs, surtout chez les enfants (communication personnelle). En Argentine, les hommes et les femmes dansent le tango à tout âge, alors qu'ici, il est difficile de trouver des partenaires après un certain âge. Le tango est utilisé en réadaptation physique, notamment avec les personnes qui souffrent de la maladie de Parkinson (Hackney et coll., 2007), mais, contrairement à l'Argentine, il est pratiquement impossible que cette modalité thérapeutique puisse être transférée dans la vie sociale. Ici, contrairement à

l'Argentine, passé un certain âge, cette pratique favorisée par la réadaptation ne peut plus être un moyen de réinsertion sociale, elle ne peut être qu'une forme de thérapie.

La réadaptation physique vise l'insertion sociale, une insertion qui dépend des époques et des lieux. Il y a longtemps, les hommes juifs aveugles étaient laissés aux portes des villes avec les lépreux¹⁵⁹. Jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, être un homme aveugle posait des problèmes majeurs dans la communauté juive puisque ce groupe se définit comme le peuple du livre; un jeune homme aveugle ne peut donc faire son initiation, son bar mitzvah, et prendre sa place dans sa société s'il ne peut lire la Torah calligraphiée. Ce livre saint n'a d'ailleurs été transcrit en braille que tout récemment. Maintenant, il est accepté qu'une autre personne lise la Torah pour un homme aveugle¹⁶⁰. On retrouve un autre exemple dans la communauté haïtienne. Lors des formations en relations interculturelles, plusieurs thérapeutes disent constater que les jeunes haïtiens acceptent difficilement de se montrer en public avec une aide technique, par exemple une canne ou un fauteuil roulant. Dans ce cas, leur inclusion pose de grands problèmes. Depuis le tremblement de terre qui a secoué Haïti en janvier 2010, il nous parvient des photographies de jeunes haïtiens qui jouent au soccer avec des prothèses qui semblent très bien jouer. Plusieurs thérapeutes affichent ces photographies dans leurs départements en espérant qu'elles influencent le regard de cette population sur l'utilisation des aides techniques.

Dans le contexte de la réadaptation en milieux pluriethniques, des malaises profonds peuvent provenir de situations qui, à première vue, paraissent anodines aux intervenants, mais qui renvoient à des ancrages culturels plus ou moins profonds. Par exemple, Marlene aimerait des massages, mais son thérapeute lui suggère plutôt, dans le souci de la rendre indépendante, des exercices qu'elle peut faire elle-même et qui devraient la soulager. Toutefois, cela n'a pas de sens pour elle. Les extraits présentés révèlent que c'est le sens même de la réadaptation et de ses mécanismes d'influence qui sont mis en danger par des barrières culturelles que ressentent autant les intervenants que les clients immigrants.

¹⁵⁹ Anthony Amsel (communication personnelle)

¹⁶⁰ Ou une femme si la congrégation est reconstructionniste car dans ce type de congrégation, les femmes peuvent aussi avoir un rituel similaire.

Les intervenants constatent qu'ils ont besoin de plus de temps pour comprendre les clients immigrants et pour tenter de réduire les barrières culturelles et interculturelles qui surgissent lors d'interventions pluriethniques (Gravel et Battaglini, 2000). Pour le moment, le contrôle du temps échappe aux intervenants et aux clients et appartient aux organisations. Les politiques de santé et les établissements n'ont pas considéré nécessaire d'adapter les services pour les populations immigrantes. En conséquence, les intervenants manquent de matériel et de temps pour colliger des observations particulières aux clients immigrants, tel qu'on peut le noter en étudiant un Plan d'intervention individualisé (PII, voir en annexe). De plus, les intervenants ne peuvent utiliser de façon organisée le savoir qu'ils développent à travers leurs expériences quotidiennes. Sans les conditions adéquates, le système devient facilement inopérant et la réadaptation n'est plus aussi pertinente pour les clients qui expriment un refus ou un manque d'intérêt par un taux d'absentéisme inhabituel. Cette situation s'observe souvent avec la population haïtienne. Ces résistances sont mises en évidence dans cette conversation entre Hélène, Pierre et Lise, trois conseillers de la CSST qui discutent d'un manque d'alliance thérapeutique :

Hélène: *J'ai une communauté qui est [silence] les Haïtiens.*

Pierre: *Oui, j'allais dire la même chose.*

Lise: *Beaucoup, beaucoup, beaucoup. Ils ont des besoins, dès qu'il y a quelque chose. Besoins familiaux, l'enfant est malade, [silence] c'est toujours, y sont jamais là. L'absentéisme est très, très fréquent, là il y a eu un décès. Mais même un décès, dans le milieu québécois, on essaye de s'évertuer à leur dire regardez, si vous étiez au travail, vous feriez garder votre enfant ou ci ou ça. Il y en a une qui était, elle est au salaire minimum, elle était catastrophée parce qu'il fallait qu'elle retourne au travail. Ses enfants d'habitude allaient en Floride dans la famille. Chanceux! Mais là, ils n'iraient pas alors là, elle [ne] savait plus quoi faire. Elle [ne] pouvait pas retourner au travail, [il] fallait qu'on la paye. Mais il y a plein de, ou c'est des choses banales; l'enfant pleurait le matin, ah bien non, alors on n'ira pas à la physio parce que l'enfant pleure ou [silence] et, ou les maris qui disent, bien ma femme travaille, donc je vais aller, c'est moi maintenant qui va mener les enfants à l'école. Bien votre femme travaillait-elle avant l'accident? Oui. Alors comment vous vous organisiez? Tout ce discours-là. Moi je trouve que les Haïtiens, dans mes dossiers à moi, je suis noyée dans une infinité de petites choses [silence]. Ils sont extrêmement dépendants. Ah bien là je n'ai pas pu venir parce qu'il pleuvait, j'avais pas mon parapluie, c'est mon fils qui était parti avec, ou j'avais peur de glisser dehors, donc je ne suis pas allé à la physio, ou c'est toujours continuellement, ils sont très très demandant à ce niveau-là. Ils ont toujours des excuses, on a beau leur expliquer, on se noie dans les menaces de suspension; persuasion [silence].*

(07 avril 2006)

On peut voir les rencontres interculturelles comme la superposition de deux labyrinthes différents, celui du pays d'origine et celui du pays d'accueil. Ces labyrinthes sont hybrides (Appadurai, 2005; Laplantine et Nouss, 2008), bien que cette hybridité diffère d'un endroit à un autre. Le labyrinthe du pays d'accueil est marqué par des repères conceptuels et par l'environnement physique et social, alors que celui de l'immigrant n'est marqué que par des repères conceptuels, le contexte étant le pays quitté. La complexité de la superposition des labyrinthes révèle des points de rencontre et de multiples écarts. Ce phénomène renforce les différentes idéologies (chapitre 7) et modèles de gestion de la diversité (chapitre 4) qui entrent en contradiction. Les échelles (Bateson) universelles sont des points de contact importants, mais moins nombreux; les échelles régionales engendrent quant à elles de nombreux écarts entre les cultures locales et immigrantes; les échelles individuelles renferment aussi de multiples différences, car les différences intraculturelles sont aussi influencées par les formes régionales.

La langue et la méconnaissance du système créent des problèmes d'accessibilité et de sous-utilisation du système de santé. Les facteurs culturels ont un impact sur la communication (Hall, 1961, 1984). Cette étude de la réadaptation auprès d'une population immigrante permet de comprendre que la question de l'accessibilité des services ne s'arrête pas lorsque les clients franchissent les portes d'une institution de santé. Bien que la réadaptation physique soit un service de deuxième ou de troisième ligne, une certaine partie des services reste encore inaccessible aux clients immigrants, même ceux qui ont immigré depuis longtemps. Des recherches sont donc nécessaires pour déterminer jusqu'à quel moment l'adaptation des services aux populations immigrantes est nécessaire.

Le chapitre sur les modèles d'intervention en réadaptation physique (chapitre 6) et la section sur l'expérience dans le milieu de la santé aux pays d'origine des immigrants (7) tentent de répondre aux questions suivantes: Comment sont organisés les services de santé pour des groupes spécifiques, société d'accueil comme pays d'origine? Comment les services s'organisent-ils pour des personnes qui ont des besoins, mais qui ne connaissent pas le langage des soins et des services qui leur sont offerts par une société d'accueil?

L'importance de l'idéologie dans la perception des phénomènes pluriethniques (chapitre 7) met en évidence ce que pensent les personnes de la société d'accueil et les immigrants quant à la rencontre de leurs cultures respectives. L'étude des grandes barrières à l'accessibilité et à l'adéquation des services de santé aux contextes pluriethniques répond aux questions suivantes : Comment s'organisent les services pour des intervenants qui ont à communiquer ou à intervenir avec des personnes qui ne partagent pas leurs systèmes de référence, c'est-à-dire des clients qui ne connaissent pas leur langage des soins et des services? Comment s'organisent les services pour des intervenants qui ont à communiquer et à intervenir avec des clients dont ils ne connaissent pas les fonctionnements particuliers?

Il apparaît que l'accessibilité des services est en fait un concept dense (Blattberg, 2009, 2012) qui devrait se comprendre dans ses rapports avec l'adaptation des services et leur adéquation, soit leur pertinence (Das, 1993). Dans ce cas se pose aussi la question des limites possibles à l'adaptation des services et celle des possibilités d'adapter sans perdre l'efficacité. Cette problématique doit aussi être mise en relation avec la réactivité des systèmes de santé, soit la capacité de répondre aux besoins de populations changeantes et aux moyens pour le faire (OMS, 2000). Comment les institutions s'organisent-elles pour encadrer du personnel et des clients qui ne connaissent pas leurs façons mutuelles de fonctionner? Pourquoi y a-t-il si peu de réactivité quand les intervenants et les agents tiers développent certaines compétences sur les nouveaux phénomènes qu'ils côtoient au jour le jour (Giddens, 1994)?

Après s'être intéressée aux dynamiques interculturelles, l'analyse qui suit s'intéresse à la communication comme « culture en action » (Bateson et coll., 1981). Il est maintenant temps de tenter de répondre aux questions suivantes : Comment circule l'information sur les clients de différentes origines en réadaptation? Cette information est-elle de l'ordre d'un nouveau savoir qui se construit ou est-ce des préjugés? Quelle est l'influence des données recueillies sur les rapports entre l'anthropologie et les relations interculturelles?

PARTIE IV : ANALYSE ET CONCLUSION

Chapitre 10 : *La circulation de l'information dans les contextes pluriethniques*

CONCLUSION

CHAPITRE 10 : LA CIRCULATION DE L'INFORMATION DANS LES CONTEXTES PLURIETHNIQUES

On peut se demander comment circule l'information dans les contextes institutionnels marqués par le pluralisme. L'ethnographie de cette thèse met en évidence plusieurs nœuds, des croisements des voies de communication propres aux contextes institutionnels monoculturels de la réadaptation physique, soit l'autonomie, la douleur et le temps. Ce chapitre s'intéresse maintenant à l'influence des dynamiques interculturelles sur ces canaux de communication. Répondre à cette interrogation permet de cerner les mécanismes institutionnels qui maintiennent leur imperméabilité malgré la diversité de la population (Barth, 2002) et les objectifs de réactivité articulés par l'OMS (2000). L'étude de la circulation de l'information aide à comprendre les rapports dynamiques entre la connaissance et les préjugés (Gadamer, 1976), permettant de saisir les processus de construction des savoirs et d'éclairer certaines tensions entre les approches anthropologiques et les approches interculturelles. Ce faisant, elle met en lumière les compétences développées par les acteurs sociaux à partir de leurs actes quotidiens (Giddens, 1994) ainsi que leur besoin de développer des compétences culturelles selon les traditions américaines et interculturelles selon la tradition québécoise (Côté et coll., 2012b).

Dans l'analyse qui suit, je m'intéresse principalement à la qualité des informations qui circulent en contextes pluriethniques pour ensuite m'interroger sur les rapports entre ces informations, les connaissances, les préjugés et les ruptures (Agar, 1982). Dans cette perspective, une attention est aussi accordée au déplacement du modèle des compétences interculturelles individuelles vers celui des compétences interculturelles institutionnelles. Ce mouvement interpelle la réactivité du système de santé, c'est-à-dire sa capacité à répondre aux besoins changeants des populations desservies.

10.1 Le rôle des institutions dans la circulation de l'information

L'ethnographie de cette recherche met en évidence des ambiguïtés et des non-dits. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cette situation. Une partie de ces imprécisions reste

incompréhensible parce que nous manquons de références sur l'histoire idiosyncrasique des participants (Wittezaele et Garcia, 1992). L'objectif de cette recherche n'étant pas de faire des analyses à l'échelle individuelle, nous ne connaissons pas, par exemple, les expériences personnelles qui amènent Dolores et Marlene à refuser qu'on tienne compte de leurs caractéristiques culturelles. Auraient-elles vécu de la discrimination? Si oui, où? On peut émettre l'hypothèse qu'elles ont subi de la discrimination dans leur pays d'origine où les stratifications selon les couleurs de peau, vestiges de l'esclavage et du colonialisme, subsistent encore (pour Haïti, voir Wavroch, 2006, pour la Jamaïque, voir Gratton, 1987). Ou bien, est-ce ici au pays d'accueil qu'elles ont subi de la discrimination ? Une meilleure connaissance de leur histoire personnelle et de leur trajectoire de vie pourrait offrir une autre grille pour décoder leur discours.

Sur les plans social et culturel, des ambiguïtés résultent aussi de leur stratégie identitaire qui doit se comprendre à partir d'idéologies dynamiques, multiples et modifiables (chapitre 7). De plus, en lien avec les idéologies et la rectitude politique (chapitre 7), les situations décrites provoquent parfois des malaises augmentant l'ambiguïté des informations transmises. Les cadres conceptuels actuels représentent aussi des sources d'imprécisions importantes. Pour les personnes qui reçoivent les immigrants (intervenants, agents tiers), les modèles théoriques et les pratiques habituelles se montrent insuffisants à répondre aux exigences des tâches quotidiennes en contextes pluralistes.

Ces lacunes génèrent des préoccupations et des attentes de soutiens, de formations et d'acquisitions de nouvelles connaissances sur l'autre. Leurs observations et leurs demandes posent la question du statut épistémologique de la différence. Pour Bateson (1984) et Cyrulnik (2001), l'information vient d'une différence qui fait une différence. Selon Bateson, sans perception de la différence, aucune information n'est possible. Toutefois, les différences perçues au quotidien par les intervenants ne sont pas de l'ordre des différences individuelles qui sont acceptables et recherchées dans notre société, mais sont de l'ordre culturel. Ainsi, si l'on suit Bateson (1984) pour qui l'information est interactionnelle, sans interaction, il est difficile de comprendre les différences perçues.

En réadaptation physique, trois nœuds (Émoungou, 1997) principaux ont été identifiés: l'autonomie, la douleur et le temps. Un nœud est un lieu où se rencontrent plusieurs voies de communication qui sont stables dans l'espace social et organisationnel. Ces lieux de communication, autrement dit, la culture en action (Bateson et coll., 1981), mettent en évidence une réadaptation fondée sur l'autonomie, un traitement de la douleur qui se bute aux mandats institutionnels et des disciplines prises dans des relations de pouvoir qui se jouent sur un contrôle du temps, rejoignant ainsi Foucault (chapitre 6). Pour Bateson (1984), la culture est structurelle et la communication est processuelle. Chez ce penseur, les structures sont vivantes et dynamiques même si leurs mouvements sont lents et ne sont perceptibles qu'en dessus d'un certain seuil. Il n'est donc pas étonnant qu'en tant que points d'intersection de la communication, l'autonomie, la douleur et le temps dévoilent des caractéristiques de la culture occidentale.

En plus des ambiguïtés et des non-dits, le matériel présenté comprend plusieurs paradoxes. Comme je m'y attendais, les informations échangées en contextes pluriethniques sont plus complexes. Toutefois, la complexité des informations échangées est davantage liée aux barrières objectives et culturelles qu'à, ce qui m'a surpris, l'autonomie et la douleur tellement présentes dans les contextes monoculturels. D'après les données recueillies, seul le temps prend une plus grande densité (chapitre 6) dans les contextes pluriethniques. En ce qui concerne l'autonomie et le temps, nous avons vu qu'en contextes monoculturels, leur densité est asymétrique selon l'institution. Ainsi, les préoccupations sur la douleur prennent plus de place à la CSST alors que le discours sur le temps et l'autonomie s'entend plus dans les centres de réadaptation. Paradoxalement, les participants perdent leurs capacités à développer leurs pensées sur ces sujets en contextes pluriethniques et l'information qui y circule devient superficielle. J'utilise le terme paradoxe en suivant Bateson (1984) selon qui un paradoxe apparaît quand une information n'est pas traitée au bon niveau logique. Une question nous reste alors : Où est donc l'erreur logique dans cette situation observée?

En fait, le phénomène observé nous pousse à poser la question de la qualité de l'information qui circule dans les contextes pluriethniques, renvoyant aux notions de densité et de superficialité. Pour Geertz (1973), la densité représente la capacité de l'ethnographe à cerner le sens profond de ses observations et indique l'ampleur de ses connaissances sur l'autre. Le manque de densité en

contextes pluriethniques peut donc être attribué au manque de connaissances des intervenants et des agents tiers sur l'autre. Ce problème est, en effet, soulevé par le personnel des deux institutions étudiées qui reconnaissent ne pas connaître suffisamment les personnes à qui ils doivent offrir des services personnalisés (Bouthillier 2007, Bouthillier et coll., 2009). Marcus (1995) applique la notion de densité de Geertz à des études multisites. Pour lui, la profondeur et la densité des données recueillies sont des caractéristiques propres au terrain étudié. D'après ce chercheur, il appartient alors à l'anthropologue d'analyser par une approche réflexive les embûches auxquelles il est confronté pour justifier la qualité de son terrain. Ainsi, il m'apparaît intéressant de souligner la qualité réflexive de plusieurs intervenants qui reconnaissent ne pas connaître l'univers de leurs clients immigrants n'ayant pas les conditions pour y arriver.

Selon Blattberg (2009, 2012), les données sont denses lorsqu'elles sont contextuelles et peuvent être associées à des concepts connexes. C'est le cas du concept d'autodétermination qui est défini à partir des concepts d'appropriation, de liberté de choix et de vie autonome. Il semble que le concept d'autonomie perde de sa densité dans les contextes pluriethniques, car cette représentation n'a pas le même sens pour les clients immigrants qui viennent de sociétés dans lesquelles les relations sociales sont davantage fondées sur l'interdépendance (Dumont, 1977, chapitre 9). Les intervenants sont ainsi concernés par le fait que plusieurs clients immigrants ne comprennent pas les orientations de la réadaptation fondées sur l'autonomie. Les inquiétudes de ces intervenants restent toutefois très marginales dans leur établissement, car il n'existe pas de plateforme où circulent leurs préoccupations et leurs observations. Les institutions ne font pas que penser (Douglas, 1989), elles fournissent des cadres pour penser et il devient difficile d'examiner une situation hors des modèles établis, hors de l'autonomie. Les données recueillies demandent d'étudier cette lacune sous deux angles : les supports à l'information et les échanges d'information entre les intervenants et les clients.

Dans les institutions, les informations circulent sur des supports quotidiens, des plateformes en langage informatique, ou un treillage en géographie. En santé, les supports habituels où transite l'information sont contrôlés par les institutions en collaboration avec les ordres professionnels. Les formulaires où circulent les informations ne laissent aucune place à de nouvelles données, des fiches sociodémographiques aux plans d'intervention interdisciplinaires (chapitre 5), aux

prises de notes quotidiennes pour les dossiers des clients. Prenons par exemple le formulaire d'évaluation du comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des physiothérapeutes¹⁶¹ pour une clientèle neurologique (blessé médullaire). Chaque donnée exigée se rapporte à des articles du code de déontologie comprenant: l'identification des dossiers, l'identification de la référence, l'histoire physique du client, des données subjectives et objectives, l'analyse, le plan de traitement, les interventions, l'évaluation de l'efficacité de l'intervention et finalement, le bilan et des généralités (la facturation par exemple). La prise de notes, après chaque intervention, se résume par l'acronyme SOAP, appelée généralement SOPA en français : S pour les données subjectives (celles rapportées par le client); O pour les données objectives (les mesures prises par l'intervenant (mesures physiques, tests); P pour la synthèse des problèmes; A pour l'analyse de la situation. Cette mesure se veut, à la fois, une mesure de contrôle et une mesure d'égalité, car elle ne varie pas d'une personne à l'autre.

La même observation s'applique au plan d'intervention interdisciplinaire (PII) exigé depuis 2002 dans le réseau de la réadaptation physique qui est un outil essentiel lors des réunions d'équipe où participent tous les clients avec leur famille et selon leurs capacités. Le guide de PII élaboré par l'IRDPQ¹⁶² (2010), une institution réputée du milieu, mentionne que l'objectif inscrit dans la politique des plans d'intervention est d'« harmoniser les pratiques cliniques au regard des plans d'intervention de l'utilisateur tout en répondant à ses besoins, afin de satisfaire aux lois, aux valeurs et principes de l'organisation, tout en respectant les particularités des différentes clientèles (iii) ». Aucune catégorie de ces formulaires ne fait une place aux caractéristiques des clients immigrants, pas plus qu'ils ne font référence aux barrières à l'accessibilité (chapitre 8, 9) ou aux difficultés quotidiennes des intervenants et des clients immigrants.

Les écarts culturels entre des manières différentes d'être au monde amènent le concept d'autonomie à « sonner creux » pour plusieurs clients immigrants, probablement dû à sa proximité à l'individualisme. De fait, ce terme n'est jamais utilisé par Dolores et par Marlene, confirmant cette hypothèse. Ainsi, même si les intervenants manient bien l'autonomie en tant que

¹⁶¹ http://oppq.qc.ca/media/doc/documentation/149_GTD_pht_client_neurologique_bless_medull.pdf, site consulté le 27 avril 2012.

¹⁶² <http://www.irdpq.qc.ca/communication/publications/PDF/Guide%20PII%2019052010.pdf>, Site consulté le 5 mai 2012.

mécanisme opératoire (chapitre 9), ils en perdent le sens lorsqu'ils se retrouvent dans un contexte pluriethnique. Ce mécanisme s'assimile à la difficulté de parler et de penser dans sa langue lorsqu'on se retrouve dans un autre contexte linguistique, phénomène connu des anthropologues ayant effectué de longs terrains dans un autre contexte culturel. Sans la présence de membre d'un groupe avec lequel on partage une représentation, un concept perd de sa densité.

Le terme *autonomie* apparaît dans le discours des intervenants lorsqu'ils discutent des contextes pluriethniques, mais est moins fréquent lorsqu'ils s'expriment sur le contexte monoculturel. Pourtant, dans le premier contexte, son emploi est plus superficiel, laissant concevoir que pour les clients immigrants, des informations denses dans leur contexte culturel d'origine sont transmises aux intervenants de façon superficielle. Par exemple, les clients immigrants parlent peu de leur famille, malgré la densité de cette information. Ainsi, lors du tremblement de terre en Haïti (2010), les intervenants ont peu entendu leurs clients haïtiens en parler (communication personnelle). Plusieurs de ces informations pourraient très certainement fournir aux intervenants des mécanismes de mobilisation qui leur échappent. Revenons sur l'exemple rapporté par Albert, psychologue, lui-même issu de l'immigration et qui connaît bien la communauté maghrébine. En réponse à une question portant sur l'existence de situations culturelles qui posent problème, il répond :

Albert: Là où ça peut arriver ou ça arrive beaucoup plus je pense que c'est, dans par exemple, l'interprétation justement de la fidélité de la maladie. Je pense à des gens dans l'Islam, par exemple, tout ce qui t'arrive, c'est quelque chose qui est voulu par Dieu. Ça c'est clair, tu dois te soumettre. L'Islam, c'est la soumission. Tu dois te soumettre parce que de toute manière tout ce qui arrive est dû, pour toi, par Dieu. Donc si Dieu a voulu pour toi que tu te casses une jambe, qui es-tu pour vouloir la réparer? Quand tu dis [silence] des difficultés, ça peut être beaucoup plus à ce niveau-là. Parce que comment c'est contourné sur place, OK sur place c'est contourné par un autre processus religieux qui est l'appel aux besoins. Dieu a besoin de toi donc Dieu a besoin que tu te ré pares. Mais si nous on le sait pas ça, parce que nous nous n'avons pas d'œuvre de Dieu dans notre éthique, on [ne] peut pas le faire.

(26 janvier 2006)

Comprendre l'autre à une échelle culturelle, c'est comprendre la densité de ses représentations. Comprendre l'autre à une échelle universelle, c'est reconnaître que, dans toute société, il y a des

mécanismes pour aider l'autre à avancer que cet autre ne connaît pas nécessairement (Keesing, 1987, 1989). En développant des compétences interculturelles et non seulement culturelles, on peut se baser sur des mécanismes de sa société, des outils, des fonctions opératoires et chercher la forme ailleurs. On doit avant tout se centrer (Das, 1993 : Cohen-Émérique, 1993) dans un contexte spécifique (Gratton, 2009); quels sont les aspects de notre propre culture qui interviennent à des moments choisis. Cette position s'appuie sur les théories de la communication qui postulent qu'une information véhiculée dans un message dépend de l'ensemble de celui-ci; le point de vue de l'émetteur et son contexte permettant de préciser l'ensemble (Wittezaele et Garcia, 1992). Il faut donc se situer à partir d'éléments culturels de la réadaptation pour comprendre la matrice dans laquelle s'élabore la communication avec les clients immigrants. Dans une logique de communication interculturelle, on remarque que c'est la société d'accueil qui pose le cadre de la communication.

Les agents tiers de la CSST semblent plus à même de créer un espace interculturel (Gratton, 2009) que les intervenants, car ils ont plus de marge de manœuvre. Toutefois, cela n'est possible, nous dit Lise, conseillère en réadaptation physique, que lorsqu'ils sont assez solides pour justifier auprès de leurs gestionnaires les ajustements qu'ils proposent. Le temps échappe aux intervenants et aux gestionnaires qui, s'ils comprennent certains enjeux interculturels, doivent se positionner et faire des choix entre la distribution égale des ressources (égalité) et la possibilité d'offrir des services spécialisés aux immigrants (équité) (Gravel et Battaglini, 2000). Dejours (2000) et De Gaulejac (2005) soulignent que les gestionnaires sont aussi affectés que les employés par les modes de gestion actuels. Ceci dit, il est intéressant de noter que les besoins spécifiques des immigrants et de ceux qui les reçoivent ne sont pas envisagés comme des services offerts à tous.

Combien de temps est nécessaire pour rencontrer l'autre et pour réduire les barrières culturelles qui entravent cette rencontre? D'après Das (1993), à un niveau diachronique, cela peut prendre jusqu'à trois générations. Par contre, lorsqu'on observe la situation des Amérindiens (chapitre 4), force est de constater que certaines barrières ne sont jamais réduites. D'après Battaglini (2005), au niveau synchronique, les rencontres interculturelles dans les contextes de soins exigeraient 40% plus de temps. Selon ce chercheur, on doit donc revoir le ratio d'intervenants dans les contextes pluriethniques. Plusieurs refusent toutefois d'aborder cette question délicate par peur de

créer un sentiment de discrimination envers les immigrants (chapitre 4 et 7). Cette situation semble pourtant avoir été comprise par le gouvernement Harper qui augmente le ratio de travailleurs immigrants temporaires qui pourront s'installer au Canada par rapport à celui des immigrants. Un nouveau règlement permet aussi que des travailleurs immigrants temporaires blessés au travail puissent être retournés dans leur pays d'origine sans prise en charge médicale (Coté et coll., 2012b). Le pourcentage de temps supplémentaire calculé par Battaglini rejoint l'analyse de Marlene qui aurait eu besoin de deux semaines de plus d'intervention sur les sept semaines allouées par son programme de réinsertion à l'emploi. Selon elle, et comme le dit aussi Dolores, le temps mis à comprendre son diagnostic l'a retardée, tout comme le temps pris pour s'adapter à un système qu'elle ne comprenait pas et qui lui faisait même peur.

La moyenne de temps supplémentaire calculé par Battaglini (2005) est néanmoins en deçà des propos des agents tiers qui estiment avoir parfois à tripler leur nombre d'interventions (chapitre 9). Cette possibilité d'augmenter leur temps d'intervention est appréciable lorsqu'on compare à la situation des intervenants. Si on tente de comprendre l'écart entre les données de Battaglini (2005) et les estimations des agents tiers, on conclut selon moi que leur contexte de rencontres interculturelles est encore plus complexe que celui des intervenants, étant donné qu'ils vont hors de leur établissement et sont confrontés à des enjeux médicolégaux. Si cette hypothèse est juste, elle supporte l'idée que lorsque des immigrants sont rencontrés dans nos établissements, l'information qu'ils y apportent reste, malgré sa complexité, reste superficielle si on la compare à celle obtenue quand la rencontre a lieu dans leur milieu. Je ne suggère pas qu'il soit impossible d'intervenir dans les enceintes des établissements, mais que l'on doive rester vigilant quant à l'impact que cela produit sur les informations recueillies. Ce phénomène donne appui à l'idée qu'une augmentation de temps soit une condition essentielle pour la rencontre de l'autre dans les contextes pluriethniques. Cet échange entre Manon, ergothérapeute, et Audrey, physiothérapeute, résume bien la problématique du temps et ses rapports multiples aux dynamiques interculturelles:

Manon: Tout est comme [silence] je trouve ça différent. Pis encore là, je suis toujours [silence] dans l'ignorance, je me sens impuissante. Les gens [silence] il y a des clientes qui sont de partout pis j'ai l'impression qu'on les a aidées [silence] quelque part. On a créé un sentiment d'espoir, pis finalement on dit ah, on [ne] peut pas aller plus loin, ils retournent chez eux. Je trouve ça "toutché" [délicat].

Audrey: *Pis moi, il y a des choses que je remarque là, comme la marche là. Comme nous on va arriver avec nos mesures objectives [silence] on leur présente, on est bien convaincus de notre affaire [rires]. Ils te regardent, ouais pis? Et alors, je suis pas mieux que j'étais. Ah my! Tout ce qu'on a fait, on a manqué le bateau. Bien pourquoi qu'il ne nous le dit pas. C'est toute la question de demander les services. Eux ils arrivent, ils sont sur le mode recevoir, ils [ne] savent pas ce qu'ils vont recevoir pantoute [pas du tout]. Pis on donne, mais on donne à peu près comme on pense que nous on doit donner.*

Andrée: *Ouais, c'est bon ça.*

Chercheuse: *Ça décrit bien, ça décrit l'expérience des autres [intervenants]?*

Manon: *Ça décrit aussi le silence de tantôt quand tu disais [silence] je pense qu'on se demandait, [silence], on dit on leur demande-tu au client ce qui se passe pour eux?*

(26 janvier 2006)

Le temps manque en contextes monoculturels et manque encore plus en contextes interculturels. Ce temps renvoie à la gestion administrative, responsable du contrôle et de la mesure du temps, lui-même lié à la qualité des services (chapitre 4). Ainsi, une gestionnaire du réseau de la santé observe : « On passe la moitié de notre temps à justifier ce que l'on fait l'autre moitié » (communication personnelle). Selon certains intervenants du réseau de la santé, le temps accordé à l'intervention diminue au fur et à mesure que les listes d'attente s'allongent. Les intervenants doivent tenir un registre de leurs interventions, *faire des statistiques*, enregistrer leurs actions durant un quart de travail, échanger des informations sur un client avec un autre intervenant, se déplacer pour aller rencontrer un client, participer à une réunion d'équipe, etc. Toutefois, pour le moment, on ne peut savoir vers qui sont posés ces gestes, personnes de la société d'accueil ou immigrants, ni quelles sont les conditions de ces rencontres, c'est-à-dire a-t-il été possible de répondre aux exigences institutionnelles tout en répondant aux besoins des clients?

Les statistiques actuelles ne peuvent démontrer que les interventions auprès des immigrants sont plus longues et demandent de nouvelles conditions de pratique. Un gestionnaire contacté pour valider le contenu de mes analyses (communication personnelle) m'a dit connaître celles de Battaglini (2005) sur le temps supplémentaire exigé par les interventions auprès des immigrants, mais que ces résultats ne sont pas supportés, par exemple, par les statistiques sur les chirurgies d'un jour. Cet écart entre les données ethnographiques et les données statistiques est important, car ce sont les statistiques qui guident les décisions et l'allocation des ressources matérielles dans

le milieu de la santé. Toutefois, ces résultats statistiques peuvent être remis en question sur deux fronts. D'un côté, l'écart mentionné confirme l'analyse de Bowen (2004) sur l'absence d'indicateurs particuliers pour les populations immigrantes; il devient alors très difficile de connaître leurs besoins spécifiques et les réponses qu'on y donne, entretenant l'illusion de l'accessibilité des institutions de santé pour cette clientèle (chapitre 4). La divergence entre les expériences des intervenants et les statistiques rejoint, par ailleurs, les analyses de De Gaulejac (2005) qui considèrent que les indicateurs ne mesurent pas les tâches réelles, mais servent plutôt à laisser croire que tout va bien dans un modèle de qualité pensé pour le secteur privé. D'après De Gaulejac (2005), on reconnaît l'emprise du modèle de gestion de qualité à partir des contradictions qu'il génère. Ainsi, il apparaît que le modèle Toyota utilisé actuellement dans le réseau de la santé et traversé par un modèle néolibéral laisse de côté le fondement même de ce modèle qui est de contrôler les opérations et non les individus. À la base, ce modèle favorise aussi la participation des employés qui peuvent même arrêter la chaîne de montage quand ils notent un problème. Le travail fait dans les hôpitaux où les gestionnaires s'intéressent à corriger leurs propres procédures inefficaces plutôt que d'en concevoir de nouvelles le met en évidence¹⁶³.

Que font alors les intervenants coincés entre des contraintes de temps et un système qui ne peut prendre en compte leurs préoccupations non supportées par les données statistiques? Lors de formations en relations interculturelles, les intervenants disent « couper » et « grignoter » du temps sur leurs pauses et sur l'ensemble de leurs interventions, certains allant jusqu'à faire du temps supplémentaire non reconnu pour compléter leurs dossiers. Certains concluent qu'en ce moment, il est préférable de se faire soigner à l'extérieur de la grande région de Montréal. Dans ces régions, les patients reçoivent le temps d'intervention prévu (les ratios d'intervention sont uniformes pour toute la province de Québec). D'autres ajoutent que les mesures personnelles qu'ils prennent restent malgré tout insuffisantes, ce que laissait entrevoir l'analyse de Battaglini (2005), et que le manque de temps a un impact sur l'efficacité de leurs interventions les empêchant d'être conformes aux normes de leur ordre professionnel. Certains souhaitent que leur ordre professionnel s'occupe de ce dossier étant donné qu'ils considèrent que leur institution ne les écoute pas.

¹⁶³ Cette orientation est possible, pour voir l'utilisation du modèle Toyota au Virginia Mason Medical Center à Seattle, suivre le lien suivant : http://www.pbs.org/newshour/bb/health/july-dec12/health_10-24.html

Les plateformes de communication choisies par les institutions limitent en effet l'information qui y circule. Bowen (2004), pour sa part, critique les indicateurs qui supportent ces informations, par exemple, les évaluations d'Accréditation Canada sur les contextes pluriethniques. La position de cet organisme privé qui a un volet international¹⁶⁴ et qui se définit comme « le leader qui hausse la barre de la qualité des soins » supporte les analyses de De Gaulejac et de Galbraith. Bien que les évaluations de qualité d'Accréditation Canada soient acceptées dans tout le réseau pan canadien de la santé, Bowen (2004) constate que, pour les établissements étudiés dans le cadre de sa thèse sur les politiques de santé, les conclusions de l'organisme sur le niveau de satisfaction et sur l'accessibilité des services aux immigrants contredisent ses observations de terrain. Il est également intéressant de noter, qu'outre les directions des établissements, je n'ai rencontré personne lors de ma recherche qui avait connaissance de la nature privée cet organisme ayant des liens internationaux de (chapitre 4). La majorité de mes interlocuteurs croyait cet organisme relié à Santé Canada. Cette confusion supporte une fois de plus les analyses de Galbraith (2004) et De Gaulejac (2005). On peut, par ailleurs, constater la place importante de cet organisme privé sur la façade des établissements évalués qui y affichent la banderole confirmant leur agrément.

Dans l'économie mondiale, il y a une coupure « totale » entre l'élite technocratique, les experts internationaux et les populations. Les cures d'austérité et la privatisation y sont (De Gaulejac, 2004) des solutions permettant d'accéder à l'abondance, discours financé et diffusé par le secteur privé. Dans ces conditions, ce sont les contradictions qui doivent attirer notre attention, des contradictions que l'on retrouve dans le discours, dans les résultats ou encore, dans les structures (De Gaulejac, 2004). Par exemple, des groupes de médecins pour les services publics en santé relèvent l'écroulement fait par les services privés qui retournent les cas les plus coûteux aux services publics, prétextant qu'ils sont plus performants dans ce secteur de soins.

Approcher les relations interculturelles à partir des actes à poser (Mendel, 1998; Bowen, 2004) et d'un travail de terrain permet de dévoiler l'impact des contextes internationaux et privés sur les rencontres entre intervenants et clients immigrants. Du plus près au plus loin, ces contextes influencent directement la gestion institutionnelle publique responsable des conditions

¹⁶⁴ <http://www.accreditation.ca/fr/default.aspx?rdr=true&LangType=3084>, site consulté le 4 août 2012.

d'interventions et des plateformes de circulation de l'information nécessairement denses pour garder leurs fonctions opératoires. Dans les contextes pluriethniques qui ne peuvent, on vient de le voir, être évalués par les mesures de qualité actuelles, le caractère informel des données pluriethniques rendent encore plus superficielles les informations culturelles qui en perdent leur sens.

La matérialité des formulaires qui visent à extérioriser une démarche cognitive individuelle et disciplinaire pour en faire un espace partagé (Allamel-Raffin et Lefebvre, 2002) ne remplit plus complètement sa fonction pour les cas de clients immigrants, étant donné qu'ils ne contiennent pas de catégorie tenant compte des caractéristiques et des difficultés qui leurs sont propres et de celles de leurs intervenants qui tentent d'y répondre. Comment construire des expertises et transmettre des données pertinentes si elles ne sont pas consignées? Les données recueillies sur les plateformes conçues par les institutions, par exemple les données sociodémographiques et les PII (voir un exemple en annexe), sont d'une grande importance pour la construction de cette expertise. En effet, ces plateformes sont des schémas mathématiques où, grâce à des images, l'invisible devient visible et peut être communiqué et partagé (Allamel-Raffin et Lefebvre, 2002). Les plateformes actuelles ne permettent donc pas de rendre visibles les caractéristiques des relations interculturelles; les expériences demeurant à un niveau idiosyncrasique et ne pénétrant pas les structures organisationnelles.

Les institutions de la santé ont manifesté un intérêt à former les intervenants pour qu'ils développent des compétences interculturelles, comme le montre le succès du programme-cadre de formations en relations du MSSS (2000 à 2008) appliqué à Montréal et à Laval. Plus de 3000 personnes y ont été formées; on y voyait même des listes d'attente, les ressources économiques des Agences de santé ne permettant pas de répondre à la demande. Précisons que ce sont les Agences locales qui défraient les coûts de ces formations, car le ministère ne prend en charge que les coûts de formations obligatoires et panquébécoises et cette formation en relations interculturelles n'est pas présente dans tout le Québec. Par ailleurs, depuis 2005, le contenu de ce programme, qui se basait déjà sur Gravel et Battaglini (2000), a reconnu que les interventions pluriethniques demandent plus de temps (Battaglini, 2005) afin de réduire les barrières culturelles, objectives et linguistiques, ainsi que, selon le cas, faire un enseignement sur le

fonctionnement du système de santé et des services sociaux. Toutefois, à la suite de la restructuration du réseau de la santé (chapitre 5), les recherches de Battaglini (2005) ont engendré un malaise grandissant, notamment chez les gestionnaires qui ont mandat de réduire le temps de service. Dans ces circonstances, les gestionnaires ne savent comment interpréter ces données contradictoires dans le cadre de leur mandat (communication personnelle); certains demandent alors de ne pas diffuser les recherches de Battaglini (2005). Le deuxième volet de formation de ce programme-cadre conçu pour les gestionnaires connaît moins de succès que celui pour le personnel et pour les intervenants (communication personnelle). Cette situation peut s'expliquer à la lumière des données recueillies qui mettent en évidence que les informations sur les clients immigrants échappent aux gestionnaires par manque d'indicateurs adaptés aux réalités pluriethniques et par leur absence de contact direct avec les clients.

Selon Blattberg (2009, 2012), un concept superficiel a l'effet de déresponsabiliser les personnes et les institutions. La notion d'accessibilité devient donc très superficielle lorsqu'elle est appliquée aux clients immigrants. Une confusion entre les notions d'accessibilité, d'équité et de droit engendre ainsi l'idée que services similaires équivalent services égaux, se basant sur une universalité des besoins. Selon ce principe, les capacités à fonctionner dans le système, à faire part de ses besoins et à participer selon les attentes du système n'ont jamais été évaluées pour les immigrants (Bowen, 2004), qui manifestent habituellement des problèmes de littératie médicale (chapitre 4). Les adaptations des organisations de la santé ne peuvent se faire sans les observations des intervenants et des autres personnes sur le terrain. Entre temps, tel que l'expriment les participants aux groupes de discussion, ce n'est pas seulement avec les clients immigrants que les intervenants « tournent en rond », mais aussi avec leur établissement.

Dans ces situations, les compétences culturelles individuelles (Muñoz, 2007), même si elles prennent en compte les approches postmodernes, sont insuffisantes à mobiliser les organisations (Anderson et coll., 2003). Sans l'appui des organisations, il devient impossible d'aider les intervenants à rendre opérant le concept d'autonomie. Cette représentation qui, faute de terme plus approprié, devient le concept d'indépendance à l'échelle universelle et d'interdépendance s'il s'agit de comprendre une autre forme culturelle d'indépendance (chapitre 9). Une des compétences développées dans le programme-cadre du MSSS était de « savoir avec qui

communiquer en cas d'écart culturel » (Gratton, 2009), car ce n'est pas au client d'offrir les conditions pour réduire les écarts interculturels, mais aux organisations, par exemple pour les barrières linguistiques. Cet enjeu n'est pas de l'ordre des compétences (inter)culturelles individuelles (Côté et coll., 2012a, 2012b), soit la connaissance de l'autre et de soi, mais de l'ordre des compétences (inter)culturelles institutionnelles (Anderson et coll., 2003). Quand il s'agit d'aider les établissements à mettre en place des adaptations pour faire face à leur mandat d'insertion, c'est à l'échelle organisationnelle qu'il faut agir (Mercier, 2004; Tremblay 2004, 2011).

10. 2 L'information et ses rapports avec la connaissance

L'aspect le plus déterminant du problème de la circulation de l'information en interculturel est le statut épistémologique de l'information. Le statut épistémologique renvoie à la recherche de modèles théoriques et de méthodes de recueils de données pour circonscrire les dynamiques interculturelles. Quant à cette situation, certains responsables de service, coordonnateurs ou gestionnaires développent des protocoles de recherche « maison » afin d'avoir un portrait des populations qu'ils desservent. Cet acte est cohérent avec les exigences des institutions de la santé qui ont pour mandat d'adapter les services aux populations desservies (Gravel et Battaglini, 2000) et selon les orientations de l'OMS (2000) sur la réactivité des systèmes de santé. Pour pouvoir amasser ce type de données, il est toutefois nécessaire d'obtenir des dérogations éthiques permettant d'utiliser des catégories ethnoculturelles dont l'usage serait autrement interdit. J'ai eu accès à quelques-unes de ces données grâce à des intervenants participant aux formations en relations interculturelles. Les données qu'ils avaient recueillies me paraissaient très pertinentes aux fins de leurs interventions. J'aurais aimé les utiliser pour cette recherche, mais il a été impossible de les obtenir, car leur potentiel discriminatoire crée trop de malaises pour les gestionnaires.

Même si ces gestionnaires considèrent aussi ces données sociodémographiques utiles pour mieux connaître les populations desservies, il leur paraît impensable de les laisser circuler, même pour une recherche universitaire, car ils les jugent potentiellement préjudiciables. Cette situation pose des questions en regard de la valeur épistémologique des observations et des données recueillies

dans les contextes pluriethniques. C'est un regard systémique qu'il faut poser pour comprendre la position paradoxale de ces gestionnaires. Dans les contextes de rencontres entre des personnes d'horizons différents, les paradoxes sont fréquents et peuvent prendre des décennies à être analysés correctement, tel que l'a mis en évidence l'intérêt de plusieurs anthropologues pour le bricolage (chapitre 2).

Pour Agar (1982), le travail des anthropologues est de donner du sens aux différences qui font de nous des humains. Classifier ce qui est commun et ce qui est différent est, selon moi, un des plus grands défis de l'anthropologie et des relations interculturelles où cet enjeu se décline en échelles universelle, culturelle/sociale et individuelle (Gratton, 2009). Cette difficulté est d'autant plus grande que l'échelle culturelle/sociale est occultée dans le savoir occidental par des modèles scientifiques qui ne reconnaissent que les ordres individuel et universel. L'Occident qui ne se voit pas « culturel » est dévoilé dans l'utilisation du terme « ethniques » pour référer aux immigrants. L'interculturel demeure difficile tant qu'on ne se reconnaît pas comme porteur de culture (Das, 1993; Émoung, 1998). Un cadre conceptuel inadéquat pour répondre aux enjeux des dynamiques interculturelles amène, par exemple, les outils culturels occidentaux à être considérés comme des invariants ou des positionnements individuels, transférant des limites institutionnelles sur des personnes ou évaluant de manière erronée les résultats des immigrants aux tests d'intelligence (chapitre 4). L'absence de reconnaissance du « culturel » occidentale est un enjeu si fondamental qu'il m'apparaît essentiel de diffuser un modèle tripartite basé sur la notion d'échelle (universelle, culturelle/sociale, individuelle) de Bateson (1982) pour analyser les paradoxes générés par les contextes interculturels (Gratton, 2009) et pour reconnaître, comme le fait l'ethnopsychiatrie, les limites des objets d'intervention occidentaux (Devereux, 1980; Nathan, 1986).

Les travaux de Bateson et coll. (1981) illustrent la double contrainte (*double bind*) dans lequel se trouvent les intervenants faute de modèle conceptuel adéquat. Des conditions systémiques font échouer les intervenants et les gestionnaires, car les solutions disponibles ne sont ni efficaces ni durables. Le tabou qui entoure des données sociodémographiques (Gravel et coll., 2008), par ailleurs utiles, est un bon exemple de ce phénomène. Le réseau de la santé demande aux institutions, aux gestionnaires et aux intervenants d'adapter leurs services, ce qu'ils doivent faire

sans utiliser ces données taboues (Gravel et coll., 2008), et sans dépasser le cadre normatif pensé pour ces clients types (Schutz, 2003) issus de la société d'accueil (chapitre 4). Cette *double contrainte* retient les intervenants qui doivent personnaliser leurs interventions sans nommer les différences qu'ils observent (chapitre 7).

Cette exigence contraste avec les positions gouvernementales sur les données *genrées* qui sont considérées internationalement et localement comme une innovation importante. Dans cette mouvance internationale, le ministère de la Condition féminine du Québec a d'ailleurs mis en place un système de formations et de consultations pour s'assurer de transmettre des modèles analytiques et des méthodologies adéquates au recueil de données vues comme précieuses. Le ministère offre aussi des services de consultants qui s'assurent du transfert de ces connaissances dans les établissements et de l'adaptation des services.

Pourquoi les données *sexospécifiques* sont-elles jugées novatrices alors que celles sur l'appartenance nationale ou ethnique sont considérées comme discriminatoires quand elles sont toutes des motifs de discrimination selon les termes des Chartes canadienne et québécoise? Dans le domaine de la santé, la réponse se trouve dans un croisement idéologique (chapitre 7) et traditionnel (chapitre 4); pour les services de santé canadiens, les indicateurs d'accessibilité sont uniquement géographiques et linguistiques, les indicateurs ethniques étant discriminatoires et ne pouvant être nommés. Paradoxalement, occulter les données ethnoculturelles se répercute sur l'impossibilité de prendre des mesures qui facilitent de petits gestes rendant certains services inaccessibles, y compris la recherche. Les données ethnoculturelles et raciales sont plus utilisées dans la tradition américaine. Elles sont extrêmement délicates à manier, d'autant plus que leurs usages peuvent effectivement entraîner de la discrimination. Toutefois, ne pas en tenir compte peut aussi avoir des conséquences graves, comme priver des êtres humains de leurs droits à la santé et à des services adaptés (Bowen, 2004). Un autre problème posé par ce type de données est la porosité des frontières de l'ethnicité (Barth, 1995), un problème qui ne se pose habituellement pas avec les données *sexospécifiques*, mais qui est présent dans la grille sociodémographique brésilienne mentionnée précédemment.

J'aimerais terminer cette analyse par l'exemple de la signature et de son sens culturel dans notre société, dans le réseau de la santé et dans la recherche. Dans notre société, une signature a une certaine densité dont le sens change selon les moments, les lieux et les contextes, rendant ce geste banal ou extrêmement remarquable. La banalité vient de sa fréquence, notamment en santé où il est associé à un consentement éclairé. Ainsi, dans les PII, on retrouve un espace pour la signature des clients, et au besoin, pour celle d'un membre de la famille. En d'autres moments, ce geste banal devient un acte extrêmement important dans une société de droits. Cet acte ne pose habituellement pas de problème dans un contexte monoculturel, car son sens est partagé par tous. Toutefois, il se révèle plus problématique dans certains contextes interculturels lorsqu'une signature banale prend un sens étranger ou dévoile des problèmes de littératie ou de confiance. Ce problème est d'ailleurs revenu à différentes étapes du recrutement pour cette recherche. Cet exemple démontre que des mobilisations institutionnelles sont possibles lorsqu'un problème est bien expliqué et qu'une simple signature pensée dans un système monoculturel signifie autre chose dans un contexte pluriethnique. Les intervenants ont abordé cette thématique lors de groupe de discussion :

Andrée: Il y a toute une notion de droit à l'autodétermination, pis toute la notion. Comme on va passer beaucoup de temps à expliquer le consentement aux soins, consentement [éclairé] [silence]. Pis y a des personnes qui te regardent, mais où tu t'en vas avec tous ces millions d'explications-là? Toi tu le sais, tu t'en viens à demander [silence]. Mais lui, il ne te la donnera jamais sa signature parce qu'il faut que quelqu'un soit là. C'est pour ça que tu me diras c'est peut-être [silence] culture, mais c'est plus proéminent pour les cultures qui viennent de pays étrangers.

Albert: Là aussi c'est plus fatigant [silence] on en est tous conscients. Dans le sens où pour un individu, dans certaines cultures, entériner une décision c'est nécessairement l'accepter. C'est qu'à partir du moment où la personne te donne, par exemple te dit oui, je consens à mon congé, je veux bien m'en aller. Ça veut dire je suis satisfait des services et je suis content d'être guéri et [silence] fini avec toi. Donc, je te donne la décision que je m'en vais. C'est pas toujours le cas à ce moment-là. Donc moi je ne te donne pas mon OK, c'est ce que tu veux, tu vas assumer ta responsabilité.

Martine: C'est ça que [silence] la personne, je [ne] sais pas Marocaine, Algérienne, la famille, c'était comme ça. C'est toi qui assumes la responsabilité de ce choix-là.

Andrée: Oui parce qu'en même temps ce monsieur-là, il va se revirer de bord et il va aller dans sa famille, dans son groupe social, dans son clan, pis on va lui dire es-tu guéri? Pis là il va dire, mais non, j'ai encore mal à ceci, je ne peux pas travailler, aidez-moi, faites le

ménage à ma place, bla bla bla. Et là on va lui dire pourquoi tu as accepté de partir si t'es pas guéri. C'est tout ce cheminement-là qui est fait, dans une fraction de seconde.

Chercheuse: Mais, vous rendez-vous compte de ce que vous dites? Si j'ai bien compris, c'est que ça ébranle les fondements du système dans lequel vous travaillez. Parce que si tu me parles de consentement éclairé, de signature, de positionnement individuel pour accepter un soin et de responsabilité du client, de son implication, c'est tout ça que vous êtes en train de me dire.

Audrey: On est à côté de beaucoup de cultures!

(26 janvier 2006)

Toutes ces situations peuvent être analysées selon un modèle de discrimination qui est essentiel mais non suffisant à cerner les dynamiques interculturelles. Il s'agit également de permettre aux intervenants de tenir compte d'ontologies différentes, comme beaucoup le souhaitent, et de s'assurer qu'ils manient correctement ces informations. Les formations culturelles de la tradition américaine et les formations interculturelles de la tradition québécoise représentent une mesure essentielle à cette fin, mais sont à elles seules insuffisantes à permettre aux intervenants d'adapter leurs interventions. Tant que les plateformes habituelles ne seront pas revues (données sociodémographique, PII) et que les organisations ne réagiront pas pour mieux répondre aux besoins de leurs nouvelles clientèles (OMS, 2000; Bowen, 2004), les compétences acquises par les intervenants ne pourront être transférées de façon complète ou durable dans leur milieu. L'enjeu est de taille, d'autant qu'il remet en question la valeur épistémologique accordée aux informations amenées par les intervenants et par les agents tiers et qu'il exige de faire une différence entre les préjugés et la connaissance.

10.2.1 Les préjugés

Les clients venus d'ailleurs sont évalués à partir d'échelles uniformes, ce qui pour Laure constitue une façon de ne pas discriminer. En conséquence, lorsqu'un client immigrant est évalué sur l'autonomie, il est souvent vu comme « moins autonome », « moins responsable » et l'objectif de traitement devient la prise de mesures pour augmenter l'autonomie. Quand cette observation se produit à répétition, les clients immigrants sont finalement perçus comme moins autonomes et moins motivés que la population locale. Est-il suffisant de déclarer dans ce cas que

ces intervenants ont des préjugés? En général, certains intervenants tentent d'expliquer cette situation qui se reproduit en concevant certaines théories, tel que le fait Albert, qui explique que les immigrants sont moins autonomes « car ils ont été colonisés depuis longtemps ». De la même manière, Marlene et Dolores avouent qu'elles ne peuvent pas avoir confiance dans les services qu'elles reçoivent, car «*des services gratuits ne sont pas bons*». Il peut être difficile de distinguer ce qui relève de l'information fondée ou d'un préjugé.

Selon l'encyclopédie Larousse¹⁶⁵, un préjugé est « un jugement sur quelqu'un, ou quelque chose qui est formé à l'avance selon certains critères personnels et qui oriente en bien ou en mal les dispositions de l'esprit à l'égard de cette personne ou de cette chose ». Le Larousse ajoute que le préjugé est « une opinion adoptée sans examen, souvent imposée par le milieu, l'éducation » et que certaines opinions sont des préjugés tandis que d'autres ne le sont pas. Selon Gadamer (1976), toute idée est un préjugé, car elle ne peut exister sans être préconçue. Il faut toujours mettre à l'épreuve nos « préopinions qui sont vivantes, dynamiques, comme pour les idéologies (chapitre 7), en les interrogeant sur leur légitimité, c'est-à-dire sur leur origine et leur validité » (1976, p. 288). Gadamer poursuit en soutenant que « les opinions forment une mouvante diversité de possibilités » (1976, p.289). Ayant le texte comme objet d'étude, il propose d'être ouvert à l'altérité du texte, tout en précisant qu'une telle réceptivité ne présuppose ni la neutralité ni l'effacement de soi-même, mais inclut l'appropriation qui fait apparaître les préconceptions du lecteur et ses préjugés afin que le texte puisse y opposer sa vérité. Gadamer (1976) pourrait donc s'opposer aux développements de compétences culturelles (Munoz, 2007) qui, dans la tradition américaine, s'intéressent à l'autre sans se regarder soi-même. Il serait probablement plus à l'aise avec la lignée française de la communication interculturelle qui favorise en premier la centration puis la décentration.

« Ce n'est qu'en reconnaissant ainsi que toute compréhension relève essentiellement du préjugé que l'on prend toute la mesure du problème herméneutique » poursuit Gadamer (1976, p. 291). Les intervenants et les agents tiers ont conscience de leurs préjugés. Combien de fois ont-ils dit pendant la discussion qu'ils savent que leurs propos sont une interprétation qu'ils tentent de nuancer tout en les remettant en question? Pour Gadamer (1976), le problème du préjugé est qu'il

¹⁶⁵ <http://www.larousse.fr/>, site consulté le 2 juillet 2012

« existe aussi un préjugé des Lumières, qui porte et détermine leur essence. Ce préjugé fondamental des Lumières est le préjugé contre les préjugés en général, qui enlève tout pouvoir à la tradition » (1976, p. 291). Bien sûr, un préjugé est un jugement qui porte préjudice, ce qui signifie « amputation, désavantage, dommage et fonde une conséquence négative » selon le Larousse. Toutefois, rien n'indique pour Gadamer que le préjugé veuille dire erreur de jugement; pour le savoir, il faut être prêt à revoir ses observations à partir d'une conscience historique.

La notion de conscience historique est essentielle chez Gadamer, car elle permet d'intégrer la tradition de chacun dans son interprétation du monde. Pour ce philosophe, seule une analyse qui met en évidence notre tradition, comme l'a fait le contexte ethnographique, permet de comprendre les fondements de nos préjugés, d'avoir une prise sur eux et d'aspirer à s'en libérer. « Le dépassement de tous les préjugés [...] s'avère être lui-même un préjugé » (1976, p. 297). Pour Gadamer, l'étude des préjugés est précieuse. Bien plus que ses jugements, ils constituent la réalité historique de son être (1976, p. 298). La pertinence de l'analyse de Gadamer prend tout son sens lorsqu'on s'intéresse, par exemple, aux indicateurs utilisés dans les politiques nationales de santé qui, telles que Bowen (2004) l'a décrit, s'inscrivent dans l'histoire de ces sociétés. On observe, par ailleurs, la force des traditions lorsque l'on constate que la gestion de la diversité suit le même modèle que celui du colonialisme, comme le montrent les différences entre l'identité *black* (Perreault et Bibeau, 2003) et la négritude (Almeida, 2008; Fanon, 1971). L'analyse de Gadamer permet de donner un sens nouveau aux confrontations entre les modèles de gestion de la diversité, tel celui du Canada et du Québec, celui multiculturel anglais et celui assimilationniste français (Ajuntament de Barcelona, 2010; Gratton, 2009), ou aux accusations de préjugés que les uns formulent à l'égard des autres.

Dans le contexte social actuel, la réaction émotive causée par une affirmation émanant de rencontres interculturelles empêche souvent d'en faire une analyse. Avec l'idéologie de rectitude politique, ces informations sont, par ailleurs, très facilement disqualifiées même si elles peuvent fournir des données importantes et pertinentes. Hors contexte, ces observations peuvent paraître superficielles, voire déplacées ou discriminatoires. Le lecteur doit savoir qu'il peut lui-même transformer le matériel présenté dans cette thèse et lui donner un autre sens que celui donné par

les personnes directement concernées. Que faut-il faire de ce matériel, le mettre de côté ou se donner les moyens d'en évaluer la pertinence?

La position de Gadamer (1976) constitue à la base une critique de la méthode, car la méthode telle qu'elle était pensée pour les sciences naturelles offrait peu de ressources pour les sciences humaines, ce qui n'est pas le cas avec l'approche clinique statistique connue en santé. Cette approche peut offrir un nouveau repère utile et favoriser une utilisation appropriée des données ethnoculturelles. Par exemple, malgré l'impression d'un nombre élevé de cancers du sein, seule une femme sur neuf risque d'avoir un cancer du sein en 2012 selon la Société canadienne du cancer. Pourtant, notre société reconnaît ce problème et met en place des mesures incitatives aux diagnostics et aux traitements appropriés. En interculturel, il semble pertinent de développer une approche méthodologique similaire, c'est-à-dire une approche contextuelle fondée sur une compréhension locale qui met en place des mesures de vérifications personnalisées (Bouthillier, 2007; Bouthillier et coll., 2009). Ce type de mesures est essentiel pour évaluer les situations et, au besoin, pour mettre en place des solutions fines et contextuelles, comme le font aussi les analyses différenciées selon les genres.

Analyser ses préjugés peut aider à admettre que certains objectifs, malgré la bonne volonté des intervenants et des clients, ne peuvent être atteints dans les cadres institutionnels existants et qu'ils ne pourront jamais l'être, même si les établissements poussent leurs possibilités adaptatives, elles resteront limitées par une efficacité gestionnaire. Dans ce cas, il existe des organismes ethnoculturels qui peuvent effectuer une prise en charge, car leur mandat leur donne des conditions d'intervention différentes. Aucun participant aux groupes de discussions n'a mentionné ces ressources. On peut pourtant penser, par exemple, au Centre d'intégration multiethnique pour les personnes handicapées qui a le mandat d'accompagner les personnes immigrantes pendant leur traitement et dans un processus de réinsertion qui prend d'autres formes que celles proposées par les institutions. Ce type d'organisme survit toutefois difficilement, car son importance est mal évaluée dans les conditions actuelles.

Comment penser maintenant de l'énoncé de Marlene et de Dolores qui n'ont pas confiance dans la qualité de services gratuits, « des services gratuits ne sont pas bons »? Il pourrait être tentant

d'appliquer une approche postmoderne et de leur donner automatiquement raison ou à l'inverse, de dire qu'elles se trompent et de mettre leur énoncé de côté. Cette proposition permet pourtant une analyse intéressante. Dans plusieurs pays, les services gratuits sont effectivement de moins bonne qualité. Au Québec, les patients payent leurs services à travers leurs impôts, ou dans le cas de la SAAQ, par les frais du permis de conduire. Pour la CSST, les employeurs défraient les coûts des traitements à travers les primes qu'ils paient. Marlene et Dolores auraient besoin de ce type d'informations afin de développer une plus grande confiance dans les diagnostics et de favoriser une alliance thérapeutique avec leurs intervenants. Toutefois, ces tâches visant à diminuer la méconnaissance du système de santé, tout comme celles qui cherchent à réduire les barrières objectives et culturelles ne sont pas comptabilisées par les statistiques actuelles.

Le statut épistémologique des informations qui circulent dans les contextes pluriethniques restera difficile à situer tant que l'on n'inclut pas une analyse des préjugés. Sans une approche systémique et contextuelle, il devient impossible de déterminer la valeur heuristique des données recueillies. Malgré ces précautions, le matériel de ce texte risque de créer toujours un malaise chez le lecteur, malaise lié aux chocs culturels (Das, 1993; Cohen-Émerique, 1993) et aux rétrochocs culturels (Gratton) qui demandent aussi des analyses. Malgré cette difficulté, ce travail d'analyse est nécessaire afin de ne pas disqualifier des informations importantes. Il est important de préciser que ce travail est encore plus exigeant et délicat lorsque les données recueillies concernent des groupes particuliers, comme le démontrent ces extraits qui ne se suivent pas tirés du groupe de discussion des intervenants :

Manon: Les contacts que j'ai, peut être des cultures qui semblent très différentes de la mienne. Comme la culture arabe pour moi, c'est un monde différent de ma culture. Je ne les connais pas beaucoup, je vis avec des Marocains, Arabes là, ça marche pas. Il faut qu'on fasse quelque chose en équipe, qu'on connaisse mieux la culture pour mieux interagir, mais peut-être que c'est des cultures qui sont très loin, qui semblent loin de ce que je connais, de ce que mon équipe connaît aussi.

(26 janvier 2006)

Audrey: Oui. Il y a des choses hein. Si je pense avec quelqu'un qui est Musulman, ben c'est pas tout à fait la même affaire et moi personnellement je ne suis pas à l'aise parce que je ne connais pas, je ne le sens pas, je trouve ça plus difficile lorsqu'il faut intervenir.

(26 janvier 2006)

Andrée: *Non, non, il y a des affaires très spécifiques par rapport à certaines cultures. Comme les Haïtiens, tu les rentres dans le moule, eux-autres, pis ils font leur [silence]. Ils ne disent pas un mot pis des fois ils vont se mettre à te parler un petit peu comment leur culture voit la maladie, ils sont très philosophiques, mais ils prennent ce qu'on a à leur donner pis ils s'arrangent avec ça comme un petit baluchon en-dessous du bras pis ils ont eu à peu près ce qu'ils voulaient. Ils ont absorbé un petit peu, mais d'autres cultures là, je [ne] sais pas si c'est Marocain ce monsieur-là, je ne m'en rappelle plus, Algérien, Marocain, pis que c'était dramatique. Pis et mon Dieu, on est pris dans leurs émotions, pis un tourbillon d'émotions. Ohhh, on va arrêter la réunion parce que [silence] ça va pas nulle part. Je ne comprends pas ce que vous voulez. Pis toute l'équipe dans ce temps-là on se désorganise pis on n'arrive pas à s'arrêter sur un point. Moi, ça fait une couple de fois que je me fais prendre dans ce tourbillon-là pis wouf! je comprends pas.*

(26 janvier 2006)

Martine: *C'est par rapport au processus de décision moi là, souvent un processus de décision par rapport à la date de congé par exemple. Là je pense à un patient, je pense qu'il était d'origine marocaine, juif orthodoxe, on n'était pas capable d'arriver à une décision avec ce monsieur-là, pis même pas avec sa famille. Moi je [silence]. Non! Personne. Pis à chaque fois qu'on arrive avec une décision, c'était comme saboté. Nous on peut pas décider comme ça parce que, [il y a] plein d'arguments qui [silence], [on] ne prenait pas la bonne décision.*

(26 janvier 2006)

Manon: *Non, ça ne marche pas, on n'est pas autonome. Que ce soit (silence) moi je pense [silence] le pire que j'ai eu, ç'a été avec des Russes, des gens d'origine russe ou ukrainienne etc.*

(26 janvier 2006)

Avec l'islamophobie actuelle et la logique mondiale de tensions entre l'Occident et le monde arabomusulman, ces extraits peuvent créer des malaises importants. Cette sensation de malaise peut émaner du fait que certains groupes ethnoculturels sont davantage identifiés que d'autres, mais il ne faut pas mettre de côté les tentatives pour rencontrer ces groupes en tentant de nommer les difficultés qui empêchent de le faire. Pour le moment, une des stratégies développées pour y faire face est de se contenter du terme « les immigrants » ou « des immigrants ». Cette solution peut poser des problèmes, car elle crée une rupture entre les immigrants et la société d'accueil et ne permet pas de faire des analyses fines qui permettent de rechercher des solutions contextuelles.

De plus, dans ce cas, la rectitude politique ne permet plus de penser ces différences culturelles, car seulement les nommer peut mener à une accusation de discrimination envers les intervenants. Dans cet extrait, les intervenants se positionnent par rapport à des situations récurrentes impliquant des groupes spécifiques et des difficultés qui les préoccupent. Rappelons que leur travail est de penser les problèmes pour les résoudre. C'est par leurs gestes quotidiens et leurs pratiques que les intervenants et les agents tiers développent certaines compétences (Giddens, 1994) et accumulent de fines observations qui, faute de cadre approprié, faute de plateforme, sont le plus souvent vues comme des préjugés.

En nous basant sur les connaissances actuelles des dynamiques interculturelles, comment répondre à Manon qui observe que certaines familles, notamment africaines, dépendent du clan? Qui peut interroger ces immigrants sur cette observation? J'ai déjà fait cet exercice vers le milieu des années 1990. J'ai effectué une recherche au Maroc en utilisant cinq cas types de problèmes rencontrés avec cette population dans le réseau de la santé de Montréal. À mon grand étonnement, ces problèmes n'existaient pas là-bas. Pourtant, on les qualifiait de « culturels ». Recourant à une analyse appropriée, les informateurs marocains ont mis en évidence que les problèmes relevaient d'un ordre interculturel et non culturel. Ils se sont décentrés et m'ont amenée à expliquer notre système de santé. Plusieurs fois, ils ont ciblé un mécanisme culturel à l'origine des comportements de leurs concitoyens: le consentement éclairé. Ces Marocains ont vu dans notre pratique culturelle du consentement éclairé, c'est-à-dire l'acte de demander la participation des clients et leur opinion sur un traitement, la source de comportements qu'ils ont identifiés comme une détresse chez leurs compatriotes (Gratton, 2006).

Les informateurs marocains m'ont conseillée de prendre une position plus autoritaire et plus formelle et de fournir le moins d'informations possible sur les traitements, une mesure nécessaire pour rassurer les clients du Maroc. Leurs analyses denses ont été transmises dans le cadre de formations et certains intervenants ont « osé » tester cette nouvelle façon de faire. Ils se sont dits étonnés par son efficacité. Cet exemple de vérification d'un préjugé et de l'usage positif d'une différence culturelle confirme l'analyse de Gadamer (1976). Une telle mesure demande du doigté, car son utilisation contrevient aux modèles institutionnels d'autodétermination. Par contre, selon Roy (1992), les interventions efficaces exigent des adaptations qui échappent au

contrôle des organisations, ce qu'elle nomme des adaptations silencieuses. Selon cette travailleuse sociale, on ne peut expliquer autrement le succès de certaines interventions interculturelles dans des institutions monoculturelles. Toutefois, les adaptations individuelles possibles sont limitées sans le support des organisations (Anderson et coll., 2003; Bowen, 2003). Dolores et Marlene le constatent d'ailleurs depuis leur lieu d'observation :

Dolores: Tout le monde est super gentil. Ils t'attendent avec un gros sourire, sont toujours en arrière de toi pour t'aider, pour savoir comment ça file. Non, non, tout le monde est magnifique. J'aurais pas un mot, et je l'ai dit, je n'ai pas de mal à dire de personne. Mais je [ne] suis pas contente avec les résultats. Mais c'est pas la faute de personne parce que les autres ils font leurs jobs.

Chercheuse: Ça veut dire quoi ça, ils font leurs jobs?

Marlene: Ils font [silence] quelqu'un lui dit tu fais ça 7 semaines, that's it, fais ça. Même quand les autres [les intervenants] ils voudraient faire quoi que ce soit, ils [ne] sont pas capables parce que c'est ça [silence]. Oui, ils suivent le livre. Parce que moi je sais que même si les autres [les intervenants] auraient aimé [silence]. Oui (silence, songeuse). Ils auraient aimé [silence]. Ils ont dit non Marlene c'est fini, on n'est pas capable de rien faire.

(07 avril 2006)

Les inquiétudes des intervenants ne sont habituellement pas vues comme fondées sur des faits et sont même reçues parfois comme des préjugés. Cela nous renvoie à la question : qu'est-ce qu'un fait et est-ce que les théories sociales sont les seules formes critiques (Rees, 2011)? Tant qu'il ne sera pas possible de donner un statut épistémologique aux préoccupations des intervenants, les compétences qu'ils développent dans leurs actes quotidiens ne peuvent être reconnues, devenant un enjeu supplémentaire relié à la circulation de l'information dans les contextes pluriethniques. Certaines des données recueillies auprès des agents tiers paraissent encore plus troublantes que celles recueillies chez les intervenants. Pourtant, elles soulèvent des réalités macro liées aux barrières objectives, comme le permettent de voir ces différents extraits du groupe de discussion des agents tiers :

Hélène: Moi, ce que je trouve quand même, c'est que d'une part, ils sont informés de leurs droits et règlements, mais en même temps, ce que je trouve dommage, c'est que [silence] ils sont méfiants. Ils ont des syndicats des fois, dans les entreprises, donc ils pourraient faire valoir leurs droits gratuitement, parce qu'ils payent déjà leur syndicat. Mais ils vont

les mettre de côté et ils s'en vont dans des réseaux et ces réseaux-là les exploitent. Ça c'est ça qui me, qui me revient pas.

Ginette: Entre autres, dans la communauté italienne.

Lise: Oui, beaucoup, les Portugais aussi en général.

Ginette: Ah je [ne] les connais pas. Dans la communauté italienne, il y a une couple de représentants. (Ils parlent tous en même temps – incompréhensible).

Chercheuse: Alors, c'est portugais?

Lise: Ah bien oui [silence].

(26 janvier 2006)

Pierre: Mais moi j'ai vu des réseaux dans des communautés que j'ai pas vus dans d'autres. Je pense aux travailleurs asiatiques qui bien souvent, tu leur demandes s'ils comprennent pis on dirait qu'ils [ne] veulent pas te déranger là, pis tu te rends compte-là, en tout cas j'en ai là, je me dis tabarnouche [juron qui marque l'étonnement], faut que j'essaye de faire quelque chose, ça pas de bon sens tu sais parce que la dame est démunie pis tu sais, j'ai pas vu ce réseau-là dans cette communauté-là. Ok je l'ai vu dans la communauté italienne qui (silence) se faire arnaquer par le représentant.

Laure: Les Musulmans, on n'a pas vu ça non plus. La communauté latino non plus.

Hélène: Les pays de l'Est non plus.

(21 avril 2006)

Ginette: C'est une autre chose, ou les coutumes, si je vais dans une entreprise où c'est des Rabbins, la grande chance de faire les abattoirs, les abattoirs cachère, mais je ne peux pas leur parler, c'est les rabbins qui vont tuer les animaux, on [ne] peut pas leur parler, on [ne] peut pas leur serrer la main. Mais quand on le sait pas qui ils sont là [silence].

Chercheuse: D'essayer de serrer la main quand même?

Ginette : On voit bien qu'on vient de faire une gaffe, mais on ne sait pas exactement qu'est-ce qu'elle représente pis on ne sait pas si c'est vraiment une gaffe, on ne sait pas. Si on m'avait dit avant, je l'aurais su, mais bon. Alors il y a des choses comme ça très concrètement, quelqu'un qui [ne] va jamais nous regarder ou quelqu'un, les Asiatiques ils vont dire oui pour tout, tout le temps et on sait qu'ils ne comprennent pas.

(21 avril 2006)

Ces données touchent à de nouveaux groupes ethnoculturels et dévoilent que tous les groupes immigrants n'ont pas accès aux mêmes ressources, que certains sont plus démunis et que certains enjeux concernent davantage un groupe que d'autres. Au-delà des préjugés, ces données mettent en évidence des dynamiques sociales que les anthropologues sont bien placés pour étudier. Certaines situations concernent plus la discrimination individuelle ou systémique tandis que d'autres doivent se comprendre à partir des dynamiques culturelles, intraculturelles, ou encore interculturelles. Finalement, ces données montrent que les groupes immigrants les plus démunis demandent plus d'aide à l'installation et plus d'accompagnement.

10.2.1 Les ruptures

Dans certains cas, des droits de la personne (Canada) ou de la personne et de la jeunesse (Québec) sont lésés, ce que perçoivent bien les intervenants et les agents tiers, mais ils ne possèdent pas de modèles d'analyse suffisants pour soutenir une argumentation sur la complexité des dynamiques interculturelles qui demande une grande expertise. Une rupture se produit lorsqu'un modèle conceptuel ne permet pas d'inclure une nouvelle information (chapitre 2). Piaget (2003) considère que les schèmes liés aux modèles conceptuels peuvent être confortés ou modifiés à partir de mécanismes d'assimilation ou d'accommodation lorsque des faits nouveaux les confrontent. Une rupture me semble alors cet espace pour lequel il n'existe pas encore les schèmes pour contenir des informations nouvelles, une situation d'autant plus fréquente que, dans les contextes pluriethniques, les cadres théoriques sont insuffisants pour inclure des informations d'un nouveau type. Selon Agar (1982), les ruptures sont recherchées par les anthropologues, particulièrement ceux qui travaillent à partir d'une approche interculturelle, car elles indiquent une pénétration dans l'univers de l'autre sans l'avoir encore compris. La rupture s'ajoute à la tâche habituelle des personnes qui reçoivent les immigrants et elle n'est pas reconnue par les organisations.

J'ai noté beaucoup plus de ruptures lors du groupe de discussion des agents tiers, ce que j'attribue à la possibilité pour les agents tiers de travailler hors des murs de leur établissement, par exemple dans les milieux de travail. Cette situation les expose (Moro, 1994), selon les termes de l'ethnopsychiatrie, à de nouvelles réalités auxquelles ils ne peuvent échapper contrairement à ce

qui se passe dans les murs de leur établissement. Par ailleurs, les modèles conceptuels en vigueur sont insuffisants pour rendre compte de la complexité des nouvelles situations qu'ils doivent cerner. En conséquence, les données générées ne peuvent être « assimilées », comme le dit la psychologie cognitive, dans des schèmes de pensée institutionnels existants. Il est intéressant de noter que c'est lors de l'énonciation des facteurs dits objectifs (chapitre 8), soit les facteurs socio-économiques, que se produit le plus grand nombre de ruptures chez les agents tiers. Cette situation confirme les analyses de Dumont (1977) qui considèrent que les sciences économiques sont aussi fondées sur des visions du monde, réduisant l'écart entre la science économique vue comme quantitative et donc objective et la culture, perçue comme qualitative. Les phénomènes observés par les agents tiers démontrent que les données socioéconomiques sont aussi traversées par des dynamiques ethnoculturelles et par l'idéologie.

Les données recueillies auprès des agents tiers amènent à questionner si certains contextes ne favorisent pas la rencontre. Si oui, il semble pertinent d'en comprendre les raisons et, le cas échéant, de mettre en place des mécanismes de soutien pour certains groupes. Cette question est importante, car, tel que le souligne Mercier (2004), des difficultés d'insertion peuvent déboucher à long terme en des inégalités importantes entre les groupes ou entre les classes sociales. L'insertion réussie de la première vague d'immigrants haïtiens et celles moins réussies des vagues et générations subséquentes démontrent bien l'importance de mettre en place des mesures favorisant l'insertion (Gratton, 2009).

Les recherches actuelles, faute de modèle théorique satisfaisant, piétinent. Devereux (1980) constitue une ressource intéressante, car il propose une méthodologie qui permet de s'appuyer sur des connaissances disciplinaires, par exemple de vérifier grâce à l'approche anthropologique la validité de nos modèles en contextes interculturels. Devereux (1980) met toutefois les anthropologues en garde contre le danger de concevoir de fausses théories pour compenser leurs angoisses sur des terrains difficiles. Bien que moderne, sa position rejoint les approches postmodernes lorsqu'elles reconnaissent l'impact de la subjectivité dans l'élaboration théorique (chapitre 3). Toutefois, ce n'est pas seulement la position de pouvoir, la réflexivité, qui est en jeu dans la vision de Devereux.

Les dynamiques interculturelles repoussent les limites de l'application possible de l'expertise monoculturelle de laquelle un professionnel ne peut s'exclure, car il s'agit d'une influence de plusieurs traditions sur lui (Gadamer, 1976). Le professionnel doit donc ajouter, comme le conseille Devereux (1980), des données sur l'autre pour compléter son savoir. Reprenant l'exemple de la physique quantique, Devereux (1980) précise que, lorsqu'un professionnel pratique dans un contexte pluriethnique, il ne lui est pas possible de se maintenir dans son domaine de savoir d'origine qui est lui-même culturel. S'il traverse dans l'univers culturel de l'autre, il quitte alors sa discipline pour entrer dans le champ de l'anthropologie. Un professionnel doit donc pouvoir manier deux savoirs et deux méthodologies à des moments différents. Il ne peut y avoir simultanément. Pour marquer cette différence, Tobie Nathan (1991), élève de Devereux, distingue la filiation qui renvoie aux liens familiaux de l'affiliation qui renvoie aux liens sociaux. Selon Poirier (2004), ce travail est aussi à faire en politique où les experts doivent faire coexister politiques locales et autres formes politiques. Poirier (2004) continue en affirmant que l'expertise interculturelle demande de connaître les limites des modèles institutionnels pour rejoindre l'univers ontologique de l'autre. Cet univers comprend, pour les groupes étudiés par Poirier, non seulement les êtres humains, mais aussi les forces naturelles et les êtres invisibles.

Ne pas reconnaître l'échelle culturelle peut avoir des conséquences graves, par exemple ne pas chercher d'autres types de mesures pour compenser les limites de nos approches culturelles. L'évaluation des limitations cognitives à la suite d'un accident est essentielle, car elle permet de répondre aux nouveaux besoins d'une personne atteinte d'une maladie ou ayant développé des limitations cognitives. Sans approche interculturelle, il peut toutefois être difficile de l'aider. Cette question n'est pas abstraite, elle implique une responsabilité (Blattberg, 2009, 2012). La théorie de Devereux permet aussi de voir la complémentarité des approches de discrimination et interculturelles. D'un point de vue anthropologique, l'ethnie renvoie à une ontologie différente (Poirier, 2004; Devereux, 1980; Barth, 1995). L'appartenance ethnique est d'un autre ordre logique, car elle peut englober les 12 autres motifs de discrimination. Ce paradoxe engendre d'autres confusions.

Tel que le démontrent les données recueillies, la multitude pose des problèmes de circulation de l'information dont la qualité dense a tendance à devenir superficielle dans les contextes pluriethniques. Nicolescu (1996) incite à considérer la réalité comme multidimensionnelle et structurée en niveaux plus ou moins cohérents entre eux (universel, culturel/social et universel). À chaque niveau, des solutions différentes doivent être pensées selon les paliers institutionnels et gouvernementaux (Tremblay, 2004, 2011). La valeur épistémologique de toute information doit être systématiquement évaluée.

Les rapports entre les préjugés et la connaissance peuvent amener à écarter des informations parce qu'elles créent des malaises, des confusions ou des paradoxes. En réadaptation physique, il existe déjà un modèle transdisciplinaire, mais il se réduit à des données monoculturelles. Je suggère que l'anthropologie prenne une place dans ce modèle interdisciplinaire où l'anthropologue pourrait travailler à des objectifs communs avec les intervenants. Contrairement à l'écologie et à l'environnement (Hénon, 2002), il n'existe toujours pas de modèles théoriques satisfaisants, de méthodes pour mesurer les enjeux interculturels et d'instruments de planification pour réduire les barrières culturelles et sociales et pour rendre les services accessibles. Tel que le disent les intervenants, les gestionnaires sont dans une autre réalité. Ils travaillent à partir d'indicateurs qui ne rejoignent pas leurs réalités.

Par ailleurs, en cette période de restrictions budgétaires majeures et de frictions entre le secteur privé et public (De Gaulejac, 2005; Galbraith 2004), des tensions importantes traversent aussi les conditions des rencontres interculturelles. Sans un modèle général des dynamiques interculturelles, les problèmes interculturels sont déplacés et deviennent les responsabilités des individus. Pour Bowen (2004), cette situation est liée à l'approche clientèle qui réduit l'enjeu de l'usage des services à des choix individuels, de sorte que la victime devient coupable de l'inefficacité des services. Pour De Gaulejac (2005), cela concorde avec les modes de gestion actuels où les institutions rejettent leurs limites sur les employés. D'un point de vue culturel, ce blâme se concrétise par l'autonomie et par la responsabilité individuelle. Par ailleurs, ce ne sont pas seulement les clients qui sont jugés aux résultats, les intervenants le sont aussi. Par exemple, ils sont aux yeux des agents tiers « maternant » lorsqu'ils tentent d'obtenir du temps pour prolonger les traitements de leurs clients immigrants (chapitre 6), une autre critique touchant

l'individu. Il est important de reconnaître que, malgré qu'il soit essentiel, le développement de compétences (inter)culturelles individuelles est insuffisant (Côté 2012a; Côté et coll., 2012b), voire dangereux, s'il ne concerne pas aussi les compétences interculturelles organisationnelles. Seuls des changements organisationnels peuvent permettre un transfert de compétences individuelles et éviter de mettre le poids des limites organisationnelles sur les employés et les clients.

Jusqu'à maintenant, les données démontrent que dans les institutions étudiées, les centres de réadaptation et les CSST, il existe des tensions relationnelles, notamment avec les gestionnaires, car les enjeux interculturels rencontrés par les acteurs ne peuvent circuler vers les niveaux supérieurs, faute de plateforme adéquate. Leurs réalités échappent ainsi aux décideurs. Legendre et Tavlian (2005) ont publié sur la détresse des intervenants dans les contextes pluriethniques et des recherches récentes de la CSST (Coutu et coll., 2011) s'attardent aussi sur les causes. D'après Coutu, la santé des travailleurs peut être atteinte s'il y a une trop grande différence entre les tâches prévues et celles réalisées au quotidien. Ces recherches supportent ainsi celles de De Gaulejac (2005) et Dejours (2000) qui élargissent l'analyse pour y inclure les gestionnaires. Les intervenants et les agents tiers ont mentionné un besoin de support qu'ils ne peuvent trouver auprès de leur organisation, car « les gestionnaires sont dans un autre univers ».

Le manque de ressources institutionnelles amène aussi les agents tiers à demander aux travailleurs d'être accompagnés par leurs propres interprètes (les intervenants n'ont pas mentionné ce problème). Cette situation est encore plus dramatique, telle que le disent certains conseillers en réadaptation, car ils interviennent dans la sphère médico-légale. Les professionnels, à l'instar des gestionnaires, ne réalisent pas toujours qu'ils ne sont pas habilités pour évaluer les compétences d'interprètes des personnes choisies par les travailleurs, ce qui peut jouer sur les informations échangées. Même lorsque la barrière linguistique est franchie, il reste souvent des barrières à la communication concernant la méconnaissance du système institutionnel et culturel (Gravel et Battaglini, 2000). Dans certains cas, les agents tiers racontent avoir dû utiliser des enfants pour jouer le rôle d'interprètes. Cette situation pose d'autres problèmes, car les enfants n'ont pas le jugement nécessaire à comprendre des situations d'adultes. D'un point de vue psychologique, il y a aussi un renversement du rôle du parent qui doit être le protecteur de l'enfant (Gratton, 2009).

Même s'ils ont accès à des interprètes, selon les informations glanées en formations interculturelles, les intervenants indiquent ne pas savoir comment les utiliser, car ils n'ont jamais eu de formation à cette fin. Introduire une tierce personne dans une relation représente un écueil supplémentaire. Par ailleurs, l'utilisation d'un interprète dépend de la complexité des informations échangées et des professionnels; ainsi les techniques utilisées en physiothérapie sont plus simples que celles utilisées en psychothérapie (Gratton, 2009). Les traductions deviennent aussi plus complexes dans les groupes d'intervention pluriethniques, une nouvelle tendance du réseau de la santé pour économiser temps et ressources. Mais, est-ce vraiment possible de faire des groupes d'intervention composés de clientèles pluriethniques? Les réactions de Marlene et de Dolores qui réagissent négativement à ces rencontres indiqueraient plutôt que non (chapitre 9). D'autres recherches sont nécessaires à ce sujet. Cet exemple met en lumière la complexité de la communication interculturelle qui est souvent sous-estimée.

De plus, l'alliance thérapeutique, si importante en réadaptation physique (Brillon, 2011), peut aussi être compromise par des pressions interculturelles trop grandes et met ainsi en danger l'atteinte des objectifs de réadaptation. Par exemple, les intervenants sentent bien que plusieurs immigrants n'ont pas confiance en eux, mais ils ne peuvent expliquer pourquoi. J'ai moi-même été étonnée lorsque Marlene et Dolores ont dit que même si les «intervenants sont gentils », elles ne peuvent leur faire confiance, car des services « gratuits » ne peuvent pas être de bonne qualité. Aussi longtemps que cette idée venue d'ailleurs, soit de l'expérience coloniale ou de la rupture entre le secteur privé et public au pays d'origine, ne sera corrigée, elle brouillera un sentiment de confiance sur lequel les intervenants n'ont pas de prise. À l'inverse, plusieurs intervenants ne savent pas s'ils peuvent se fier à leurs clients immigrants parce qu'ils sentent que des informations leur échappent. On peut se demander alors comment les clients immigrants peuvent à leur tour faire confiance s'ils sentent que les intervenants ou les agents tiers ne comprennent pas ce qu'ils disent. Cette spirale amène les intervenants à demander les moyens d'interprétariat pour réduire les barrières linguistiques et ceux pour « sentir » (Agar, 1982) leurs clients grâce à de nouvelles connaissances culturelles.

Les contacts interinstitutionnels peuvent aussi être soumis à de plus grandes pressions dans les contextes pluriethniques et soulever des contradictions nouvelles. De nouvelles situations se mettent en place amenant de nouvelles pressions, non seulement entre clients et intervenants, ou entre intervenants et agents tiers, mais aussi entre clients immigrants et leur entourage. Il existe encore peu de recherches (Lavoie, 2007) sur la détresse des aidants naturels de différentes origines ethniques. Les nouvelles expériences vécues par les clients sont plus difficilement transmises à leur entourage, qu'il soit proche ou éloigné dans la diaspora. Ces dynamiques interculturelles échappent aux institutions qui ne voient pas leurs caractéristiques culturelles propres à un système pluraliste. De plus, les contextes pluralistes rendent vulnérables les personnes qui y pénètrent parce qu'il n'y a plus autant de références communes partagées au contact de personnes d'horizons différents. Ces difficultés génèrent chez les intervenants des préoccupations et des attentes de support qu'ils trouvent souvent dans les formations (inter)culturelles. Chacun devient vulnérable dans les contextes pluralistes, car les nouvelles expériences interculturelles ne peuvent être assimilées par des cadres communs d'origine; l'accompagnement des clients immigrants est une nécessité encore peu reconnue (Moro, 1994). Finalement, l'apport des organismes communautaires est aussi sous-évalué, à l'instar de la nécessité de soutenir et d'accompagner les personnes qui reçoivent les immigrants, c'est-à-dire les intervenants et les agents tiers, mais aussi les gestionnaires et les décideurs.

CONCLUSION

Tout au long de cette thèse, j'ai tenté de démontrer l'importance de l'anthropologie pour la compréhension des dynamiques interculturelles. J'ai mis en évidence les défis posés à l'anthropologie par ce type de rencontres, entre autres, grâce à l'exemple de l'espace clinique. Dans un premier temps, j'ai entrepris une démarche épistémologique et historique circonscrite à l'Amérique du Nord et aux trois courants qui me semblent les plus importants; moderniste, postmoderniste et interactionniste herméneutique. J'ai démontré que ces approches ne sont ni linéaires ni étanches; elles coexistent bien que des moments historiques aient favorisé l'émergence de l'une ou l'autre. Je suis consciente de l'ambition de cet exercice, car les frontières de l'anthropologie sont fluides et plusieurs vagues et courants traversent la discipline. Cet exercice a représenté certains risques, dont l'utilisation d'étiquettes et la classification des savoirs. J'ai exploré ces phénomènes à la manière de Bateson (1980) en mettant un nœud dans un foulard pour démontrer qu'il se passe quelque chose sur un terrain qui reste, en quelque sorte, à baliser. Dans les dernières pages de ma thèse, j'aimerais d'abord revenir sur les arguments et les observations que l'on peut considérer comme les éléments les plus importants à retenir dans l'élaboration d'une d'approche interculturelle.

Avec l'école de Palo Alto, l'approche systémique a fait voir les rapports entre la communication et la culture (Bateson et coll., 1981) ainsi qu'entre les structures et les contextes pour donner à penser une culture qui n'est plus figée et qui revêt plusieurs sens selon le contexte et l'histoire et selon la prise en compte du facteur temps qui rend la culture dynamique (Bateson, 1984; Fabian, 1996, 2002). Posant un regard interactif systémique, je me suis intéressée à plusieurs niveaux d'analyse et je me suis attardée à établir un dialogue entre les anthropologues et les intervenants qui posent des actes auprès de clients de différentes origines ethnoculturelles. Je me suis intéressée aux gestes ordinaires qui passent souvent inaperçus (Fassin, 2012) et j'ai postulé que la pluralité des sociétés à forte immigration amène le besoin de nouvelles visions et demande des adaptations silencieuses aux intervenants (Roy, 1992), car leurs nouveaux contextes d'intervention ne sont pas reconnus par les institutions. À la suite de Douglas (1989), je me suis

demandé comment les institutions pensent les dynamiques interculturelles et quelles questions elles se posent par rapport aux populations pluriethniques, notamment dans les établissements de la santé.

La pluralité n'est pas un territoire facile à aborder, car il est traversé par les lois du marché international, par les politiques nationales et par les lois sur la discrimination. Le contexte ethnographique a fait ressortir que des liens étroits se tissent dans l'espace de l'institution entre le secteur privé et le secteur public (Galbraith, 2004), ainsi qu'entre une économie locale basée sur des travailleurs immigrants à qui les institutions locales doivent répondre et une économie globale qui fournit ces travailleurs. De la même manière, le secteur privé mondial s'infiltré dans la gestion du secteur public et des politiques nationales (De Gaulejac, 2005), ce qui m'intéresse particulièrement pour cette thèse, car cela nous ramène aux politiques canadiennes sur le travail et la santé et sur la gestion de la diversité. Les rencontres interculturelles en réadaptation physique sont apparues comme un lieu de tensions entre un pouvoir disciplinaire (Foucault, 1996, 1993) et un pouvoir cosmopolite (Friedman, 1994, 2000), demandant à revoir les rapports entre les approches postmodernistes et le cosmopolitisme. Mettre en évidence la gestion dans le fonctionnement des institutions a permis d'en comprendre les opérations et leurs combinaisons et ainsi de donner du sens aux rencontres interculturelles dans les institutions de réadaptation physique tout en saisissant le contexte où elles se déroulent.

Faire attention aux différences culturelles est en soi une variable importante qui varie d'un individu, d'un groupe ou d'une institution à l'autre. On ne peut pourtant échapper aux différences, car l'appartenance ethnique renvoie aux notions de culture et de race, motifs de discrimination inscrits à l'article 10 de *La Charte canadienne des droits et libertés* et dans *La Charte des droits et libertés de la personne et de la jeunesse* du Québec. Un désir de réduire la discrimination amène certains immigrants à faire reconnaître leurs spécificités culturelles et certains membres de la société d'accueil à nommer les différences culturelles. À l'opposé, la même motivation amène des personnes immigrantes et de la société d'accueil à ne pas nommer les différences culturelles. Dans notre société, ce qui n'est pas le cas aux États-Unis, du moins en santé, les intervenants sont alors dans une position de double contrainte (Bateson et coll., 1981) : ils sont hégémoniques s'ils imposent leurs références et ils sont discriminants et pourvus de

préjugés s'ils font part de leurs difficultés et de leurs limites relativement aux différences culturelles. Suivant un questionnaire fréquent dans le milieu de la santé, cette thèse pose la question du moment où l'on doit nommer les différences et de la méthode pour le faire.

Il faut admettre qu'un manque de reconnaissance de la culture de l'autre peut aussi représenter une forme de violence, comme nous l'avons vu avec la cliente immigrante qui a pleuré lorsqu'elle a été contactée pour cette recherche, avec le client afghan qui n'a pu participer au groupe de discussion, car il se sentait incapable de signer le consentement écrit ou avec les clients qui disent aux intervenants qu'ils ne peuvent les comprendre, car ils sont Occidentaux. Étudier les relations interculturelles représente un défi de taille. En tant que fait social, l'interculturalité peut difficilement, comme nous venons de le voir, se détacher d'un modèle de gestion de la diversité. L'interculturalisme, modèle politique de gestion de la diversité préconisé par certains penseurs au Québec, s'oppose directement au multiculturalisme canadien et nous avons besoin d'étudier davantage son ancrage historique, traditionnel et géopolitique¹⁶⁶. À première vue, cet aspect peut sembler dépasser les objectifs de cette thèse qui s'intéresse aux dynamiques interculturelles, mais c'est sans compter que ce sont aussi des contextes qui, comme l'économie mondiale et locale, influencent directement les rencontres.

Les fondements de notre société de droit ont un impact majeur sur notre vision du monde; ainsi la Charte des droits de la personne génère un modèle de discrimination qui produit le vocable « préjugé ». Cet ancrage culturel fonde les politiques locales et traverse les règles qui régissent les institutions canadiennes, comme la santé qui est de compétence fédérale, mais d'application provinciale et les centres de réadaptation. L'impact des chartes amène souvent à réduire les règles institutionnelles aux logiques de droits de la personne, alors qu'elles sont plutôt de l'ordre d'obligations, obligations institutionnelles et professionnelles. Les sociétés de droits sont érigées selon un modèle où l'individu représente un être moral et autonome (Dumont, 1977). En réadaptation physique, le modèle relationnel est bipartite. Il comprend une échelle universelle et une échelle individuelle. La dimension sociale des rapports n'est pas nécessairement prise en compte dans les rencontres au quotidien, par exemple, l'organisation de chambres mixtes dans les

¹⁶⁶ Ce thème sera développé dans *Chroniques de l'interculturel au Québec*, sous la direction de Lomomba Émongo, (à paraître).

hôpitaux où les facteurs sociaux et culturels sont évacués pour des raisons purement économiques. Les données générées par cette recherche ont mis en évidence que le modèle de discrimination est insuffisant à rendre compte des phénomènes dans les contextes pluriethniques. Le modèle complémentariste proposé par Devereux (1980) aide à sauvegarder l'expertise développée par les institutions – santé, justice, droits de la personne – ainsi que le savoir des différentes disciplines de la réadaptation physique pour y adjoindre une analyse anthropologique qui aide les intervenants qui doivent poser des actes dans les contextes pluriethniques.

S'intéresser aux actes à poser sans s'arrêter aux actions comme définies par les modèles institutionnels permet de mettre en lumière des réalités qui échappent aux indicateurs économiques et sociaux, héritage du passage d'une gestion "bureaucratique" à une "axée sur les résultats" où la définition d'objectifs mesurables est centrale. Toutefois, ces indicateurs sont souvent en rupture avec les tâches quotidiennes (Dejours, 2000; Galbraith, 2004; Bowen, 2004; De Gaulejac, 2005; Fassin, 2012) auxquelles les employés sont confrontés (Coutu, 2010). Dans les conditions néolibérales décrites par De Gaulejac (2005), les gestionnaires souffrent autant que les employés. Ils doivent de plus naviguer entre des écueils générés par les phénomènes interculturels qui demandent plus de temps d'intervention (Battaglini, 2005) et de nouvelles conditions qui les confrontent à de cruelles décisions éthiques (Gravel et Battaglini, 2000). La complexité des nouveaux enjeux se vérifie tout au long du processus de réadaptation, particulièrement à la dernière étape qui est la réinsertion à l'emploi des travailleurs souffrant de lésions corporelles.

L'intervention dans les contextes pluriethniques souffre de barrières objectives. Les données économiques sont dites objectives en regard de leurs composantes quantitatives et par rapport aux données culturelles plus qualitatives. Tel que Dumont (1977) le stipule, les données économiques sont aussi culturelles, appuyées par des économistes qui soulignent la teneur idéologique (Galbraith, 2004) et morale (Sen, 2004, 2012) de ces données. À ces facteurs influençant les inégalités sociales, s'ajoutent des facteurs administratifs et géographiques qui alourdissent les difficultés inhérentes à la trajectoire migratoire. Ces conditions économiques et sociales rendent plus difficiles, voire impossibles, l'accessibilité aux services de santé (Bowen, 2004; Gravel et

Battaglini, 2000) et aux tiers payeurs (Gravel et coll., 2001) ou l'insertion en emploi après une blessure au travail.

Toutefois, il existe aussi des barrières culturelles. Les systèmes de signes, de sens et d'actions (Corin et coll., 1990) sont apparus comme des éléments importants pour faciliter l'étude des dynamiques interculturelles. Les préoccupations des clients immigrants se concentrent principalement sur la quête de soins, sans que cela soit exclusif, les ressources locales et celles du pays d'origine n'arrivant plus à répondre aux besoins d'un double ancrage. Les préoccupations des intervenants se centrent quant à elles sur les systèmes de sens; les diagnostics sont plus difficiles à poser dans les contextes pluriethniques alors que ce sont ces diagnostics qui déterminent leurs tâches. Enfin, les préoccupations des agents tiers se portent sur le système de signes, car la douleur prend des dimensions plus complexes dans les contextes pluriethniques où les histoires passées et la migration représentent une lourdeur supplémentaire qui peut faire dérailler les traitements non adaptés et rend plus difficile le pronostic de guérison et de réinsertion en emploi.

Bien entendu, le maniement de données culturelles exige de rester à l'affût d'un essentialisme qui figerait l'autre et soi-même, biaisant ainsi des données qui, pour être significatives, doivent rester fidèles aux contextes étudiés. Plusieurs anthropologues craignent la réification de la notion de culture; ils préfèrent alors parler d'ethnicité. Ce choix est aussi délicat lorsque la réification est comprise comme le signe d'un néolibéralisme qui chosifie les humains. Pour éviter cet écueil, les rencontres interculturelles ont donc été cernées à partir d'une épistémologie qui comprend une échelle universelle, une échelle culturelle/sociale et une échelle individuelle. Cette approche pose plusieurs défis. Toutefois, il est difficile d'y échapper alors que même les données dites objectives sont traversées par des données culturelles. L'organisation sociale varie d'un groupe humain à l'autre et apparaît au fil du temps (Bateson, 1984; Fabian, 1996, 2002) en réadaptation physique comme un lieu de tensions où les relations hommes/femmes, les relations d'autorité et l'organisation des liens familiaux demandent une attention particulière. L'autonomie apparaît comme une forme culturelle de valeur universelle, ce qui peut mettre en péril le succès de la réadaptation physique et poser des problèmes éthiques (Gravel et coll., 2005, 2010).

Mon positionnement par rapport aux dynamiques interculturelles manifeste l'influence de trois principaux courants : le courant moderniste qui voit la possibilité d'étudier les rencontres interculturelles avec une certaine objectivité telles que le fait l'interculturalité qui étudie les dynamiques interculturelles comme un fait social; le courant postmoderniste et son approche critique qui offre une ressource importante, car elle permet de s'intéresser aux enjeux de pouvoir et de tenir compte de la subjectivité du chercheur; l'approche herméneutique ou interactionniste qui donne la possibilité de poser des questions à partir d'une éthique relationnelle et de documenter la coproduction du savoir (White & Yoka, 2010; White, 2011a, 2012a). Pour ce faire, les approches modernes et postmodernes sont nécessaires, car il faut comprendre les rencontres interculturelles à partir d'une analyse qui comprend plusieurs échelles. Pour la plupart des modèles développés en relations interculturelles (Cohen-Émérique, 1993; Das, 1993), il est essentiel, par contre, d'accepter que tous les humains soient porteurs de culture. En conséquence, dans nos rencontres avec une personne d'un horizon différent, nous devons mettre en évidence nos propres caractéristiques culturelles. Cela donne une approche qui n'est pas juste réflexive, mais aussi intersubjective. Cette façon d'aborder les dynamiques interculturelles exige de l'anthropologue, comme de tous, de faire apparaître de façon critique sa propre société dans ses études.

Vers un cadre théorique interculturel pour l'anthropologie

Pour tenir compte de la complexité inhérente aux enjeux interculturels, j'ai dû explorer plusieurs approches théoriques afin d'orienter mon analyse vers un cadre théorique qui pourrait éventuellement s'appliquer à d'autres domaines en dehors de la clinique de la réadaptation physique. Avec l'approche complémentariste, Devereux (1980) offre une nouvelle approche épistémologique et méthodologique qui demande un usage non simultané, mais obligatoire de plusieurs perspectives théoriques. Bateson (1980) propose une approche systémique et contextuelle qui comprend différentes échelles d'analyse. Le modèle herméneutique de Gadamer prend en compte l'importance du temps (à travers la notion de la conscience historique) et la complexité des préjugés. Ces trois chercheurs se positionnent à partir d'un modèle théorique interactionniste. Le modèle d'économie politique proposé par De Gaulejac (2005) permet, quant à lui, de saisir l'emboîtement entre le macro et le micro à partir des mécanismes mis en place par

un modèle de gestion de qualité influencé par des enjeux économiques internationaux. Mendel (1998) nous fait, quant à lui, pénétrer dans l'univers de l'acte, un monde où les modèles et les pratiques se confrontent à une réalité qui engendre un questionnement éthique et social. Finalement, Mercier (2004) articule le pouvoir et les savoirs des acteurs sur les différences à partir de la communication éthique. Il met en évidence que, bien qu'essentielles, les politiques et les structures d'insertion sont trop souvent insuffisantes. Selon ce chercheur, pour être efficaces, les mesures d'insertion doivent aussi comprendre un travail sur les représentations des majoritaires et sur celles des exclus. Voici une représentation visuelle de l'apport des différentes approches que je considère comme essentiel à l'élaboration d'un cadre théorique interculturel :

Tableau 1 : Élaboration du cadre théorique

Devereux	Approche complémentariste	Usage non simultané de plusieurs perspectives théoriques
Bateson	Approche interactionniste	Importance des contextes et analyse sur plusieurs échelles
Gadamer	Approche herméneutique	Prise en compte de sa propre tradition et analyse du préjugé, rapport avec le temps
De Gaulejac	Économie politique	Analyse des modes de gestion actuels et critique des structures de pouvoir économique
Mendel Mercier	Théories de l'acte à poser	Confrontation des modèles (action) à la réalité Mécanismes d'inclusion et d'exclusion

Les éléments présentés ici permettent d'aborder les dynamiques interculturelles à partir d'échelles diverses qui tiennent compte de la mondialisation, des politiques nationales et institutionnelles ainsi que des relations entre les différentes catégories d'acteurs et de personnes. Mon analyse a démontré que les positions personnelles et intersubjectives des participants, clients immigrants, intervenants et agents tiers, n'échappent pas aux influences internationales, nationales et institutionnelles. Les données recueillies auprès des trois catégories d'acteurs/sujets

sociaux impliqués dans la réadaptation physique nous apprennent que les relations interculturelles doivent être analysées depuis une variété de contextes spécifiques emboîtés les uns dans les autres et dont les changements varient à des vitesses différentes, sous la poussée de facteurs économiques mondiaux et locaux. L'imbrication de ces contextes ne se fait pas au hasard; chacun servant de toile de fond à l'autre (Agbobli et Hsab, 2011; Hsab et Stoiciu, 2011).

L'interculturel ne saurait pas se passer, non plus, d'une compréhension critique du modèle de droits de la personne. Cette position va dans le sens des compétences interculturelles qui demandent de se centrer (Das, 1993; Cohen-Émerique, 1993), soit de bien connaître sa propre culture. L'éthique relationnelle¹⁶⁷ inscrite dans cette approche demande aussi de s'appuyer sur les balises solides offertes par les droits de l'homme. Pour atteindre une complémentarité entre droits de la personne et relations interculturelles, il faut dépasser, du moins dans le réseau de la santé canadien, l'idée selon laquelle l'égalité exige de traiter tous les humains de la même manière, sans tenir compte des différences culturelles. Adopter cette position n'est pas facile étant donné, notamment, la rectitude politique. Pour le faire, il faut passer de la notion d'égalité à celle d'équité et comprendre qu'un traitement identique peut aussi être une source de discrimination et représenter une violence pour l'autre qui demande à être reconnu. L'équité, aussi inscrite dans la Charte, demande, du moins à certains moments, de faire de la discrimination positive. C'est suivant cette nouvelle vision que l'interculturel peut prendre une place complémentaire au modèle juridique des droits de la personne. Un dialogue entre les approches anti-discrimination et les approches interculturelles devrait, entre autres, offrir quelques pistes afin de revoir les indicateurs dont les organisations ont besoin pour tenir compte de nouvelles informations qui restent à l'échelle des clients et des intervenants et, ce faisant, ne permettent pas aux institutions de bien évaluer les enjeux interculturels.

Limitations et pistes de recherche pour l'avenir

Avant de terminer, il est important de soulever ce que l'on peut considérer comme les limitations de cette recherche ainsi que les pistes intéressantes pour la recherche future, en commençant par

¹⁶⁷ Pour consulter Éléments d'une orientation interculturelle, Laboratoire de recherche en relations interculturelles, consulté le 28 novembre 2012, suivre le lien suivant : <http://labrri.wordpress.com/page/6/>

les questions de méthode. Bien que le nombre de participants au groupe de discussion des clients immigrants ne permette pas de généraliser, on parvient à dégager des informations potentiellement significatives si on y ajoute les réactions des immigrants approchés au recrutement, celles mentionnées par les intervenants, les expériences rapportées par les participants aux formations en relations interculturelles et les analyses validées par des professionnels du réseau de la santé. Toutefois, il faudrait tenter de reprendre cette étude avec d'autres participants immigrants en la combinant à une observation des échanges entre intervenants, tiers payeurs et clients immigrants. Comme on retrouve de plus en plus d'intervenants immigrants dans le réseau de la santé, il serait intéressant et important de cerner leurs préoccupations et leurs attentes.

Cette recherche s'est intéressée aux actes à poser, mais n'a pu les observer de façon systématique ou soutenue, alors qu'il existe souvent des écarts entre les actes et le discours. Avant de généraliser les conclusions de cette recherche, il est important de procéder à des analyses comparées des conditions de rencontres selon les lieux des institutions de santé (soins de première, deuxième et troisième ligne, urgences, salle d'accouchement, etc.) et de mettre en évidence les besoins spécifiques et les particularités de ces différents milieux. Par ailleurs, les interventions interculturelles étant systémiques et contextuelles, il est intéressant d'ouvrir la recherche à d'autres milieux institutionnels, par exemple les écoles et les milieux communautaires ainsi qu'à divers milieux de travail pluriethniques ou aux enclaves mentionnées par les agents tiers qui restent toujours peu documentés.

À différents degrés, les données recueillies dans cette recherche présentent des situations qui reflètent les préoccupations des différentes catégories de personnes qui se rencontrent dans les contextes pluriethniques de la réadaptation physique. Il reste à explorer les problèmes posés aux personnes de deuxième et de troisième génération pour qui la réadaptation physique, tout comme l'insertion (Mercier, 2004; Fassin, 2012), peut aussi poser certains problèmes. Enfin, il est important de noter, selon l'analyse de Mercier (2004), que le succès des mesures d'inclusion mises en place par une société dépend aussi des représentations des majoritaires sur les autres, le handicapé comme l'immigrant. Ainsi, la réadaptation physique est possible, car l'état des handicapés engendre de la pitié et ils sont vus comme potentiellement inclus. Dans son modèle,

Mercier souligne encore que les représentations des exclus envers la société se répercutent aussi sur l'inclusion et sur l'exclusion. Il est important d'étudier ces représentations, celles des majoritaires et des exclus, car, d'après Mercier (2004), il est nécessaire et possible de les faire évoluer à partir d'une communication éthique qui comprend : un agir objectivant, soit un savoir; un agir communicationnel, soit la capacité à tenir compte des différences; un agir émancipatoire, soit la reconnaissance des compétences de l'autre. Encore une fois, l'approche complémentariste et la méthodologie proposée par Devereux peuvent être utiles à cette fin.

L'étude de la circulation de l'information est le pôle central de l'analyse qui m'a amenée à m'intéresser aux rapports entre la connaissance et les préjugés (Gadamer, 1976). Ces deux analyses sont essentielles pour comprendre les dynamiques de l'intersubjectivité dans les contextes pluriethniques, les tensions entre l'anthropologie et les relations interculturelles ainsi que les compétences nouvelles que souhaitent développer les acteurs/sujets sociaux à partir de leurs actes quotidiens (Giddens, 1994). Il est important de préciser que, comme pour les modèles politiques de gestion de la diversité et d'accessibilité des soins et des services, l'interculturel ne peut par définition être universel¹⁶⁸. Le modèle que je viens de présenter est donc forcément culturel, et dans ce cas-ci, il est particulier à ma société. À partir d'approches comparées, de nouvelles recherches seront nécessaires afin de mieux comprendre les autres modèles politiques de gestion de la diversité et d'accessibilité en santé, ainsi que d'autres modèles interculturels à travers le monde. Dans cette recherche, il faudra aussi comparer les modèles nationaux de droits de l'homme (Éberhard, 2002; Rondeau 2008) et leurs rapports avec les modèles interculturels et les modèles politiques et institutionnels de la gestion de la diversité.

Quel rôle pour l'anthropologie?

L'immigration peut être une source de détresse pour les clients immigrants (Duclos, 2009, Côté et coll., 2012b) et pour les intervenants pris dans les différences entre leurs modèles de pratique et les actes qu'ils doivent poser au quotidien (Legendre et Tavlian, 2005) qui ne permettent pas, par exemple, de tenir compte de la détresse générée par l'immigration. Afin de tenir compte des

¹⁶⁸ Pour consulter Lomomba Émoungou sur l'interculturalisme, Laboratoire de recherche en relations interculturelles, consulté le 28 novembre 2012, suivre le lien suivant : <http://labrri.wordpress.com/page/4/>

réalités multiples, les modèles disciplinaires traditionnels doivent s'inspirer d'une approche complémentariste qui permet d'aller chercher les références communes que partagent les clients à leurs groupes d'origine, eux-mêmes pluriels. L'anthropologie peut offrir aux professionnels les moyens manquants parce qu'elle peut travailler sur des données fines et contextuelles, par exemple le handicap, les aides techniques, les mécanismes opératoires, les soins particuliers et les fins de traitement. Les intervenants ont raison de penser qu'il leur est nécessaire de développer de nouvelles compétences d'intervention en milieux pluralistes. Leur demande doit toutefois être orientée vers les connaissances contextuelles et directement liées aux enjeux interculturels qui émergent de leurs contextes de pratiques. Autrement dit, ils ont besoin de compétences et de formations, non seulement d'informations sur la complexité culturelle des clients et des patients venant d'ailleurs. Les intervenants ont donc besoin d'apprendre à reconnaître ces enjeux à partir d'une analyse interculturelle, systémique et contextuelle. De nouvelles compétences interculturelles doivent offrir des outils qui les aident à reconnaître, à réduire, lorsque possible, ou à compenser les barrières typiques des contextes pluriethniques: barrières objectives, barrières linguistiques, méconnaissance du système et barrières culturelles.

Les intervenants ne peuvent être laissés à eux-mêmes dans les démarches de changement exigées par les services en contextes pluriethniques. Les données recueillies confirment également les résultats de recherche (Dudas, 2012; Côté et coll., 2012a) qui concluent que les institutions doivent développer des compétences organisationnelles. Toutefois, les anthropologues peuvent déjà jouer un rôle important de soutien si leur regard se déplace sur leur propre société. Dans cette démarche, les approches modernes, postmodernes et interactionnistes peuvent aussi coexister dans un modèle complémentariste et systémique qui situe l'apport et les limites de chacune de ces approches pour des situations et des contextes particuliers. Jusqu'à maintenant, la multiplicité des données recueillies met en évidence la richesse de la complémentarité du modèle de discrimination et du modèle interculturel, mais davantage de recherches sont nécessaires pour cerner ces rapports. De nouvelles recherches devraient également s'intéresser aux besoins d'accompagnement des immigrants, des personnes de la société d'accueil dans les contextes pluriethniques, des gestionnaires et des décideurs. Les anthropologues sont bien placés pour prendre part à cette démarche, mais ils ne semblent pas s'y intéresser, bien qu'ils possèdent des savoirs précieux pour cerner les enjeux sociaux actuels et pour répondre à des besoins pressants.

Les analyses présentées dans cette thèse qui survient après une longue série de « crises » en anthropologie américaine (White 2012b) mettent en évidence la nécessité pour les anthropologues de se repositionner dans une mondialisation où leurs objets d'étude ne sont plus seulement l'autre ailleurs, mais aussi l'autre chez eux et surtout, les dynamiques de la rencontre entre le soi occidental et plusieurs catégories de personnes venant d'ailleurs. Cette recherche démontre que certains groupes humains ont plus de difficultés à s'installer dans un nouveau pays d'accueil. Dans ce cas, les sociétés d'accueil ont la responsabilité de comprendre et d'accompagner ceux qu'ils font venir chez eux ainsi que de soutenir et d'accompagner ceux qui les reçoivent. Ce repositionnement demande davantage qu'une analyse de pouvoir; il demande une analyse historique et épistémologique (Clifford 2012; White 2012a) qui fait appel à toutes les ressources de l'anthropologie, moderne, postmoderne et herméneutique interactionniste.

Les conditions historiques contemporaines amènent les anthropologues à établir de nouveaux liens de collaboration avec les acteurs/sujets sociaux qui leur demandent de l'aide, une aide qui prend sens dans le modèle complémentariste de Devereux et qui peut trouver une place dans les formations en relations interculturelles. Toutefois, cette collaboration doit dépasser la forme pensée par les postmodernistes pour lesquels seul le produit final, c'est-à-dire le texte, peut être discuté (Clifford et Marcus, 1986). Il faut reconnaître, comme Olivier de Sardan (2008), que les intervenants sont aussi des enquêteurs et, que de ce fait, ils possèdent des informations pertinentes pour les anthropologues, comme l'ont démontré les données. Les savoirs que les intervenants développent dans leurs tâches quotidiennes méritent d'être reconnus par notre discipline. Cette reconnaissance induit un mode de collaboration où nos interprétations doivent être validées auprès de ces acteurs sociaux pour s'assurer que notre compréhension est partagée et que nos productions leur soient utiles (White, 2012a). Nos modes de diffusion doivent aussi être revus (Brettell, 1993; Lassiter, 2008). À ce sujet, la psychologie peut nous fournir un modèle intéressant; dans leur tradition, les psychologues ont développé deux niveaux d'écriture, un pour eux-mêmes qui comprend un jargon disciplinaire et un pour diffusions populaires. Le même constat pourrait être fait à l'égard de l'archéologie, une autre discipline qui n'a pas de difficulté à se justifier devant les publics non académiques.

Quelle est alors la différence entre les anthropologues et les autres professionnels qui regardent le même objet de recherche? Comme la recherche présentée l'a démontré, les modèles disciplinaires monoculturels sur lesquels les autres disciplines fondent leurs savoirs ne leur permettent pas de donner du sens aux données générées par les contextes pluriethniques. Serait-ce le cas aussi pour l'anthropologie? Les ruptures notées dans le discours des participants, en particulier celui des agents tiers, évoquent des non-dits et un manque de mots, indiquant un manque de modèles conceptuels pour rendre compte des univers complexes des contextes pluriethniques. Les données économiques recueillies ont aussi fait apparaître les limites du modèle de discrimination pour les intervenants et pour les clients immigrants, modèle dont l'ancrage culturel ne tient pas compte des difficultés des établissements à contenir la complexité des dynamiques interculturelles. Ainsi, il apparaît que des motifs de discrimination comme l'ethnie et l'appartenance nationale ne sont pas seulement des indicateurs sociaux, mais font aussi référence à des constructions ontologiques différentes. Comme le dit Agar (1982), il appartient à l'anthropologue de donner du sens aux différences qui font de nous des humains. Dans les contextes actuels, les anthropologues pourraient aussi bénéficier d'un apprentissage en communication interculturelle, dans la voie déjà tracée il y a cinquante ans par Hymes (1964), par Goffman (1964) et par Hall (1964).

L'étude des dynamiques interculturelles nous met aussi en garde contre des intérêts privés qui, à la suite du colonialisme, ont étendu leur pouvoir au niveau international (Rist, 2007) et ont pénétré localement les sphères publiques (Galbraith, 2004). Rist produit une critique des humanistes utilisés par des intérêts économiques coloniaux. Comment ce problème se reproduit-il : des humanistes qui soutiennent des intérêts économiques qui tentent de faire disparaître les différences et les frontières (Hardt et Negri, 2000), et déplacent des mains d'œuvre pour réduire peu à peu leurs conditions de travail (Côté et coll., 2012b), sans tenir compte des besoins spécifiques de ces groupes humains? En tant qu'anthropologues, nous devons admettre que notre savoir, comme tous les savoirs, est un produit de notre époque demandant une analyse anthropologique de la production des savoirs, comme dans d'autres disciplines des sciences sociales (Panoff et Perrin, 1973). Finalement, les anthropologues n'avaient pas l'habitude d'étudier de façon extensive leurs propres sociétés, leurs propres institutions et ceux en position de pouvoir. Dernièrement, ce tabou se lève peu à peu (Jackson, 1987). Ne pas étudier nos institutions ne permet pas de saisir ce qui s'y passe et d'articuler le macro au micro. Par ailleurs,

les anthropologues ont délaissé, voire rejeté, la notion de culture. Toutefois, bien que cette notion crée des malaises et qu'elle soit difficile à définir, il faut reconnaître que c'est de la différence que jaillit l'information (Bateson 1984).

Cette analyse renvoie une fois de plus à Bateson (1984) qui considère que l'on ne doit jamais penser que la résolution d'un problème met fin aux problèmes. Selon lui, résoudre un problème, bien qu'essentiel, ne fait qu'en créer un autre, dans une chaîne logique. En ce sens, bien que le pouvoir des États-nations soit problématique, la diminution de ce pouvoir a des conséquences sur les populations (Friedman, 2000). Les approches interculturelles ont produit des savoirs et des méthodologies qui, comme le montrent les données recueillies, mettent en lumière les conditions des immigrants et de ceux qui les reçoivent. Cette approche permet de s'extraire d'une économie néolibérale qui favorise les mouvements de la main d'œuvre pour la rendre disponible aux besoins d'une économie mondiale qui ne tient pas compte d'ancrages culturels et sociaux profonds et indispensables aux humains. Sommes-nous à l'ère de ce que les experts du Conseil de l'Europe commencent à appeler « l'avantage de la diversité » ¹⁶⁹? Si oui, quand parle-t-on d'avantage et quand représente-t-elle un désavantage? Pour qui? Est-ce pour les intérêts économiques des cosmopolites ou pour celles des immigrants et des travailleurs les plus vulnérables dans cette nouvelle économie mondiale?

Les résultats de cette recherche amènent les anthropologues à entreprendre un questionnement éthique par rapport à la distance qu'ils prennent en regard des enjeux interculturels. Pourquoi cette distance? L'interculturel offre une réponse possible à cette question. On peut penser à partir de ce modèle que, à la suite des critiques faites à l'égard de la notion de culture dans les années 80, les anthropologues seraient dans un état de choc. En rétrochoc culturel (Gratton, 2009), peut être? Complémentaire au choc culturel (Hall, 1964, 1984; Cohen-Émerique, 1993; Das, 1993) lui-même définit comme un malaise généré par la perte des points de repère, une rupture dirait Agar (1982); le rétrochoc culturel se définit aussi comme un malaise, mais, cette fois-ci, même s'il est aussi généré par le contact avec l'autre, ce malaise renvoie à soi-même. Il est en rapport avec la prise de conscience du rôle négatif que joue sa propre société dans sa relation avec

¹⁶⁹ Pour consulter le site des Cités interculturelles, suivre le lien suivant : http://www.coe.int/t/dg4/cultureheritage/culture/cities/default_fr.asp

l'autre. En général, comme le choc culturel, un malaise de ce type nous fait figer. En tant qu'anthropologues, nous devons, certes, être très critiques envers notre société, mais ce constat ne doit pas nous amener à jeter le bébé avec l'eau du bain (White, 2006). Il est impossible de nous soustraire à nos responsabilités et aux obligations qui sont les nôtres compte tenu du savoir que notre discipline nous permet de développer et que d'autres acteurs sociaux nous réclament, notamment les intervenants.

Tel qu'on l'a vu, grâce à l'approche comparative propre à l'anthropologie, Bateson, Hymes, Goffman et Hall se dirigeaient vers un modèle de communication interculturelle. Tous ont su démontrer qu'il est possible de faire une critique de la société occidentale. Le modèle qu'ils ont ébauché se montre, encore plus utile aujourd'hui, pour répondre aux enjeux actuels où s'articulent une économie internationale néolibérale et des relations interculturelles locales. Il ne faut pas oublier que leur travail se situait dans la lignée de Boas qui, je le rappelle, a commencé son travail dans un positionnement critique par rapport aux modèles scientifiques et coloniaux dominants de son époque. Toutefois, son intention, comme celle de plusieurs anthropologues modernistes, a été mal interprétée à la suite au mouvement postmoderniste. Tel que le dit Lewis (1998), sa position critique reste inconnue des jeunes anthropologues qui ne lisent plus sur les fondements de l'anthropologie (voir les débats sur les néo-boasiens, tels que Bunzl (2005) Lassiter (2008)). Pour ce qui est de l'approche postmoderniste, elle représente une rupture. Pourquoi a-t-elle tant affecté les anthropologues? Je pense que c'est parce que, n'étant pas habitués à étudier leur société, ils n'ont pas réfléchi à la possibilité d'utiliser leurs outils habituels pour les situations de rencontre dans leur propre société. Ce nouveau regard aurait pourtant permis, comme l'explique White (2012b), d'aller au-delà de la rupture.

Il me semble impossible de conclure sans insister sur le fait que la problématique interculturelle fait voir la valeur et la complémentarité de tous les savoirs anthropologiques passés et présents pour répondre aux enjeux sociaux, politiques et économiques, voire écologiques actuels. Les dynamiques interculturelles mettent aussi en évidence que les anthropologues peuvent utiliser leurs savoirs pour étudier les rencontres interculturelles et collaborer avec ceux qui pensent, comme eux, qu'il faut savoir à quel moment tenir compte des différences qui font de nous des humains (Agar, 1982).

BIBLIOGRAPHIE

- Abdallah-Preteuille, M. (1999). *L'éducation interculturelle*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Abélès, M. (2005). Préface. In A. Appadurai, *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation* (p. 13). Paris: Payot.
- Abou, S. (1981). *L'identité culturelle : relations interethniques et problèmes d'acculturation*. Paris: Éditions Anthropos.
- Abu-Lughod, L. (1991). Writing Against Culture. In Richard Fox (éd.), *Recapturing Anthropology: Working in the Present* (pp. 137-162). Santa Fe: School of American Research Press.
- Agamben, G. (1998). *Homo sacer. Tome I*. Paris: Seuil.
- Agamben, G. (1999). *Ce qui reste d'Auschwitz*. Paris: Éditions Payot et Rivages.
- Agar, M. H. (1982). *Toward an Ethnographic Language*. *American Anthropologist*, 84(4), 779-795.
- Agar, M., et MacDonald, J. (1995). *Focus Group and Ethnography*. *Human Organization*, 54(1), 78-86.
- Agbobli, C., et Hsab, G. (dir.). (2011). *Communication internationale et communication interculturelle: regards épistémologiques et espaces de pratique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Ajuntament de Barcelona. (2010). *Barcelona Interculturality Plan* (p. 79). Barcelone: Ajuntament de Barcelona.
- Allamel-Raffin, C., et Lefebvre, M. (2002). *Quelle méthode pour l'analyse des images scientifiques? Approche sémiotique et anthropologique des images en physique des matériaux et en mathématiques : études comparatives. Actes du 13e Congrès national des sciences de l'information et de la communication (Les recherches en information et communication et leurs perspectives : Histoire, objet, pouvoir et méthode)*, Marseille, 431-438.
- Almeida, L. P. de. (2008). *Aimé Césaire: Cahier d'un retour au pays natal*. Paris: L'Harmattan.

- Amselle, J.-L. (2005). *Branchements: Anthropologie de l'universalité des cultures*. Paris: Flammarion.
- Anctil, P. (1988). *Le Rendez-vous manqué. Les Juifs de Montréal face au Québec de l'entre-deux-guerres*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., et Task Force on Community Preventive Services. (2003). Culturally Competent Healthcare Systems : A Systematic Review . *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S), 68-79.
- Apostel, L. (1969). *Logique et connaissance scientifique*. Paris: Gallimard.
- Appadurai, A. (2005). *Après le colonialisme: Les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris: Payot.
- Appiah, K. A. (1993). *In My Father's House: Africa in the Philosophy of Culture*. Oxford: Oxford University Press.
- Appollon, W. (1993). Fascination et fuite dans la rencontre de l'Autre. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 7-22.
- Asad, T. (1973). *Anthropology and the Colonial Encounter*. Ithaca, NY: Ithaca Press.
- Aubry, F., et Potvin, L. (2012). *Construire l'espace sociosanitaire*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Augé, M. (1992). *Non-lieux : introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris: Seuil.
- Avery, K. (2008). Medication Non-Adherence Issues with Refugee and Immigrant Patients. *Ethnomed*. [En ligne] [<http://ethnomed.org/clinical/pharmacy/medication-non-adherence-issues-with-refugee-and-immigrant-patients>]
- Aydemir, A. B., et Borjas, G. J. (2007). Cross-Country Variation in the Impact of International Migration: Canada, Mexico, and the United States. *Journal of the European Economic Association*, 5(4), 663-708.
- Bakhtine, M. (1977). *Le marxisme et la philosophie du langage*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Bakhtine, M. (2003). *Pour une philosophie de l'acte*. Lausanne: L'Âge d'homme.
- Balandier, G. (1989). Préface. In M. Douglas, *Ainsi pensent les institutions* (pp.7-12). Syracuse, NY: Usher, Scott Meredith Literary Agency.

- Baril, R., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Côté, D., Cadieux, G., Rouleau, A., et Ngomo, S. (2008). *L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail* (No. R-544). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). [En ligne] [<http://www.irsst.qc.ca/projet-l-influence-des-representations-de-la-maladie-de-la-douleur-et-de-la-guerison-sur-le-processus-de-readaptation-au-travail-des-travailleurs-presentant-0099-2710.html>]
- Barnetson, B. (2010). *The Political Economy of Workplace Injury in Canada*. Edmonton: Athabasca University Press.
- Bartel-Radic, A. (2009). La compétence interculturelle : état de l'art et perspectives. *Management International*, 13(4), 11-26.
- Barth, F. (1989). The Analysis of Culture in Complex Societies. *Journal of Anthropology*, 54(3-4), 120-142.
- Barth, F. (1995). Les groupes ethniques et leurs frontières. In *Théories de l'ethnicité* (pp. 203-249). Paris: Presses Universitaires de France.
- Barth, F. (2002). An Anthropology of Knowledge. *Current Anthropology*, 43(1), 18.
- Bass-Haugen, J. D. (2009). Health Disparities: Examination of Evidence Relevant for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 24-34.
- Bastide, R. (1992). *Sociologie des maladies mentales*. Paris: Flammarion.
- Bastide, R., Balandier, G., Poirier, J., et Raveau, F. (1976). *L'Autre et l'ailleurs: hommages à Roger Bastide*. Paris : Berger-Levrault.
- Bateson, G. (1980). *Vers une écologie de l'esprit: Tome 2* (édition revue et corrigée). Paris: Seuil.
- Bateson, G. (1984). *La nature et la pensée*. Paris: Seuil.
- Bateson, G., Birdswhistell, R., Goffman, E., et coll. (1981). *La nouvelle communication*. Paris: Seuil.
- Bateson, G., et Mead, M. (1962). *Balinese Character: A Photographic Analysis*. New York: Academy of Sciences.
- Battaglini, A. (2000). Culture et Santé. In S. Gravel et A. Battaglini (dir.), *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste* (pp. 57-74). Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Battaglini, A. (2005). L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

- Battaglini, A. (dir.) (2010). *Services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*. Montréal: Éditions Saint-Martin - Décarie.
- Bauman, P. Z. (1998). *Globalization: The Human Consequences*. New York: Columbia University Press.
- Bazarian, J. J., Pope, C., McClung, J., Cheng, Y. T., et Flesher, W. (2003). Ethnic and Racial Disparities in Emergency Department Care for Mild Traumatic Brain Injury. *Academic Emergency Medicine*, 10(11), 1209-1217.
- Bégin, C. (1999). *Le système de santé québécois: un modèle en transformation*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Béland, F., Contandriopoulos, A.-P., Quesnel-Vallée, A., et Robert, L. (2008). *Le privé dans la santé: Les discours et les faits*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bernier, B. (2009). L'expansion du travail précaire: conséquence du système japonais de production flexible. *Anthropologie et Sociétés*, 33(1), 229-244.
- Bernier, B. (2010). Économie réelle et symbolique, flux financiers et relation global-local . *Anthropologie et Sociétés*, 34(2), 47.
- Berry, J. W. (1994). Acculturation and Psychological Adaptation. In A.-M. Bouvy (éd.), *Journeys into Cross-cultural Psychology* (pp. 129–141). Leiden: Swets and Zeitlinger Publishers.
- Bhabha, H. (1994). *The Location of Culture*. New York: Routledge.
- Bibeau, G. (1997). Cultural Psychiatry in a Creolizing World. Questions for a New Research Agenda. *Transcultural Psychiatry*, 34(1), 9-41.
- Bibeau, G. (2004). *Le Québec transgénique: science, marché, humanité*. Montréal: Boréal.
- Bibeau, G., et Corin, E. E. (1995). *Beyond Textuality: Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène*, 1(225), 70-88.
- Blattberg, C. (2009). The Ironic Tragedy of Human Rights . In *Patriotic Elaboration: Essays in Practical Philosophy*. Montréal et Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Blattberg, C. (2012). We are All Compatriots. In W. Kymlicka and K. Walker (éds), *Rooted Cosmopolitanism*. Vancouver: University of British Columbia Press.

- Borjas, G. J. (2006). *The Impact of Immigration on the Labor Market*. [En ligne] [http://www.jvi.org/fileadmin/jvi_files/Warsaw_Conference/Papers_and_Presentations/Borjas_paper.pdf]
- Bouchard, G. (2012). *L'interculturalisme: un point de vue Québécois*. Montréal: Boréal.
- Bourdieu, P. (1996). *Raisons pratiques: Sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil.
- Bourdieu, P. (2004). *Esquisse pour une auto-analyse*. Paris : Éditions Raisons d'agir.
- Bourhis, R. Y., Montreuil, A., Barrette, G., et Montaruli, E. (2008). Acculturation and Immigrant/Host Community Relations in Multicultural Settings. In S. Demoulin, J. P. Leyens, et J. F. Dovidio (éds.), *Intergroup Misunderstanding : Impact of Divergent Social Realities* (pp. 39-61). New York: Psychology Press.
- Bouthillier, M.-È. (2007). *Cadre de référence relatif à l'intervention en contexte interculturel : la personnalisation des soins et des services et les accommodements à l'égard des usagers et des intervenants*. Québec: Mémoire de maîtrise, Université Laval. [En ligne] [<http://www.accommodements.qc.ca/documentation/memoires/Laval/lepage-luc-centre-de-sante-et-services-sociaux-Laval.pdf>]
- Bouthillier, M.-È., Roigt, D., et Petit, É. (2009). *Personnaliser les soins et les services en contexte interculturel: moins d'accommodement et plus d'éthique*. [En ligne] [<http://agence.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/PDFethique/conferences/2009-09-16.pdf>]
- Bowen, S. J. (2003). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Rapport. Gouvernement du Canada, Santé Canada. [En ligne] [<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php>]
- Bowen, S. J. (2004). *Assessing the Responsiveness of Health Care Organizations to Culturally Diverse Groups*. Winnipeg: Department of Community Health Sciences, University of Manitoba.
- Brettell, C. B. (1993). *When they Read what We Write: The Politics of Ethnography*. Westport: Praeger.
- Brightman, R. (1995). Forget Culture : Replacement, Transcendance, Relexification. *Cultural Anthropology*, 10(4), 509-546.
- Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique: Un défi constant pour le thérapeute. *Psychologie Québec*, 28(2), 21-23.
- Bunzl, M. (2005). Anthropology Beyond Crisis: Toward an Intellectual History of the Extended Present. *Anthropology and Humanism*, 30(2), 187-195.

- Calugay, J., Henaway, M., et Shragge, E. (2011). Working Through the Loopholes. Undermining Workplace Gains, One Temp Worker at a Time. *Canadian Dimension*, 45(3), 40-43.
- Camilleri, C., et Cohen-Émerique, M. (1989). *Chocs de culture: Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris: L'Harmattan.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Canton, J. (2010). La "Classification québécoise" dite "Processus de production du handicap" peut-elle contribuer à la production des connaissances et aider à la prise de décisions? *Interactions*, 2, 1-32.
- Card, D. (2004). Is the New Immigration Reality So Bad? *IZA Discussion Paper*, No.1119. Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA).
- Carrier, S., Fortin, D., et Paquet, D. (1998). Mesure de résultats des travaux communautaires chez les jeunes contrevenants. *Criminologie*, 31(2), 111-132.
- Carrithers, M. (1990). Is Anthropology Art or Science? *Current Anthropology*, 31(3), 263-282.
- Castoriadis, C. (1997). *Les carrefours du labyrinthe, tome 4. La Montée de l'insignifiance*. Paris: Points.
- Choinière, M. (2003). Le traitement inadéquat de la douleur: un fléau insidieux. *Le Médecin du Québec*, 38(6), 45-48.
- Chomsky, N., (1981). *Réflexions sur le langage*. Paris: Champs, Flammarion.
- Clammer, J. R., Poirier, S., et Schwimmer, E. (2004). *Figured Worlds: Ontological Obstacles in Intercultural Relations*. Toronto: University of Toronto Press.
- Clanet, C. (1993). *L'Interculturel : introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines*. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.
- Clifford, J. (1988). *The Predicament of Culture: Twentieth-Century Ethnography, Literature, and Art*. Cambridge: Harvard University Press.
- Clifford, J. (1997). *Routes: Travel and Translation in the Late 20th Century*. Cambridge: Harvard University Press.
- Clifford, J. (2012). Feeling Historical. *Cultural Anthropology*, 27(3), 417-426.
- Clifford, J., et Marcus, G. E. (éds). (1986). *Writing Culture: the Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.

- Cognet, M., et Raigneau, L. (2002). Le genre et l'ethnicité : les critères voilés de la délégation des actes en santé. *Cahiers du Grès*, 3. Centre d'études ethniques de l'Université de Montréal.
- Cognet, M., et Montgomery, C. (2007). *Éthique de l'altérité*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Cohen-Émérique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 71-91.
- Corin, E. E., Bibeau, G., Martin, G., et Laplante, R. (1990). Des systèmes de signes, de sens et d'action en contexte. Dans *Comprendre pour soigner autrement: Repères pour régionaliser les services de santé mentale* (pp. 115-191). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Corin, E. E. (1985). La santé: nouvelle conception, nouvelles images. In J. Dufresne *et coll.* (dir.), *Traité d'anthropologie médicale* (pp. 45-73). Québec et Lyon : Les Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de la recherche sur la culture et les Presses universitaires de Lyon.
- Côté, D. (2012). Intercultural Communication in Healthcare: Challenges and Solutions in Work Rehabilitation Practices and Training: A Comprehensive Review. *Disability and Rehabilitation, Early Online*, 1-11.
- Côté, D., Frozzini, J., et Gratton, D. (sous presse). La compétence interculturelle dans le contexte des services de réadaptation physique et des agences de placement temporaire au Québec. *Savoirs et formation, recherches et pratiques (SFRP)*.
- Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J., Côté, D., et Rouleau, A. (2007). Representations: An Important Key to Understanding Worker's Coping Behaviors During Rehabilitation and the Return-to-work Process. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 522-544.
- Coutu, M.-F., Durand, M.-J., Baril, R., Labrecque, M.-E., Ngomo, S., Côté, D., et Rouleau, A. (2008). A Review of Assessment Tools of Illness Representations: Are these Adapted for a Work Disability Prevention Context . *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(4), 347-361.
- Coutu, M.-F., Marchand, A., Dupuis, G., O'connor, K., Turgeon, L., et Nielsen, T. (2012). Une piste pour favoriser l'adhésion au plan de soins. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 9(4), 17-24.
- Crapanzano, V. (1990). On Dialogue . In T. Maranhao, *The Interpretation of Dialogue* (pp. 269–291). Chicago: University of Chicago Press.
- Cross, T. L., et Benjamin, M. P. (1988). *Towards a Culturally Competent System of Care: Programs which Utilize Culturally Competent Principles*. Washington: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.

- Crozier, M., et Friedberg, E. (1992). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.
- Cuche, D. (2004). *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris: Éditions La Découverte.
- Curtis, E. F., Deachslin, J. L., et Sinioris, M. (2007). Diversity and Cultural Competence Training in Health Care Organization. *The Health Care Manager*, 26(3), 255-262.
- Cusset, F. (2005). *French Theory. Foucault, Derrida, Deleuze & Cie et les mutations de la vie intellectuelle aux États-Unis, 2e édition*. Paris: Éditions La Découverte.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2004). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob.
- D'Andrade, R. G. (1995). *The Development of Cognitive Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Das, K. (1993). *La communication interculturelle*. Contenu de formation inédit. Institut interculturel de Montréal.
- De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion: Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris: Seuil.
- De Shazer, S. (1991). *Putting Difference to Work*. New York: W. W. Norton & Co.
- Décarpes, P. (2006). Topology of a Media Prison . *Champ pénal/Penal field. Nouvelle revue internationale de criminologie*, 1. [En ligne] [champpencoll.revues.org]
- Dejours, C. (2000). *Souffrance en France*. Paris: Seuil.
- Deleuze, G., et Guattari, F. (1972). *L'anti-Oedipe: Capitalisme et schizophrénie*. Paris: Éditions de Minuit.
- Deleuze, G., et Guattari, F. (1980). *Mille plateaux: capitalisme et schizophrénie 2*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Derrida, J. (1962). *L'origine de la géométrie de Husserl: introduction par Jacques Derrida*. Paris: Presses Universitaires de France, Collection Épiméthée.
- Devereux, G. (1996). *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohaves*. Paris: Synthélabo.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion.

- Dinh, N.M.H., et Groleau, D. (2008). Traumatic amputation: A case of Laotian indignation and injustice. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32(3), 440-457.
- Douglas, M. (1989). *Ainsi pensent les institutions*. Syracuse, NY : Usher, Scott Meredith Literary Agency.
- Drwecki, B. B., Moore, C. F., Ward, S. E., et Prkachin, K. M. (2011). Reducing Racial Disparities in Pain Treatment: the Role of Empathy and Perspective-taking . *Pain*, 152(5), 1001-1006.
- Dubreuil, B. (2011). *Le remède imaginaire: pourquoi l'immigration ne sauvera pas le Québec*. Montréal: Boréal.
- Duclos, V. (2009). L'envers de l'imaginé : la détresse dans le corps social chez les immigrants indiens de Montréal. *Altérités*, 6(1), 77-94.
- Dudas, K. I. (2012). Cultural Competence: An Evolutionary Concept Analysis. *Nursing Education Perspectives*, 33(5), 317-321.
- Dumont, L. (1977). *Homo Aequalis. Genèse et épanouissement de l'idéologie économique*. Paris: Éditions Gallimard.
- Durand, M.-J., et Loisel, P. (2011). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *Pistes*, 3(2). [En ligne] [<http://www.pistes.uqam.ca/v3n2/articles/v3n2a5.htm>]
- Eisenbruch, M., et Lemoine, J. (1997). L'exercice du pouvoir de guérison chez les chamanes hmong et les maîtres-guérisseurs khmers d'Indochine . *L'Homme*, 37(144), 69-103.
- Émoung, L. (1997). L'interculturalisme sous le soleil africain. *InterCulture (L'Entre-traditions comme épreuve du nœud)*, 30(2), cahier 133, 1-67.
- Émoung, L. (1998). La tradition et son questionnement: vers un lieu de fondation épistémologique (essais). *Anthropologie et Sociétés*, 22(1), 137-151.
- Fabian, J. (1995). Ethnographic Misunderstanding and the Perils of Context. *American Anthropologist*, 97(1), 41-50.
- Fabian, J. (1996). *Remember the Present: Painting and Popular History in Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- Fabian, J. (2002). *Time and the Other: How Anthropology Makes its Object*. New York: Columbia University Press.
- Fainzang, S. (2001). L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. *Sciences sociales et santé*, 19(2), 5-28.

- Fanon, F. (1971). *Peau noire masques blancs*. Paris: Points.
- Farmer, P. (2004). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (1re édition). Berkeley: University of California Press.
- Fassin, D. (1999). L'indicible et l'impensé: la question immigrée dans les politiques du sida. *Sciences sociales et santé*, 17(4), 5-36.
- Fassin, D. (2000). Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 95-116.
- Fassin, D. (2012). *Économies morales contemporaines*. Paris: Éditions La Découverte.
- Fassin, D., Fassin, E., et coll. (2006). *De la question sociale à la question raciale? Représenter la société française*. Paris: Éditions La Découverte.
- Favret-Saada, J. (1985). *Les mots, la mort, les sorts*. Paris: Gallimard.
- Fistetti, F. (2009). *Théories du multiculturalisme : un parcours entre philosophie et sciences sociales*. Paris : Éditions La Découverte, Bibliothèque du MAUSS.
- Fortin, S. (2000). *Pour en finir avec l'intégration*. Montréal: Groupe de recherche ethnicité et société, Centre d'études ethniques des universités montréalaises.
- Fortin, S. (2006). Urban Diversity and the Space of the Clinic. Or when Medecine Looks at Culture . *Medical Anthropology*, 18(2), 365-385.
- Fortin, S., et Laprise, É. (2007). L'espace clinique comme espace social. In Cognet M. et Montgomery C. (éds), *Éthique de l'altérité: la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Fossel, M. (2008). La philosophie de la reconnaissance: une critique sociale - Entretien avec Axel Honneth. *Exprit*, 88-95.
- Foucault, M. (1972). *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir: Histoire de la sexualité, tome I*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1990). *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Fougeyrollas, P. (1995). Pour mieux comprendre les corps et esprits différents agissant dans leur culture . In Trudel et coll. (éds), *La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélarde Tremblay* (pp. 165-172). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

- Friedman, J. (1994). *Cultural Identity and Global Process*. London: Sage Publications.
- Friedman, J. (1995). *Consumption and Identity*. Oxford: Taylor & Francis.
- Friedman, J. (2000). Des racines et (dé)routes, tropes pour trekkers. *L'Homme*, 156, 187-206.
- Friedman, J. (2011). *Globalizing Fantasies and Trenchant Realities: Global Systemic Anthropology, the Contemporary Crisis and the Reconfiguration of the World, Again*. Santa Barbara: University of California, Orfalea Center for Global and International Studies. [En ligne] [youtube.com/watch?v=mlUu2p8LKGo]
- Frozzini, J. (2010). *Comprendre l'intimité : une forme de pouvoir au sein des audiences de la Commission Bouchard-Taylor*. Montréal: Thèse de doctorat, Department of Art History and Communication Studies, McGill University.
- Gabel, J. (2009). *La réification*. Paris: Éditions Allia.
- Gadamer, H.-G. (1976). *Vérité et méthode: les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*. Paris: Éditions Intégrale.
- Galbraith, J.-K. (2004). *Les mensonges de l'économie : Vérité pour notre temps*. Paris: Grasset et Fasquelle.
- Galissot, R. (1987). Sous l'identité, le procès d'identification . *L'homme et la société*, 83, 12-27.
- Geertz, C. (1968). *Peddlers and Princes: Social Development and Economic Change in Two Indonesian Towns*. Chicago: University of Chicago Press.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Culture*. New York: Basic Book.
- Geertz, C. (2002). *Savoir local, savoir global: Les lieux du savoir*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.
- Giddens, A. (2005). *La constitution de la société: Éléments de la théorie de la structuration*. Paris: Presses Universitaires de France.A
- Girard, M., Smith, M., et Renaud, J. (2008). Intégration économique des nouveaux immigrants: adéquation entre l'emploi occupé avant l'arrivée au Québec et les emplois occupés depuis l'immigration. *Canadian Journal of Sociology*, 33(4), 791-214.
- Godelet, C. (2004). Aspects multidisciplinaires de la réadaptation . In *International Encyclopedia of Rehabilitation*. [En ligne] [<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/324/>]

- Goffman, E. (1964). The Neglected Situation. *American Anthropologist*, 66 (2e partie), 133-136.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne: La présentation de soi*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gratton, D. (1987). *Jah Know: rastafari, ganja et famille en Jamaïque*. Mémoire inédit, Université de Montréal.
- Gratton, D. (2004). La pratique de la psychologie auprès de familles migrantes. *Psychologie Québec*, Mars, 40-42.
- Gratton, D. (2006). Expériences passées et problèmes actuels : le manque alarmant d'expertise interculturelles . Colloque *Diversité de foi – Égalité de droits*. Montréal: Conseil du Statut de la Femme. [En ligne]
[www.csf.gouv.qc.ca/modules/fichierspublications/categorie.html]
- Gratton, D. (2009). *L'interculturel pour tous: une initiation à la communication pour le troisième millénaire*. Anjou: Éditions Saint-Martin.
- Gravel, S., Brodeur, J.-M., Champagne, F., et Vissandjée, B. (2005). Migration, éthique et santé publique au Québec. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 53(2), 192-204.
- Gravel, S., Doucet, S., Battaglini, A., Laudy, D., Bouthillier, M.-E., Boucheron, L., et Fournier, M. (2010). L'éthique et santé publique : quelle place pour l'autonomie? *Éthique publique*, 12(1), 1-23.
- Gravel, S., et Battaglini, A. (2000). *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Gravel, S., Boucheron, L., Kane, M., et Groslier, Y. (2001). *Santé et sécurité au travail. La situation des travailleuses et travailleurs immigrants à Montréal*. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Gravel, S., Germain, A., et Centre Métropolis du Québec. (2008). Les données taboues dans la gestion des indicateurs ethniques dans les fichiers des services publics de Montréal. In *Immigration et métropoles*. Montréal: Centre Métropolis du Québec.
- Grawitz, M. (1990). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.

- Gumperz, J. (1964). Linguistic and Social Interaction in Two Communities. *American Anthropologist*, 66(6), 137-154.
- Habermas, J. (1999). *Morale et communication*. Paris: Flammarion.
- Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel: Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*. Paris: Fayard.
- Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge: Harvard University Press.
- Hackney, M. E., Kantorovich, S., Levin, R., et Earhart, G. M. (2007). Effects of Tango on Functional Mobility in Parkinson's Disease: A Preliminary Study. *Journal of Neurologic Physical Therapy (JNPT)*, 31(4), 173-179.
- Hall, E. (1964). Adumbration as a Feature in Intercultural Communication . *American Anthropologist*, 66(6, partie 2), 154-63.
- Hall, E. (1984). *Le Langage silencieux*. Paris: Seuil.
- Hamilton, B. B., Laughlin, J. A., Fiedler, R. C., et Granger, C. V. (1994). Interrater Reliability of the 7-Level Functional Independence Measure (FIM). *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 26(3), 115-119.
- Hardt, M., et Negri, A. (2000). *Empire*. Cambridge: Harvard University Press.
- Harris, M. (1976). History and Significance of the Emic/Etic Distinction. *Annual Review of Anthropology*, 5, 329-350.
- Hatton, E. (2011). *The Temp Economy : From Kelly Girls to Permatemps in Postwar America*. Philadelphia: Temple University Press.
- Hébert, R., Guilbault, J., Desrosiers, J., et Dubuc, N. (1999). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF®). In H. Hébert et K. Houry, *Autonomie et vieillissement* (pp. 86–101). St-Hyacinthe: Edisem.
- Henaway, M. (2012). Immigrant Worker Organizing in a Time of Crisis: Adapting to the New Realities of Class and Resistance. In A. Choudry, J. Hanley et E. Shragge (dir.), *Organize! Building from the Local for the Global Justice*. Toronto: PM Press.
- Hénon, C. (2002). Évaluations environnementales : le rôle des sciences de l'information à travers l'exemple de Jarvis Bay . *Actes du 13e Congrès national des sciences de l'information et de la communication (Les recherches en information et communication et leurs perspectives : Histoire, objet, pouvoir et méthode)*, Marseille, 273-279.
- Herskovits, M. J. (1967). *Les Bases de l'anthropologie culturelle*. Paris: Payot.
- Herzlich, C. (1991). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Payot.

- Hofstede, G. H. (2001). *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations*. Los Angeles: SAGE.
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Le Cerf.
- Horkheimer, M., et Adorno, T. W. (2002). *Dialectic of Enlightenment: Philosophical Fragments* (4e éd.). Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Hsab, G., et Stoiciu, G. (2011). Communication internationale et communication interculturelle: des champs croisés, des frontières ambulantes. In *Communication internationale et communication interculturelle* (pp. 9-25.). Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Hymes, D. (1964). The Ethnography of Communication. *American Anthropologist*, 66(6), 6-56.
- Hymes, D. (1974). *Reinventing Anthropology*. New York: Vintage Books.
- Hymes, D. (1984). *Vers la compétence de communication*. Paris: Hatier Crédif.
- Ibrahim, S. A., Siminoff, L. A., Burant, C. J., et Kwoh, C. K. (2002). Differences in Expectations of Outcome Mediate African American/White Patient Differences in "Willingness" to Consider Joint Replacement. *Arthritis & Rheumatism*, 46(9), 2429-2435.
- Institut de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherche en sciences humaines du Canada. (2005). *Énoncé de politique des trois Conseils. Éthique de la recherche avec des êtres humains*. (No. MR21-18/2005F) [En ligne]
[http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/pdf/TCPS%20octobre%202005_F.pdf]
- Jackson, A. (1987). *Anthropology at Home*. London et New York: Routledge.
- Jacob, A. (1993). Le processus d'intégration des réfugiés : facteur explicatif majeur dans l'intervention. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 1993-2009.
- Juteau, D., et Lee, D. J. (1999). *L'Ethnicité et ses frontières*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Kagawa-Singer, M., et Blackhall, L. J. (2001). Negotiating Cross-Cultural Issues at the End of Life: "You got to go where he lives". *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(23), 2993-3001.
- Keesing, R. M. (1987). Anthropology as Interpretive Quest. *Current Anthropology*, 28(2), 161-176.
- Keesing, R. M. (1989). Exotic Readings of Cultural Texts. *Current Anthropology*, 30(4), 459-479.

- Khanna, S. K., Cheyney, M., et Engle, M. (2009). Cultural Competency in Health Care: Evaluating the Outcomes of a Cultural Competence Training for Health Care Professionals. *Journal of the National Medical Association*, 101(0), 886-892.
- Kilani, M. (2000). L'inhumanité de l'autre? Notes introductives sur quelques concepts clés. In R. Gallisot, M. Kilani et A. Rivera, *L'imbroglia ethnique en quatorze mots clés*. Lausanne: Éditions Payot.
- Kluckhohn, C. (1966). *Initiation à l'anthropologie*. Bruxelles: Ch. Dessart.
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on Moral Development, Vol. I: The Philosophy of Moral Development*. San Francisco: Harper & Row.
- Kratz, C. A. (2010). In and Out of Focus. *American Ethnologist*, 37(4), 805-826.
- Kuhn, T. S. (2008). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion.
- Kuper, A. (2000). *Culture: The Anthropologists' Account*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kymlicka, W. (1996). *Multicultural Citizenship: A Liberal Theory of Minority Rights* (Reprint.). Oxford Clarendon Press.
- Labelle, M., Field, A.-M., et Icart, J.-C. (2007). Les dimensions d'intégration des immigrants, des minorités ethnoculturelles et des groupes racisés au Québec. Présenté à la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles (CCPARDC), Québec . Montréal: Centre de recherche sur l'immigration et la citoyenneté, UQAM.
- Labelle, M., et Rocher, F. (2011). Les limites indépassables de l'interculturalisme en contexte canadien : un chemin semé d'embûches. In G. Bouchard et coll. (dir.), *L'interculturalisme. Dialogue Québec-Europe. Actes du symposium international sur l'interculturalisme* (p. 16). [En ligne] [http://www.criec.uqam.ca/Page/Document/Chap8_1Labelle%20et%20Rocher.pdf]
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris: Seuil.
- Lafontaine, M.-F., Greenman, P. S., et Péloquin, K. (2010). Coup d'oeil sur la douleur chronique, le diabète et la maladie coronarienne. *Psychologie Québec*, 27(03), 40-43.
- Lapeyre, F. (2002). Le rêve d'un développement sans conflits. In *Les mots du pouvoir: Sens et non-sens de la rhétorique internationale* (pp. 101-118). Genève: Presses Universitaires de France.
- Laplantine, F., et Nouss, A. (2008). *Le métissage: Un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir*. Paris: Téraèdre.

- Lassiter, L. (2008). Moving Past Public Anthropology and Doing Collaborative Research. *American Anthropological Association, NAPA Bulletin* (29), 70-86.
- Latour, B. (1999). *Pandora's Hope: Essays on the Reality of Science Studies*. Cambridge: Harvard University Press.
- Latour, B. (2004). Why has Critique Run Out of Steam. From Matters of Fact to Matters of Concern. *Critical Inquiry*, 30(2), 225-248.
- Latour, B. (2005). *Nous n'avons jamais été modernes : Essai d'anthropologie symétrique*. Paris : Éditions La Découverte.
- Lavoie, J.-P., Belleau, H., Guberman, N., Battaglini, A., Brotman, S., Montejo, M. E., et Hallouche, K. (2007). Prendre soin en contexte d'immigration récente. Les limites aux solidarités familiales à l'égard des membres de la famille avec incapacités. *Enfance, Familles, Générations*, (6), 74-92.
- Le Blanc, M.-F., Raynault, M.-F., et Lessard, R. (2012). *Les inégalités sociales de santé à Montréal: le chemin parcouru. 2e édition* (p. 144). Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Le Breton, D. (1991a). Handicap d'apparence: le regard des autres. *Ethnologie française*, XXI(3), 323-330.
- Le Breton, D. (1991b). *Corps et Société: Essai de sociologie et d'anthropologie du corps*. Paris: Méridiens Klincksieck.
- Le Breton, D. (1992). *La sociologie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (2006). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Éditions Métailié.
- Le Moigne, J.-L. (2007). *Les épistémologies constructivistes* (3e éd.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Leavitt, R. L. (1992). *Disability and Rehabilitation in Rural Jamaica: An Ethnographic Study*. Rutherford, NJ : Fairleigh Dickinson University Press.
- Lefebvre, H., Levert, J. M., Bottari, C., Gélinas, I., Croteau, C., et Le Dorze, G. (2011). Un accompagnement personnalisé d'intégration communautaire en soutien au développement de la résilience: vers un modèle. *Développement humain, handicap et changement social*, 19(1), 103-11.
- Legault, G. (dir.) (2000). *L'intervention interculturelle*. Montréal et Paris: Gaëtan Morin Éditeur.
- Legendre, G. (2007). *Processus migratoire et traumatismes*. Québec: Programme de formation en relations interculturelles du ministère de la Santé et des services sociaux - Étape 3.

- Legendre, G., et Tavlian, N. (2005). Le fil d'Ariane de la souffrance. *Revue québécoise de psychologie*, 26(2), 65-80.
- Legendre, L., et Legendre, P. (1984). *Écologie numérique: Le traitement multiple des données écologiques*. Paris: Masson.
- Leininger, M. M. (1988). *Care: Discovery and Uses in Clinical and Community Nursing*. Détroit, MI : Wayne State University Press.
- Lévi-Strauss, C. (1961). *Race et histoire*. Paris: Gonthier.
- Lévi-Strauss, C. (2002). *Les structures élémentaires de la parenté*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Lewis, H. S. (1998). The Misrepresentation of Anthropology and Its Consequences. *American Anthropologist*, 100(3), 717-731.
- Lie, D. A., Lee-Rey, E., Gomez, A., Bereknyei, S., et Braddock, C. H. (2011). Does Cultural Competency Training of Health Professionals Improve Patient Outcomes? A Systematic Review and Proposed Algorithm for Future Research. *Journal of General Internal Medicine*, 26(3), 317-325.
- Lofvander, M. (1999). Attitudes towards Pain and Return to Work in Young Immigrants on Long Term Sick Leave. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17, 164-169.
- Löfvander, M., et Taloyan, M. (2008). Pain Intensity and Severe Pain in Young Immigrant Patients with Long-standing Back Pain. *European Spine Journal*, 17(1), 89-96.
- Lovering, S. (2006). Cultural Attitudes and Beliefs About Pain . *Journal of Transcultural Nursing*, 17(4), 389-395.
- Lynam, M. J., Looock, C., Scott, L., et Khan, K. B. (2008). Culture, Health, and Inequalities: New Paradigms, New Practice Imperatives. *Journal of Research in Nursing*, 13(2), 138-148.
- Lyotard, J.-F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris: Éditions de Minuit.
- Madan, I., Reading, I., Palmer, K. T., et Coggon, D. (2008). Cultural Differences in Musculoskeletal Symptoms and Disability. *International Journal of Epidemiology*, 37(5), 1181-1189.
- Maranhao, T. (1990). *The Interpretation of Dialogue*. Chicago: University of Chicago Press.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24(1), 95-117.
- Marcus, G. E. (2012). The Legacy of Writing Culture and the Near Future of Ethnographic Form: A Sketch. *Cultural Anthropology*, 27(3), 427-446.

- Marcus, G. E., et Fischer, M. M. J. (1999). *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*. Chicago: University of Chicago Press.
- Massé, R. (2009). *La santé publique comme projet public et individuel*. [En ligne] [<http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>]
- Massé, R., et Saint-Arnaud, J. (2003). *Éthique et santé publique: Enjeux, valeurs et normativité*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Mayer, R., et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Mbembé, J.-A. (2000). *De la postcolonie: Essai sur l'imagination politique dans l'Afrique contemporaine*. Paris: Karthala Editions.
- McAndrew, M. (2001). *Immigration et diversité à l'école: le débat québécois dans une perspective comparative*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- McAndrew, M., et Proulx, J.-P. (2000). Éducation et ethnicité au Québec: un portrait d'ensemble. In M. Mc Andrew et F. Gagnon (dir.), *Relations ethniques et éducation dans les sociétés divisées. Québec, Irlande Du Nord, Catalogne et Belgique*. Paris: L'Harmattan.
- McCauley, L. A. (2005). Immigrant Workers in the United States: Recent Trends, Vulnerable Populations, and Challenges for Occupational Health. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN Journal)*, 53(7), 313-319.
- Meintel, D. (1993). Nouvelles approches constructivistes de l'identité. *Culture*, 13(2), 10-16.
- Mendel, G. (1998). *L'acte est une aventure. Du sujet métaphysique au sujet de l'acte pouvoir*. Paris: La Découverte.
- Mercier, M. (2004). *L'Identité handicapée*. Presses universitaires de Namur.
- Michrina, B. P., et Richards, C. A. (1996b). *Person to Person: Fieldwork, Dialogue and the Hermeneutic Method*. Albany, NY: SUNY Press.
- Miner, H. (1985). *Saint-Denis: un village québécois*. Montréal: Hurtubise HMH.
- Moro, M. R. (1994). *Parents en exil: psychopathologie et migrations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moro, M. R. (2004). *Enfants d'ici venus d'ailleurs: Naître et grandir en France*. Paris: Hachette Littératures.
- Moxley, A., Mahendra, N., et Vega-Barachowitz, C. (2010). Cultural Competence in Health Care . [En ligne] [http://www.brainline.org/content/2010/05/cultural-competence-in-health-care_pageall.html]

- Muñoz, J. P. (2007). Culturally Responsive Caring in Occupational Therapy. *Occupational Therapy International*, 14(4), 256-280.
- Munoz, M., et Kapoor-Kohli, A. (2007). Les barrières de la langue, comment les surmonter en clinique? *Le médecin du Québec*, 42(2), 45-52.
- Nader, L. (1988). Post-interpretive Anthropology. *Anthropological Quarterly*, 61(4), 149-159.
- Nathan, T. (1986). *La folie des autres: Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.
- Nathan, T. (1991). De la "fabrication" culturelle des enfants. Réflexions ethnopsychanalytiques sur la filiation et l'affiliation. *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, novembre (17), 13-22.
- Nathan, T. (2001). *L'influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob.
- Niemeier, J. P., Burnett, D. M., et Whitaker, D. A. (2003). Cultural Competence in the Multidisciplinary Rehabilitation Setting: Are We Falling Short of Meeting Needs? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(8), 1240-1245.
- Norrefalk, J.-R., Ekholm, J., et Borg, K. (2006). Ethnic Background does not Influence Outcome for Return-to-work in Work-related Interdisciplinary Rehabilitation for Long-term Pain: 1- and 3- Year Follow-up. *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 38(2), 87-92.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). *Anthropologie et développement: Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris: Éditions Karthala.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain: Academia.
- Omariba, D. W. R., et Ng, E. (2011). Immigration, Generation and Self-rated Health in Canada: On the Role of Health Literacy. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 281-85.
- Organisation mondiale de la Santé. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde : Pour un système de santé plus performant* (No. A53/4). Genève: OMS.
- Ouellet, F. (1991). *L'éducation interculturelle: Essai sur le contenu de la formation des maîtres*. Paris: L'Harmattan.
- Panoff, M., et Perrin, M. (1973). *Dictionnaire de l'ethnologie*. Paris: Payot.
- Perreault, M., et Bibeau, G. (2003). *La Gang: une chimère à apprivoiser. Marginalité et transnationalité chez les jeunes Québécois d'origine afro-antillaise*. Montréal: Boréal.
- Perregaux, C., Dasen, P. R., et Leanza, Y. (2008). *L'interculturalisation des savoirs, entre théories et pratiques*. Paris: L'Harmattan.

- Pessis-Pasternak, G. (1990). *Faut-il brûler Descartes?* Paris: Flammarion.
- Piaget, J. (1969). Introduction. Dans *Logique et connaissance scientifique*. Paris: Gallimard.
- Piaget, J. (2003). *La représentation du monde chez l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Poirier, S. (2004). La (dé)politisation de la culture? Réflexions sur un concept pluriel. *Anthropologie et Sociétés*, 28(1), 7-21.
- Poutignat, P., Streiff-Fenart, J., et Barth, F. (1995). *Théories de l'ethnicité, suivi de Les groupes ethniques et leurs frontières*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Prévost, A.-P., et Bougie, C. (2008). Équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire, qui fait quoi? *Le Médecin du Québec*, 43(11), 43-48.
- Proulx, J. (1998). *Gestion de la diversité en contexte d'une approche clientèle et d'une gestion des ressources humaines axées sur les résultats, Volume 1*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Direction des cadres et des salariés.
- Proulx, J., et Chiasson, N. (1996). *L'approche clientèle dans un contexte interculturel, programme-cadre*. Québec: Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
- Purnell, L., et Lattanzi, J. (2005). *Developing Cultural Competence in Physical Therapy Practice* (1re éd.). Philadelphia, PA: F.A. Davis Co.
- Rabinow, P. (1988). *Un ethnologue au Maroc: réflexions sur une enquête de terrain*. Paris: Hachette.
- Rapport, N. (2012). *Anyone: The Cosmopolitan Subject of Anthropology*. Guernsey: Berghahn Books.
- Rawls, J. (1993). *Political Liberalism*. New York: Columbia University Press.
- Rees, T. (2011). As if “Theory” is the Only Form of Thinking, and “Social Theory” the Only Form of Critique : Thoughts on an Anthropology BST (Beyond Society and Theory). *Dialectical Anthropology*, 35(3), 341-365.
- Ricoeur, P. (2010). *Écrits et conférences: Tome 2, Herméneutique*. Paris: Seuil.
- Rist, G. (2002). *Les mots du pouvoir: sens et non-sens de la rhétorique internationale*. Genève: Presses Universitaires de France.
- Rist, G. (2007). *Le développement: Histoire d'une croyance occidentale* (3e éd.). Paris: Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

- Roelofs, J., Van Breukelen, G., Sluiter, J., Frings-Dresen, M. H. W., Goossens, M., Thibault, P. et Vlaeyen, J. W. S. (2011). Norming of the Tampa Scale for Kinesiophobia across Pain Diagnoses and Various Countries. *Pain*, 152(5), 1090-1095.
- Rogers, C. (2010). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris: Éditions E.S.F.
- Rondeau, D. (2008). La relation des droits aux devoirs : une approche interculturelle . *Revue Aspects*, 1(127-152). [En ligne]
[<http://www.revueaspects.info/IMG/pdf/AspectsVol1No1.pdf>]
- Rootman, I., et Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada: Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé* (p. 52). Ottawa: Association canadienne de la santé publique/CPHA-ACSP.
- Roy, G. (1992). Devons-nous avoir peur de l'interculturel institutionnalisé? *Nouvelles pratiques sociales*, 5(5), 53-64.
- Rudmin, F. (2003). Critical History of the Acculturation Psychology of Assimilation, Separation, Integration, and Marginalization. *Review of General Psychology*, 17(1), 3-37.
- Rutherford, D. (2012). Kinky Empiricism. *Cultural Anthropology*, 27(3), 465-480.
- Ryle, G. (1968). Thinking and Reflecting. *Royal Institute of Philosophy Supplements*, 1, 210-226.
- Saïd, E. (1989). Representing the Colonised: Anthropology's Interlocutors. *Critical Enquiry*, (15), 205-255.
- Saillant, F. (2007). *Identités et handicap: Circuits humanitaires et posthumanitaires, la dignité pour horizon*. Paris: Éditions Karthala.
- Saillant, Francine, et Boulianne, M. (2003). *Transformations sociales, genre et santé: perspectives critiques comparatives. Québec et Paris*. Québec et Paris: Les Presses de l'Université de Laval et L'Harmattan.
- Saillant, Francine, et Gagnon, É. (2001). Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches. *Lien social et Politiques*, (46), 55.
- Saillant, Francine, et Genest, S. (1990). Présentation. Le recadrage culturel des problèmes cliniques. *Anthropologie et Sociétés*, 14(1), 5-8.
- Sam, D. L., et Berry, J. W. (2010). Acculturation When Individuals and Groups of Different Cultural Backgrounds Meet. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 472-481.
- Scheper-Hughes, N. (1990). Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology. *Social Science & Medicine*, 30(2), 189-197.

- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Scheper-Hughes, N., et Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- Schleifer, R. (1992). The Institutions of Cultural Studies (pp. 1-13). In *Conference Proceedings "Rethinking Culture"*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.[En ligne] [<http://www.pum.umontreal.ca/revues/surfaces/vol2/schleife.html>]
- Schütz, A. (2003). *L'étranger: un essai de psychologie sociale - suivi de L'homme qui rentre au pays*. Paris: Éditions Allia.
- Schwimmer, É. (1980). Ethnicité urbaine et culture nationale. *Anthropologie et Sociétés*, 4(1), 115-126.
- Sen, A. (2004). *L'économie est une science morale*. Paris: La Découverte.
- Sen, A. (2012). *Repenser l'inégalité*. Paris: Points.
- Shakespeare, T. (1997). Rules of Engagement: Doing Disability Research. *Disability and Society*, 1(1), 115-119.
- Shaw, D. (1989). Comments on Keesing, M. (1989). Exotic Readings of Cultural Texts. *Current Anthropology*, 30(4), 475.
- Shweder, R. A., et LeVine, R. A. (1984). *Culture Theory: Essays on Mind, Self, and Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Singer, M. (1989). The Coming of Age of Critical Medical Anthropology. *Social Science and Medicine*, 28, 1193-1204.
- Sloots, M., Dekker, J. H. M., Pont, M., Bartels, E. A. C., Geertzen, J. H. B., et Dekker, J. (2010). Reasons of Drop-out from Rehabilitation in Patients of Turkish and Moroccan Origin with Chronic Low Back Pain in The Netherlands: A Qualitative Study. *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 42(6), 566-573.
- Smith, P. M., et Mustard, C. (2008). Comparing the Risk of Work-related Injuries between Immigrants to Canada, and Canadian-born Labour Market Participants. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(6), 361-367.
- Spivak, G. C. (1988). "Can the Subaltern Speak?" In C. Nelson et L. Grossberg (éds), *Marxism and the Interpretation of Culture*. Urbana: University of Illinois Press.
- Sterlin, C. (2006). Pour une approche interculturelle du concept de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 11(1), 112-121.

- St-Germain, D., Boivin, B., et Fougeyrollas, P. (2008) Allier les soins infirmiers et la réadaptation: un modèle de pratique caring-processus de production du handicap peut-il faire la différence?. *Recherche*, 95, 71-78 [En ligne] [<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/95/70.pdf>]
- Stiglitz, J. E. (2012). *The Price of Inequality: How Today's Divided Society Endangers Our Future* (1st ed.). W. W. Norton & Company.
- Strathern, M. (2000). *Audit Cultures: Anthropological Studies in Accountability, Ethics and the Academy*. New York: Routledge.
- Streito, L. M. (2007). L'inquiétante étrangeté des enfants handicapés et immigrés. *Connaissances de la diversité*, 137-151.
- Suarez-Balcazar, Y., Rodawoski, J., Taylor-Ritzler, T., Portillo, N., et Willis, C. (2009). Perceived Level of Cultural Competence Among Occupational Therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(4), 498-503.
- Suzuki, L. A., et Gutkin, T. B. (1993). Racial/Ethnic Ability Pattern on WISC-R and Theories of Intelligence. Communication présentée lors du 101e Congrès annuel de l'American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Taboada-Leonetti, I. (2000). Cohabitation pluri-ethnique dans la ville: stratégies d'insertion locale et phénomènes identitaires. In *Pluralité des cultures et dynamiques identitaires: Hommage à Carmel Camilleri* (pp. 95–120). Paris: L'Harmattan.
- Taussig, M. T. (1991). *Shamanism, Colonialism, and the Wild Man: A Study in Terror and Healing*. Chicago: University of Chicago Press.
- Taylor, C. (2009). *Multiculturalisme: Différence et démocratie*. Paris: Flammarion.
- Theodore, N., et Peck, J. (2002). The Temporary Staffing Industry: Growth Imperatives and Limits to Contingency. *Economic Geography*, 78(4), 463-493.
- Thésée, G., Carignan, P. R. C., Gina Thésée, N., et Carr, P. R. (2010). *Les faces cachées de l'interculturel: De la rencontre des porteurs de cultures*. Paris: L'Harmattan.
- Tremblay, M. (2004). Droits, santé et participation démocratique. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 41-49.
- Tremblay, M. (2011). Mouvement d'émancipation des personnes ayant des limitations fonctionnelles: de la reconnaissance des droits à la participation politique. *Revue de développement humain, handicap et changement social*, 20(1), 23-38.

- Triandis, H. C., *et coll.* (éds). (1980). *Handbook of Cross-cultural Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Taylor, S. (1986). From Document of the Occult to Occult Document. Dans *Writing Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Ulin, R. (1991). Critical Anthropology Twenty Years Later Modernism and postmodernism in anthropology. *Critique of Anthropology*, 11(1), 63–89.
- Ulin, R. (2001) *Understanding Cultures: Perspectives in Anthropology and Social Theory*. Wiley.
- Verdon, M. (2000). *Contre la culture: fondement d'une anthropologie sociale opérationnelle*. Paris: Archives Contemporaines.
- Vézina, M., *et coll.* (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. (No. R-691). Montréal: Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Institut de la statistique du Québec et Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Wagner, C. (2005). *Profession ergothérapeute*. Paris: L'Harmattan.
- Watson-Franke, M.-B., et Watson, L. C. (1975). Understanding in Anthropology: A Philosophical Reminder. *Current Anthropology*, 16, 247-262.
- Wavroch, H. (2006). Albert avait raison. *Gestion*, 31(4), 224-226.
- White, B.W. (1996) Talk about School: education and the colonial project in French and British Africa. *Comparative Education*, 32(1), 9-25.
- White, B. W. (2006). Présentation: Pour un “lâcher prise” de la culture. *Anthropologie et Sociétés*, 30(2), 7-25.
- White, Bob W. (2011a). Le pouvoir de la collaboration. In L. Lachapelle et D. Neumark (éds), *Célébrer la collaboration: Art communautaire et art activiste humaniste au Québec et ailleurs* (pp. 329-338). Montréal: Levier/Engrenage noir.
- White, B. W. (éd.). (2011b). *Music and Globalization: Critical Encounters*. Bloomington: Indiana University Press.
- White, B. W. (2012a). From Experimental Moment to Legacy Moment. Collaboration and the Crisis of Representation. In *Collaborative Anthropology* (pp. 115–182). (à paraître)
- White, B. W. (2012b). *ANT-1065/Initiation à la démarche anthropologique*. Montréal: Département d'anthropologie, Université de Montréal.

- White, B. W., et Yoka, L. (2010). Démarche ethnographique et collaboration. Dans *L'ethnographie de l'écoute: Musique populaire et société à Kinshasa* (pp. 15–61). Paris: L'Harmattan.
- Wikan, U. (1991). Toward an Experience-Near Anthropology [Challenges to the Concept of Culture (1989)]. *Cultural Anthropology*, 3(3), 286-305.
- Wikan, U. (1992). Beyond the Words: The Power of Resonance. *American Ethnologist*, 19(3), 460-482.
- Wing, P. C. (1997). Patient or Client? If in Doubt, Ask. *Canadian Medical Association*, 157(3), 287-289.
- Wittezaele, J.-J., et Garcia, T. (1992). *À la recherche de l'école de Palo Alto*. Paris: Seuil.
- Wolf, E. R. (2010). *Europe and the People Without History*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Wray, E. L., et Mortenson, P. A. (2011). Cultural Competence in Occupational Therapists Working in Early Intervention Therapy Programs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 180-186.
- Young, A. (1990). (Mis)applying Medical Anthropology in Multicultural Settings. *Santé, Culture, Health*, 7(2-3), 197-208.
- Zempléni, A. (1985). *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*. Paris: Société d'ethnographie de Paris.
- Zenker, O., et Kumoll, K. (2010). *Beyond Writing Culture: Current Intersections of Epistemologies and Representational Practices*. New York: Berghahn Books.

ANNEXES

Annexe 1

Lettre de présentation

Madame, monsieur

La présente vise à solliciter votre aide pour les fins d'une recherche. Cette recherche de nature exploratoire et qualitative a pour objet de cerner les préoccupations et les attentes des migrants, des intervenants et des tiers payeurs en rapport avec les services de réadaptation aux migrants. Il s'agit d'une étude clinique qui sera réalisée à l'Hôpital Juif de réadaptation dans les services de BOG et de PEDIP.

Cette recherche représente un premier éclairage sur la réalité de l'intervention auprès de migrants dans un contexte de réadaptation. Il s'agit de mieux comprendre afin d'aller plus loin. Mettre en évidence la cohérence ou l'incohérence dans ce contexte d'intervention permettra de soutenir ce qui est efficace et de trouver de nouvelles balises pour justifier l'adaptation nécessaire de certains services (comme l'interprétariat et le temps d'intervention) afin d'assurer leur efficacité et au besoin, en justifier les coûts auprès des tiers payeurs.

Ce projet implique le recrutement de 18 à 30 sujets impliqués dans de la réadaptation auprès de migrants : clients, intervenants et tiers payeurs. Chaque groupe de 6 à 10 personnes sera recruté sur place afin de participer à des discussions focalisées (focus group).

Clients:

- Critères d'inclusion :

- . Être âgé entre 25 et 55 ans.
- . Être né à l'extérieur du Canada.
- . Parler un français courant.
- . Être un client de SAAQ ou de la CSST.
- . Être en fin de réadaptation ou avoir terminé sa réadaptation depuis moins de 2 ans.

- Critères d'exclusion : selon l'équipe soignante,

L'état de santé et les atteintes cognitives ne permettent pas de participer à des focus group.

Annexe 1

Lettre de présentation (suite)

Intervenants et tiers payeurs :

- Critères d'inclusion :

. Être un professionnel ou intervenant:

physiothérapie, sciences infirmières, psychologie, travail social, ergothérapie, orthophonie, kinésiologie.

. Parler un français courant.

. Avoir une expérience professionnelle de 3 ans et plus.

. Avoir une expérience auprès de 10 clients nés hors du Canada.

- Critères d'exclusion : aucun

Les participants qui consentent seront rencontrés dans un focus group qui durera environ 2 heures à 2 ½ heures. Ils rempliront un questionnaire de base à propos de simples données sociodémographiques. Le focus group sera enregistré sur bande audio.

J'apprécierais que vous puissiez identifier des clients qui répondent aux critères mentionnés ci-haut et que vous présentiez ma demande aux intervenants et à des tiers payeurs.

Veuillez faire signer le formulaire de consentement ci-joint aux personnes qui accepteront d'être contactées afin de recevoir de plus amples informations à propos de ce projet de recherche et me le retourner.

Danielle Gratton

Chercheur

Annexe 2

Consentement à communiquer –

Nom : _____

Téléphone : _____

Des chercheurs de l’Hôpital Juif de réadaptation et de l’Université McGill sont intéressé à vous rencontrer pour vous parler de votre expérience de réadaptation. Cela va impliquer une rencontre de groupe (focus group) à l’Hôpital Juif de réadaptation. Cette rencontre aura une durée d’environ une heure et demie à deux heures.

Signer cette feuille sert à indiquer votre acceptation à être contacté afin de vous faire expliquer plus en détails les différents aspects de cette recherche. **Cela ne vous engage pas automatiquement à prendre part à cette recherche.**

Vous pourrez poser toutes les questions qui vous intéressent à - Danielle Gratton – chercheuse principale et cela à n’importe quel moment. Vous pourrez aussi la rejoindre à n’importe quel moment grâce aux coordonnées fournies en bas de cette page. Vous pouvez vous retirer du consentement à communiquer à n’importe quel moment et cela sans aucune conséquence.

Toutes les informations fournies resteront confidentielles et anonymes.

« Je consens à ce que le chercheur désigné puisse entrer en contact avec moi pour me présenter ce projet de recherche. »

Signature _____

Date _____

Témoin _____

Meilleur moment pour vous contacter _____

Danielle Gratton
Hôpital Juif de Réadaptation
Tél:

Annexe 3 A

**Identification et recrutement
- Clients -**

Numéro d'étude _____

Critères d'inclusion

Non Oui

- ---- Âgé de 25 à 55
- ---- Né à l'extérieur du Canada
- ---- Parle un français courant
- ---- Client de SAAQ ou de la CSST, précisez _____
- ---- En fin de réadaptation ou réadaptation reçue depuis moins de 2 ans

- Si vous avez répondu oui pour tous les critères d'inclusion
Veillez continuer

Critères d'exclusion

Selon l'avis de l'équipe soignante

L'état de santé et les atteintes cognitives

Non Oui

- ---- Permettent de participer pleinement au focus group
- ---- Ne permettent pas de participer pleinement au focus group

- Si vous avez répondu oui
Veillez continuer

Sélection

Non Oui

- ---- Éligible à participer à l'étude
- ---- Consent à ce que son nom et son numéro de téléphone
Soient remis au chercheur

Si non, veuillez préciser la raison du refus

Identification et recrutement (suite)
- Clients -

Informations sur le client :

Nom : _____
 Prénom Nom Nom à la naissance (si différent)

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ - _____

Date de naissance : __ - ____ - _____

Service : _____

Institution _____

Numéro d'étude _____

Annexe 3 B

**Identification et recrutement
- Intervenants et tiers payeurs -**

Critères d'inclusion

Non Oui

---- ---- Professionnel : physiothérapie__ sciences infirmières__ psychologie__
Travail social __ ergothérapie __

---- ---- Français courant

---- ---- Expérience professionnelle (3 ans et plus)

--- --- Expérience auprès de 10 clients nés hors du Canada

- *Si vous avez répondu oui pour tous les critères d'inclusion
Veuillez continuer*

Critères d'exclusion

Aucun

Sélection

Non Oui

---- ---- Éligible à participer à l'étude

---- ---- Consent à ce que son nom et son numéro de téléphone
soient remis au chercheur

Si non, veuillez préciser la raison du refus

ANNEXE 4 A



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR MA PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE - CLIENT -

Identification du sujet : *Nom:* _____

TITRE DU PROJET : **Préoccupations et attentes des divers partenaires impliqués dans la réadaptation de clients en provenance de diverses communautés ethniques.**

RESPONSABLES: Danielle Gratton et Isabelle Gélinas

OBJECTIF DU PROJET : De cerner les préoccupations et les attentes des migrants, des intervenants et des tiers payeurs en rapport avec les services de réadaptation offerts aux migrants. Elle a pour objectif de mettre en évidence les particularités spécifiques de l'intervention auprès des migrants.

NATURE DE MA PARTICIPATION

Les cliniciens et les chercheurs du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation de Montréal s'intéressent aux préoccupations et aux attentes des migrants, des intervenants et des tiers payeurs en rapport avec les services de réadaptation offerts aux migrants. On demande ma participation à cette étude, qui a pour but global d'identifier les cohérences et les incohérences des points de vue à partir des préoccupations et des attentes de ces trois partenaires.

Je participerai à un groupe de discussion focalisé, d'une durée d'environ trois heures, qui se déroulera à ----- avec d'autres clients d'origine ethnique diverse. Lors de ce groupe, on me demandera de discuter de mes préoccupations et de mes attentes par rapport aux services de réadaptation offerts aux personnes de différentes origines ethniques. La rencontre sera enregistrée sur bande audio.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Je ne retirerai aucun bénéfice direct pour ma participation à ce projet. Toutefois, je contribuerai à une recherche qui permettra de mettre en évidence les particularités spécifiques de l'intervention auprès des migrants et, de façon plus précise, à identifier les cohérences et les incohérences des points de vue à partir des préoccupations et des attentes de ces trois partenaires : migrants, intervenants et tiers payeurs. Par ma participation, j'espère permettre aux chercheurs et cliniciens d'adapter, au besoin, les services de réadaptation offerts aux migrants.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES POTENTIELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Le principal désavantage de participer à cette étude est le fait que je devrai me rendre à ----- et que je devrai consacrer environ trois heures de mon temps à ce projet. Mais il se pourrait aussi que certains thèmes abordés lors du groupe de discussion puissent me faire revivre certains moments difficiles se rapportant aux services que j'ai reçus. Il est entendu que ma participation à ce projet ne m'expose, sur le plan médical, à aucun risque connu que ce soit.

INFORMATIONS CONCERNANT LE PROJET

On devra répondre, à ma satisfaction, à toute question que je poserai à propos de ce projet de recherche.

AUTORISATION D'UTILISATION DES RÉSULTATS ET CONFIDENTIALITÉ

Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données de recherche. J'accepte que l'information recueillie puisse être utilisée pour fins de communication scientifique et d'enseignement professionnel. Il est entendu que l'anonymat sera respecté à mon égard dans tous les rapports, publications scientifiques ou autres documents qui seront produits suite à cette recherche. Les dossiers anonymes seront conservés sous clé au Centre de recherche de l'Hôpital Juif de Réadaptation. Les données seront détruites 5 ans après la fin du projet.

Puisque la confidentialité ne peut être totalement garantie lors d'un groupe de discussion, je m'engage à être discret sur l'identité des autres participants ainsi que sur les propos qui y seront tenus.

QUESTIONS PORTANT SUR L'ÉTUDE

Pour tout problème ou question concernant cette étude, ou encore en lien avec ma participation à ce projet, je pourrai en discuter avec la responsable du projet, Mme Danielle Gratton au (450) 688-9550 poste 590 ou Mme Isabelle Gélinas, Université McGill, (514) 398-4514.

RETRAIT DE MA PARTICIPATION

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre; il est également entendu que je pourrai, à tout moment, mettre un terme à ma participation sans aucune conséquence. Le retrait ou refus de participer à ce projet n'affectera en rien les soins et services que je recevrai à l'Hôpital juif de réadaptation.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à cette étude, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne libère les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

ÉTHIQUE

Pour tout questionnement éthique se rapportant au projet, je peux communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR (téléphone et adresse courriel non divulgué dans la thèse).

CONSENTEMENT

Ma signature indique que j'ai lu ce formulaire, que je comprends le but de cette recherche, que je peux en retirer ou non un bénéfice direct, et que j'accepte d'y participer. Je déclare avoir lu et compris les termes du présent formulaire.

Nom (lettres moulées) Signature du participant Date

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE DU PROJET OU DE SON REPRÉSENTANT

Je, soussigné(e), certifie (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire, (b) avoir répondu aux questions qu'il (elle) m'a posées à cet égard et (c) lui avoir clairement indiqué qu'il (elle) reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable du projet
ou de son représentant Date

Annexe 4 B



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR MA PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE INTERVENANTS –AGENTS TIERS

Identification du sujet : _____ *Nom:* _____

TITRE DU PROJET : **Préoccupations et attentes des divers partenaires impliqués dans la réadaptation de clients en provenance de diverses communautés ethniques.**

RESPONSABLES: Danielle Gratton et Isabelle Gélinas

OBJECTIF DU PROJET : De cerner les préoccupations et les attentes des migrants, des intervenants et des tiers payeurs en rapport avec les services de réadaptation offerts aux migrants. Elle a pour objectif de mettre en évidence les particularités spécifiques de l'intervention auprès des migrants.

NATURE DE MA PARTICIPATION

Les cliniciens et les chercheurs du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation de Montréal s'intéressent aux préoccupations et aux attentes des migrants, des intervenants et des tiers payeurs en rapport avec les services de réadaptation offerts aux migrants. On demande ma participation à cette étude, qui a pour but global d'identifier les cohérences et les incohérences des points de vue à partir des préoccupations et des attentes de ces trois partenaires.

Je participerai à un groupe de discussion focalisé, d'une durée d'environ trois heures, qui se déroulera à _____ avec d'autres intervenants œuvrant auprès de clients d'origine ethnique diverse. Lors de ce groupe, on me demandera de discuter de mes préoccupations et de mes attentes par rapport aux services de réadaptation offerts aux personnes de différentes origines ethniques. La rencontre sera enregistrée sur bande audio.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Je ne retirerai aucun bénéfice direct pour ma participation à ce projet. Toutefois, je contribuerai à une recherche qui permettra de mettre en évidence les particularités spécifiques de l'intervention auprès des migrants et, de façon plus précise, à identifier les cohérences et les incohérences des points de vue à partir des préoccupations et des attentes de ces trois partenaires : migrants, intervenants et tiers payeurs. Par ma participation, j'espère permettre aux chercheurs et cliniciens d'adapter, au besoin, les services de réadaptation offerts aux migrants.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES POTENTIELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Le principal désavantage de participer à cette étude est le fait que je devrai me rendre à ----- et que je devrai consacrer environ trois heures de mon temps à ce projet. Il est entendu que ma participation à ce projet ne m'expose, sur le plan médical, à aucun risque connu que ce soit. Aucun inconvénient personnel ne découlera de ma participation.

INFORMATIONS CONCERNANT LE PROJET

On devra répondre, à ma satisfaction, à toute question que je poserai à propos de ce projet de recherche.

AUTORISATION D'UTILISATION DES RÉSULTATS ET CONFIDENTIALITÉ

Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données de recherche. J'accepte que l'information recueillie puisse être utilisée pour fins de communication scientifique et d'enseignement professionnel. Il est entendu que l'anonymat sera respecté à mon égard dans tous les rapports, publications scientifiques ou autres documents qui seront produits suite à cette recherche. Les dossiers anonymes seront conservés sous clé au Centre de recherche de l'Hôpital Juif de Réadaptation. Les données seront détruites 5 ans après la fin du projet.

Puisque la confidentialité ne peut être totalement garantie lors d'un groupe de discussion, je m'engage à être discret sur l'identité des autres participants ainsi que sur les propos qui y seront tenus.

QUESTIONS PORTANT SUR L'ÉTUDE

Pour tout problème ou question concernant cette étude, ou encore en lien avec ma participation à ce projet, je pourrai en discuter avec la responsable du projet, Mme Danielle Gratton au (450) 688-9550 poste 590 ou Mme Isabelle Gélinas, Université McGill, (514) 398-4514.

RETRAIT DE MA PARTICIPATION

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre ; il est également entendu que je pourrai, à tout moment, mettre un terme à ma participation sans aucune conséquence.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à cette étude, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne libère les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

ÉTHIQUE

Pour tout questionnement éthique se rapportant au projet, je peux communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR (téléphone et adresse courriel non divulgué dans la thèse).

CONSENTEMENT

Ma signature indique que j'ai lu ce formulaire, que je comprends le but de cette recherche, que je peux en retirer ou non un bénéfice direct, et que j'accepte d'y participer. Je déclare avoir lu et compris les termes du présent formulaire.

Nom (lettres moulées) Signature du participant Date

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE DU PROJET OU DE SON REPRÉSENTANT

Je, soussigné(e), certifie (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire, (b) avoir répondu aux questions qu'il (elle) m'a posées à cet égard et (c) lui avoir clairement indiqué qu'il (elle) reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable du projet
ou de son représentant Date

Annexe 4 C



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR MA PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE EXPERTS SUR LES QUESTIONS INTERCULTURELLES

Identification du sujet : *Nom:* _____

TITRE DU PROJET : **Préoccupations et attentes des différents acteurs/sujets sociaux impliqués dans la réadaptation de clients immigrants**

RESPONSABLES: Danielle Gratton

OBJECTIF DU PROJET : Cerner les préoccupations et les attentes des migrants, des intervenants et des tiers payeurs en rapport avec les services de réadaptation offerts aux migrants. Elle a pour objectif de mettre en évidence les particularités spécifiques de l'intervention auprès des migrants.

NATURE DE MA PARTICIPATION

Danielle Gratton, doctorante au département d'anthropologie de l'Université de Montréal, s'intéresse aux préoccupations et aux attentes des migrants, des intervenants et des tiers payeurs en rapport avec les services de réadaptation physique offerts aux migrants. On demande ma participation à cette étude qui a pour but global d'identifier les dynamiques interculturelles dans les services offerts aux populations immigrantes.

Je participerai à une entrevue d'une durée d'environ une heure et demie qui se déroulera dans un lieu de mon choix. Lors de cette rencontre, on me demandera de poser un regard critique sur les données recueillies et les analyses faites par Danielle Gratton, en vue de cerner les préoccupations et les attentes par rapport aux services de réadaptation offerts aux personnes de différentes origines ethnoculturelles. Ma participation est personnelle, ce n'est pas une position d'établissement. La rencontre sera enregistrée sur bande audio seulement si j'y consens.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Je ne retirerai aucun bénéfice direct pour ma participation à ce projet. Toutefois, je contribuerai à une recherche qui permettra de mettre en évidence les particularités spécifiques de l'intervention auprès des migrants. De façon plus précise, j'aiderai Danielle Gratton à valider ou non ses données et ses analyses. Par ma participation, j'espère permettre aux chercheurs, aux cliniciens,

aux gestionnaires et aux décideurs, d'adapter, au besoin, les services de réadaptation offerts aux migrants.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES POTENTIELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Le principal désavantage de participer à cette étude est le fait que je devrai consacrer environ une heure et demie mon temps à ce projet. Je devrai aussi au besoin être disponible pour revoir l'utilisation que Danielle Gratton fera des données recueillies lors notre rencontre. Il est entendu que ma participation à ce projet ne m'expose, sur le plan médical, à aucun risque connu que ce soit. Aucun inconvénient personnel ne découlera de ma participation.

INFORMATIONS CONCERNANT LE PROJET

On devra répondre à ma satisfaction à toute question que je poserai à propos de ce projet de recherche.

AUTORISATION D'UTILISATION DES RÉSULTATS ET CONFIDENTIALITÉ

Seuls Danielle Gratton et son directeur de recherche, M. Bob White du département d'anthropologie de l'Université de Montréal, auront accès aux données de recherche. J'accepte que l'information recueillie puisse être utilisée pour fins de communication scientifique et d'enseignement professionnel. Il est entendu que l'anonymat sera respecté à mon égard dans tous les rapports, publications scientifiques ou autres documents qui seront produits suite à cette recherche, à moins que je demande, de façon formelle, la divulgation de mon nom, de mon statut et l'identification de mon organisation. Les dossiers anonymes seront conservés sous clé au bureau professionnel de Danielle Gratton (Hôpital Juif de Réadaptation à Laval). Les données nominales seront détruites 5 ans après la fin du projet.

QUESTIONS PORTANT SUR L'ÉTUDE

Pour tout problème ou question concernant cette étude, ou encore en lien avec ma participation à ce projet, je pourrai en discuter avec la responsable du projet, Mme Danielle Gratton au (450) 688-9550 poste 590.

RETRAIT DE MA PARTICIPATION

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait libre ; il est également entendu que je pourrai, à tout moment, mettre un terme à ma participation sans aucune conséquence. Je pourrai aussi avoir accès au résumé de l'entrevue et discuter avec Danielle Gratton des données qu'elle pourra utiliser et de la façon de le faire, en vue de s'assurer de protéger mon anonymat.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à cette étude, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne libère les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

ÉTHIQUE

Pour tout questionnement éthique se rapportant au projet, je peux communiquer avec Me Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR (téléphone et adresse courriel non divulgué dans la thèse).

CONSENTEMENT

Ma signature indique que j'ai lu ce formulaire, que je comprends le but de cette recherche, que je peux en retirer ou non un bénéfice direct, et que j'accepte d'y participer. Je déclare avoir lu et compris les termes du présent formulaire.

Nom (lettres moulées)

Signature du participant

Date

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE DU PROJET OU DE SON REPRÉSENTANT

Je, soussigné(e), certifie (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire, (b) avoir répondu aux questions qu'il (elle) m'a posées à cet égard et (c) lui avoir clairement indiqué qu'il (elle) reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus et qu'il (elle) peut, si c'est sa volonté, vérifier le contenu repris dans ma rédaction en vue de s'assurer de protéger son anonymat et de m'assurer aussi de bien traduire sa pensée.

Signature du responsable du projet
ou de son représentant

Date

Annexe 5

Grille d'entrevue : Réadaptation avec des clients migrants

Préoccupation et attentes :

- . Clients
- . Intervenants
- . Tiers payeurs

Clients

- 1- Vision de la maladie/ détresse/ handicap en rapport avec la société d'origine
 - Origine/ cause
 - Pour quelle difficulté auriez-vous aimé avoir de l'aide
 - Quête de soin -
 - Attente par rapport à la prise en charge

- 2- Expérience personnelle dans la prise en charge en rapport avec la société d'accueil
 - Explications reçues
 - Diagnostic
 - Pour quelle difficulté donnez-vous de l'aide - quête de soin -
 - Compréhension du migrant des services rendus
 - Réponses en rapport aux attentes
 - Participation et coopération
 - Satisfaction et insatisfaction
 - Sentiment d'être compris et de se faire comprendre
 - Positionnement par rapport à l'intervenant et au tiers payeur
 - Ce qui est à garder dans ce système
 - Ce qui est à changer dans ce système

Intervenants

- 3- Vision de la maladie/ détresse/ handicap en rapport avec la société d'origine
 - Origine/ cause
 - Diagnostic
 - Quête de soin
 - Attente par rapport à la prise en charge

- 4- Expérience dans la prise en charge des migrants
 - Explication donnée
 - Diagnostic
 - Compréhension du migrant des services rendus
 - Réponses en rapport aux attentes de l'intervenant
 - Participation et coopération
 - Satisfaction et insatisfaction de l'intervenant
 - Sentiment d'être compris et de se faire comprendre
 - Positionnement par rapport au et au tiers payeur

Tiers payeurs

- 5- Vision de la maladie/ détresse/ handicap en rapport avec la société d'origine
 - Origine/ cause
 - Diagnostic
 - Participation
 - Attente par rapport à la prise en charge
 - Liens avec le médico-légal

- 6- Expérience dans la prise en charge des migrants
 - Explication donnée
 - Pour quelle difficulté donnez-vous de l'aide - quête de soin -
 - Compréhension des services rendus
 - Réponses en rapport aux attentes de l'intervenant
 - Satisfaction et insatisfaction
 - Sentiment d'être compris et de se faire comprendre
 - Positionnement par rapport au client et à l'intervenant

Annexe 6 A

Guide pour le groupe de discussion Avec les clients

Participants : Clients

(Note : il faut 15 min. pour faire signer les formulaires de consentement avant le début du focus group, donc prévoir 15 min. au début.)

Ce guide sert d'aide-mémoire des thèmes à couvrir. Suivre leur ordre précis est donc facultatif. Avant tout autre chose, il faut suivre le flot du groupe.

Animateur : anime et donne des exemples, répond aux questions et interagit avec les participants, agit comme modérateur, repositionne, reformule au besoin les sujets et surveille le temps alloué à chaque question.

Observateur : prend des notes sur les événements, le non verbal, les atmosphères, les interactions. Il doit aussi rester à l'affût et au besoin faire un rappel à l'animateur si un item a été oublié ou si une personne n'a pu émettre son opinion.

Début

Tour de table : présentation des participants.

Animateur :

Introduction : Brève explication du projet aux intervenants (buts, objectifs)

En réadaptation, les clients migrants représentent une proportion de plus en plus grande de la clientèle. Dans le contexte actuel d'intervention en réadaptation auprès de migrants, il semble difficile de répondre d'une façon satisfaisante aux besoins des migrants ainsi qu'aux besoins des intervenants et des tiers payeurs. Cette recherche a pour objet de cerner les préoccupations et les attentes des migrants, des intervenants et des tiers payeurs en rapport avec les services de réadaptation aux migrants. Elle a pour objectif de mettre en évidence les particularités spécifiques de l'intervention auprès des migrants. Elle vise, de façon plus précise, à cerner les cohérences et les incohérences des points de vue à partir des préoccupations et des attentes de ces trois partenaires.

BUTS, focus group : *Nous aimerions travailler avec vous sur : 1) Votre vision de la santé, de la maladie, du handicap et de la réadaptation, 2) votre expérience dans la prise en charge des migrants, et 3) de votre positionnement face aux intervenants.*

Durée : Notre rencontre sera d'environ 2h30.

1. Votre vision de la santé, de la maladie, du handicap et de la réadaptation

Vision de la santé-maladie/ détresse/ handicap en rapport avec la société d'origine

- Origine/ cause
- Diagnostic
- Quête de soin
- Attente par rapport à la prise en charge

2. Votre expérience dans votre prise en charge en réadaptation

- Expérience personnelle dans la prise en charge en rapport avec
 - o Explications reçues
 - o Diagnostic
 - o Pour quelle difficulté avez-vous reçu de l'aide
- Quête de soin
 - o Compréhension du migrant des services rendus
 - o Réponses en rapport aux attentes
 - o Participation et coopération
 - o Satisfaction et insatisfaction
 - o sentiment d'être compris et de se faire comprendre
- Ce qui est à garder dans ce système
- Ce qui est à changer dans ce système

3. Votre positionnement face aux intervenants

- Façon dont l'intervenant tient compte de la réalité du client migrant
- Situation où ça va bien
- Situation où ça ne va pas bien
- Votre façon de gérer la situation

4. Votre positionnement face au tiers payeur

- Façon dont le tiers payeur tient compte de la réalité du client migrant
- Situation où ça va bien
- Situation où ça ne va pas bien
- Votre façon de gérer la situation

Retour : consensus et conclusion

En résumé, selon les résultats de notre session de discussion,

- Vos principales préoccupations sont :
- Vos principales attentes sont :

Annexe 6 B

Guide pour le groupe de discussion Avec les professionnels

Participants : services divers

(Note : il faut 15 min. pour faire signer les formulaires de consentement avant le début du focus group, donc prévoir 15 min. au début.)

Ce guide sert d'aide-mémoire des thèmes à couvrir. Suivre leur ordre précis est donc facultatif. Avant tout autre chose, il faut suivre le flot du groupe.

Animateur : anime et donne des exemples, répond aux questions et interagit avec les participants, agit comme modérateur, repositionne, reformule au besoin les sujets et surveille le temps alloué à chaque question.

Observateur : prend des notes sur les événements, le non verbal, les atmosphères, les interactions. Il doit aussi rester à l'affût et au besoin faire un rappel à l'animateur si un item a été oublié ou si une personne n'a pu émettre son opinion.

Début

Tour de table : présentation des participants.

Animateur :

Introduction : Brève explication du projet aux intervenants (buts, objectifs)

À l'Hôpital Juif de réadaptation, les clients migrants représentent une proportion de plus en plus grande de la clientèle. Dans le contexte actuel d'intervention en réadaptation auprès de migrants, il semble difficile de répondre d'une façon satisfaisante aux besoins des migrants ainsi qu'aux besoins des intervenants et des tiers payeurs. Cette recherche a pour objet de cerner les préoccupations et les attentes des migrants, des intervenants et des tiers payeurs en rapport avec les services de réadaptation aux migrants. Elle a pour objectif de mettre en évidence les particularités spécifiques de l'intervention auprès des migrants. Elle vise, de façon plus précise, à cerner les cohérences et les incohérences des points de vue à partir des préoccupations et des attentes de ces trois partenaires.

BUTS, focus group : *Nous aimerions travailler avec vous sur : 1) Votre vision de la santé, de la maladie, du handicap et de la réadaptation, 2) votre expérience dans la prise en charge des migrants, et 3) de votre positionnement face au tiers payeur.*

Durée : Notre rencontre sera d'environ 2h30.

1- Votre vision de la santé, de la maladie, du handicap et de la réadaptation

Vision de la santé-maladie/ détresse/ handicap en rapport avec la société d'origine

- Origine/ cause
- Diagnostic
- Quête de soin
- Attente par rapport à la prise en charge

2- Votre expérience dans votre prise en charge en réadaptation

- Expérience personnelle dans la prise en charge en rapport avec
 - o Explications reçues
 - o Diagnostic
 - o Pour quelle difficulté avez-vous reçu de l'aide
- Quête de soin
 - o Compréhension du migrant des services rendus
 - o Réponses en rapport aux attentes
 - o Participation et coopération
 - o Satisfaction et insatisfaction
 - o sentiment d'être compris et de se faire comprendre
- Ce qui est à garder dans ce système
- Ce qui est à changer dans ce système

3- Votre positionnement face aux clients

- Façon dont l'intervenant tient compte de la réalité du client migrant
- Situation où ça va bien
- Situation où ça ne va pas bien
- Votre façon de gérer la situation

4- Votre positionnement face au tiers payeur

- Façon dont le tiers payeur tient compte de la réalité du client migrant
- Situation où ça va bien
- Situation où ça ne va pas bien
- Votre façon de gérer la situation

Retour : consensus et conclusion

En résumé, selon les résultats de notre session de discussion,

- Vos principales préoccupations sont :
- Vos principales attentes sont :

Annexe 6C

Guide pour le groupe de discussion **Avec les tiers payeurs**

Participants : tiers payeurs SAAQ et CSST

(Note : il faut 15 min. pour faire signer les formulaires de consentement avant le début du focus group, donc prévoir 15 min. au début.)

Ce guide sert d'aide-mémoire des thèmes à couvrir. Suivre leur ordre précis est donc facultatif. Avant tout autre chose, il faut suivre le flot du groupe.

Animateur : anime et donne des exemples, répond aux questions et interagit avec les participants, agit comme modérateur, repositionne, reformule au besoin les sujets et surveille le temps alloué à chaque question.

Observateur : prend des notes sur les événements, le non verbal, les atmosphères, les interactions. Il doit aussi rester à l'affût et au besoin faire un rappel à l'animateur si un item a été oublié ou si une personne n'a pu émettre son opinion.

Début

Tour de table : présentation des participants.

Animateur :

Introduction : Brève explication du projet aux intervenants (buts, objectifs)

À l'Hôpital Juif de réadaptation, les clients migrants représentent une proportion de plus en plus grande de la clientèle. Dans le contexte actuel d'intervention en réadaptation auprès de migrants, il semble difficile de répondre d'une façon satisfaisante aux besoins des migrants ainsi qu'aux besoins des intervenants et des tiers payeurs. Cette recherche a pour objet de cerner les préoccupations et les attentes des migrants, des intervenants et des tiers payeurs en rapport avec les services de réadaptation aux migrants. Elle a pour objectif de mettre en évidence les particularités spécifiques de l'intervention auprès des migrants. Elle vise, de façon plus précise, à cerner les cohérences et les incohérences des points de vue à partir des préoccupations et des attentes de ces trois partenaires.

BUTS, focus group : *Nous aimerions travailler avec vous sur : 1) Votre vision de la santé, de la maladie, du handicap et de la réadaptation, 2) votre expérience dans la prise en charge des migrants, et 3) de votre positionnement face aux intervenants.*

Durée : Notre rencontre sera d'environ 2h30.

1- Votre vision de la santé, de la maladie, du handicap et de la réadaptation

Vision de la santé-maladie/ détresse/ handicap en rapport avec la société d'origine

- Origine/ cause
- Diagnostic
- Quête de soin
- Attente par rapport à la prise en charge

2- Votre expérience dans votre prise en charge en réadaptation

- Expérience personnelle dans la prise en charge en rapport avec
 - o Explications reçues
 - o Diagnostic
 - o Pour quelle difficulté avez-vous reçu de l'aide
- Quête de soin
 - o Compréhension du migrant des services rendus
 - o Réponses en rapport aux attentes
 - o Participation et coopération
 - o Satisfaction et insatisfaction
 - o sentiment d'être compris et de se faire comprendre
- Ce qui est à garder dans ce système
- Ce qui est à changer dans ce système

3- Votre positionnement face aux intervenants

- Façon dont le tiers payeur tient compte de la réalité du client migrant
- Situation où ça va bien
- situation où ça ne va pas bien
- Votre façon de gérer la situation

Un cas facile

Un cas difficile

Retour : consensus et conclusion

En résumé, selon les résultats de notre session de discussion,

- Vos principales préoccupations sont :
- Vos principales attentes sont :

Annexe 7 : Mesure de l'indépendance fonctionnelle

Tableau 1 Liste des items du SMAF et leur correspondance dans la classification des incapacités de l'OMS	
Items SMAF	Classification des Incapacités de l'OMS
A. Activités de la vie quotidienne	
1. Se nourrir 2. Se laver 3. S'habiller 4. Entretenir sa personne 5. Continence vésicale 6. Continence anale 7. Utiliser les toilettes	Section 30: <i>Personal disabilities</i> Section 60: <i>Dexterity disabilities</i>
B. Mobilité	
1. Transferts 2. Marcher à l'intérieur 3. Marcher à l'extérieur 4. Installer prothèse ou orthèse 5. Se déplacer en fauteuil roulant 6. Utiliser les escaliers	Section 40: <i>Locomotor disabilities</i>
C. Communication	
1. Voir 2. Entendre 3. Parler	Section 20: <i>Communication disabilities</i>
D. Fonctions mentales	
1. Mémoire 2. Orientation 3. Compréhension 4. Jugement 5. Comportement	Section 10: <i>Behavior disabilities</i>
E. Tâches domestiques	
1. Entretenir la maison 2. Préparer les repas 3. Faire les courses 4. Faire la lessive 5. Utiliser le téléphone 6. Utiliser les moyens de transport 7. Prendre des médicaments 8. Gérer le budget	Section 50: <i>Body disposition disabilities</i>

Source :

HÉBERT, Réjean, GUILBEAULT, Joanne, DESROSIERS, Johanne et Nicole DUBUC. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF®). In R. HÉBERT et K. KOURI : Autonomie et vieillissement, Edisem, 1999. p. 86-101.

Annexe 8 : Formulaire plan d'intervention individualisé (PII)




DOCUMENT DE RÉFÉRENCE
Pour l'élaboration des plans d'interventions individualisés (PII) au C.R. Le Bouclier

ANNEXES

ANNEXE VII A – FORMULAIRE PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ (PII) - GÉNÉRAL

(Note : À titre d'exemple seulement – ne pas recopier ou utiliser le formulaire ci-dessous)

	Nom du client : _____ Date de naissance : _____ N° de dossier : _____ N° RAMQ : _____ Date du PII : _____ Début des services : _____ Date du PII précédent : _____ Date prévue de révision du PII : _____
PERSONNES IMPLIQUÉES DANS L'ÉLABORATION DU PII	
Nom et lien avec le client (cochez la case si la personne est présente à la rencontre du PII)	
<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Modalité de la rencontre: <input type="checkbox"/> Client* et équipe d'intervenants <input type="checkbox"/> Client et intervenant <input type="checkbox"/> Téléphonique avec le client <input type="checkbox"/> Entre intervenants sans le client <input type="checkbox"/> Client et intervenants du C.R. Le Bouclier et d'autres milieux * Le client peut être représenté par un proche significatif ou un tuteur	<input type="checkbox"/> PII initial <input type="checkbox"/> Révision <input type="checkbox"/> PII final Le PII rédigé est validé par le client <input type="checkbox"/> _____ Signature de l'intervenant Date
PROJETS DE RÉADAPTATION DE LA PERSONNE	
Projets de vie ou buts pour lesquels la personne est prête à se mobiliser avec les intervenants de la réadaptation sur un horizon de 2 ans ou moins. Le projet peut concerner les sphères de : A) Autonomie personnelle, B) Autonomie socio-familiale, intégration communautaire, C) Intégration scolaire, professionnelle incluant le travail rémunéré ou non rémunéré.	
Sphère	_____ <i>(1 ou plusieurs projets de réadaptation dans 1 ou plusieurs sphères)</i>
	Date d'échéance
SYNTHÈSE DE LA SITUATION ACTUELLE QUI FAIT L'OBJET DU PII	
Description brève et globale des situations de handicap ou de participation sociale actuelles et des changements significatifs qui justifient l'élaboration du PII ou sa révision. Cette synthèse montre les liens entre les habitudes de vie ciblées et les facteurs personnels et environnementaux qui en facilitent la réalisation ou qui leur font obstacle. Elle inclut le diagnostic, l'information concernant la déficience des systèmes organiques et autres informations pertinentes à la compréhension de la situation.	





SYNTHÈSE DE LA SITUATION ACTUELLE QUI FAIT L'OBJET DU PII (SUITE)		
PRONOSTICS DE PARTICIPATION SOCIALE		
<small>Hypothèses sur la participation sociale anticipée sur un horizon de deux ans ou moins, à partir des informations actuelles et selon une probabilité de 50% et plus, dans les sphères de : A) Autonomie personnelle, B) Autonomie sociale et résidentielle, intégration communautaire, C) Intégration scolaire, professionnelle incluant le travail rémunéré ou non rémunéré.</small>		
Sphère	<i>(Il peut y avoir plus d'un énoncé de pronostics de participation sociale dans une même sphère)</i>	Date d'échéance
BESOINS PRIORITAIRES DE LA PERSONNE POUR LE PRÉSENT PII		



Source : Le Bouclier : Document de référence pour l'élaboration des plans d'intervention individualisés (PII) au C.R. Le Bouclier. Cadre conceptuel et composantes essentielles. Chapitre 1 et 2. Pages : 73

Annexe 9 : Fiche sociodémographique des participants

Focus group des intervenants – 26 janvier 2006

Noms Sexe Âges Origine Scolarité Profession Ans/pratique N/clients
immigrants

1-Carole	F	37	C/F	Bacc	Kinésiologue	12	11 à 20
2- Martine	F	48	C/F	Maîtrise	Psychologue	20	Plus de 20
3- Albert	H	56	Italien/ Algérie	Maîtrise	Psychologie	30	Plus de 20
4- Audrey	F	32	C/F	Bacc	Physiothérapeute	10	Plus de 20
5- Josée	F	38	C/F	Bacc	Physiothérapeute	15	Plus de 20
6- Nathalie	F	33	C/F	Bacc	Ergothérapeute	10	Plus de 20
7- Andrée	F	40	C/F	Bacc	Ergothérapeute	12	Plus de 20

Focus group des agents tiers – CSST – 21 avril 2006

Noms Sexe Âges Origine Scolarité Profession Ans/pratique N/clients
immigrants

8-Laure	F	51	C/F	Bacc	Conseillère	6	Plus de 20
9-Ginette	F	56	C/F	Bacc	Conseillère	13	Plus de 20
10-Aline	F	38	C/F	Bacc	Conseillère	4	Plus de 20
11-Hélène	F	42	C/F	Bacc	Conseillère	6	Plus de 20
12-Lise	F	41	C/F	Bacc	Conseillère	3	11 à 20
13-Pierre	H	35	C/F	Bacc	Conseiller	7	11 à 20
14-Denise	F	48	C/F	Bacc	Agent	7	11 à 20

Conseillère = conseillère en réadaptation

Agent = Agent d'indemnisation

Focus group des clients/immigrants – 07 avril 2006

Noms Sexe Âges Origine Scolarité Profession Ans/ Temps/ Temps /
Québec CSST Réadaptation

15-Marlene	F	38	Haïtienne créole	DEC	Responsable de garde de milieu familial	16	6 mois	2 mois
16-Dolores	F	53	Mexique	Bacc	Conseillère Planification Service Financier	32	4 mois	2 mois