

n° 355 - Janvier-Février 2021

imag

Le magazine de l'interculturel



Panoramique

SOIGNANTS, SOIGNÉS

Plaidoyer pour les médiateurs

Info dessinée

Raconte-moi ton histoire



Dédicace

À Abdel Fargaoui

Un collègue, un compagnon de route, un ami nous a quittés en novembre dernier. Chez qui l'a connu, évoquer Abdel Fargaoui fera immédiatement apparaître un sourire et pétiller les yeux. Son départ ultime n'y changera rien.

Pilier fondateur de ce qui fut le Centre socio-culturel des immigrés de Bruxelles, et est le CBAI, Abdel c'était un homme bien, un homme bon, un homme chaleureux, bienveillant, empathique, toujours là pour qui le sollicitait, et ils furent nombreux, ici et plus tard au CERIA, jamais avare de son temps ni de son énergie.



Administratrice
du CBAI

Mélody NENZI

La **RECONNAISSANCE** des uns, le **déni** des autres

À y regarder de plus près, il existe différents niveaux d'enfer en cette période difficile où chacun y va de son « ras-le-bol ». Par exemple, dans mon enfer particulier, il m'est loisible de me balader au parc avec ma grand-mère et lui faire profiter de mes filles. Je m'organise pour faire quelques courses pour ma mère. Et si mes filles sont en « teams » à la maison, je télétravaille aussi.

Mais prenons le cas de Laila qui, pour aller voir sa maman isolée au Maroc, devait soustraire à son salaire des jours de quarantaine sans soldes parce que, comme puéricultrice, le télétravail n'existe pas. Ou encore celui de Viviane qui devait renoncer à aller voir la dépouille de son père au Togo passé en zone rouge.

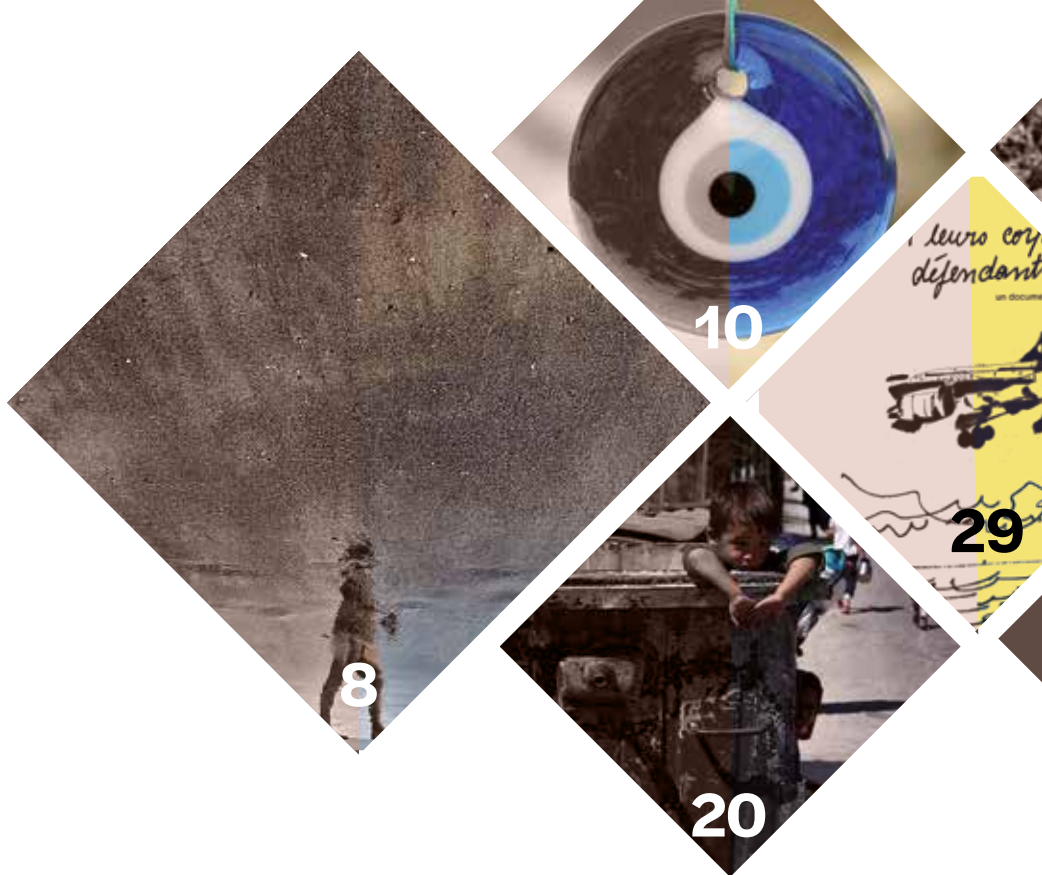
Les théoriciens tenteront d'analyser sous quel « curseur discriminatoire » nous pourrions catégoriser ces situations: celui du racisme structurel ? du déni de reconnaissance ? d'une problématique intersectionnelle ?

De telles situations peuvent paraître insignifiantes, voire anecdotiques dans ce contexte. Pourtant, il faut agir ! Car si par rapport à de telles situations, nous n'agissons pas dans nos propres structures, auprès de nos collègues, nos amis, nos familles, cela montrera une fois de plus que la reconnaissance des besoins des uns passe par le déni de ceux des autres.

C'est pourquoi, à l'heure où les autorités nous imposent une représentation standardisée de ce qui est essentiel et ce qui ne l'est pas, il faut se demander si l'égalité de dignité de tous ne doit pas en faire partie. Cela implique des solutions prenant en compte – sans discriminations – les réalités de chacun. Sinon, l'actualité de demain sera toujours celle où il faut choisir entre la dignité et la mort¹. Mort symbolique dans la non-reconnaissance au quotidien ou mort violente quand défendre sa dignité peut coûter la vie. ▶

[1] Norman Ajari, *La Dignité ou la mort. Éthique et politique de la race*, Paris, Éd. La Découverte, coll. Les Empêcheurs de penser en rond, 2019.

SOMMAIRE



Edito

Méloody Nenzi 3

Top & Flop

6

Panoramique

Soignants, soignés. Plaidoyer pour les médiateurs 8

Médiation interculturelle au CHR : un outil pour les patients et l'institution 10

Annie Cornet, Christine Tomat, Aysel Uzun

Réparer les liens abîmés 16

Entretien avec Reza Kazemzadeh

« Ne suis-je pas humain ? » 20

Jonathan Herman & Rachel Husson

La résilience psychosociale en 5 questions 24

Danièle Crutzen

A leurs corps défendant 28

Anaïs Carton & Pauline Fonsny

Les sentinelles de l'ONE 31

Entretien avec Nadera Chilah & Françoise Dubois



Rendre les soins plus inclusifs 34

Anne-Claire Orban

Interprètes dans les hôpitaux : se faire une place..... 39

Nicolas Bruwier

Migration

De nouveaux immigrants espagnols en Belgique..... 42

Anne Morelli

Info dessinée

Raconte-moi ton histoire..... 44

monsieur iou et Nathalie Caprioli

Espace public

Dis-leur que tu visais les pneus 47

Massimo Bortolini



Points d'écoute jeunes

« Etre jeune » ne rime pas avec insouciance, surtout dans ce monde mis sur pause. Ça rime plutôt avec interdits, menaces, invectives. Les services de santé mentale Anais, La Gerbe, Le Méridien, Saint-Gilles et l'Entraide des Marolles, en collaboration avec leurs partenaires (AMO, associations culturelles, etc.), ont mis en place des points d'écoute et d'accueil psychosocial pour les jeunes de 15 à 25 ans, accompagnés ou non, ainsi que pour leurs proches (parents, amis et amis, professionnels qui les entourent). Ce sont des espaces d'écoute gratuits, sans rendez-vous et confidentiels où ils peuvent se (dé)poser, parler de ce qu'ils vivent, pensent, ressentent.

Envoyez vos propositions à la Région

La Région bruxelloise a soumis au vote public le changement de nom du tunnel Léopold II par celui d'une femme. Elle a ainsi sélectionné « 15 femmes exceptionnelles ». Il y en a pour toutes les affinités : de Semira Adamu à Annie Cordy, en passant par Marguerite Yourcenar et Rosa Parks. Surtout, que rien ne vous empêche d'allonger la liste de la Région... vu que seules 6,2 % des rues bruxelloises portent le nom d'une femme.

Hymne à la noix

Petite révolution au pays des kangourous. Le gouvernement australien a décidé de modifier l'hymne national. « Nous sommes jeunes et libres » est remplacé par « Nous sommes unis et libres ». Du coup, la suite verra les descendants des colons faire leurs bagages, rendre leur terre aux peuples aborigènes, et s'excuser... Soit, c'est mieux que rien.



Clicaille

Plusieurs études ont montré que l'extrême-droite était très adroite sur les réseaux sociaux et l'internet en général. Très dépensière et influente dans le monde virtuel. Mais ce n'est pas tout. Depuis quelques temps, différents groupuscules extrémistes sont entrés dans le *game* et développent des jeux vidéos qui, sous couvert de scénarii convenus, voire classiques, instillent leurs messages fascistes et racistes. Comme dans quantité d'autres jeux, ça dézingue, dynamite, éparpille façon puzzle... mais qui le fait le fera après être entré dans la peau d'un extrémiste, connu ou pas. Une nouvelle forme d'appropriation culturelle, en quelque sorte.

Arrêts de mort

En l'espace de quelques jours, deux jeunes hommes sont morts dans un commissariat. Aucun intérêt à (se) demander ce qu'ils avaient bien pu faire pour terminer en cellule (ce que certains journalistes n'ont pas manqué de faire). Par contre, savoir comment ils ont pu y finir leur vie est nécessaire. Afin qu'une simple arrestation ne soit pas synonyme d'arrêt de mort. Rappelons que dans ladite affaire Chovanec, on craint davantage une prescription que des sanctions à l'encontre de la police.

Discours policé

Deux ans... Ces faits ont mis deux ans à être rendus publics, et encore, en *stoemelings* comme on dit en bon français de Bruxelles. Les faits, ce sont deux policières qui se baladent en voiture dans les quartiers populaires d'Anderlecht, musique à fond la caisse, égrainant en un chapelet quasi parfait des insultes à l'encontre des habitants : « macaques », « ça pue ici », « bande de grosses tapettes », « ça va courir »... Des propos que les jeunes du quartier dénoncent depuis longtemps.



SOIGNANTS, SOIGNÉS

Plaidoyer pour les médiateurs

Lorsqu'on consulte celles et ceux qui réparent les âmes ou les corps abîmés, on escompte une relation de respect réciproque et d'empathie. Comme l'exprime la professeure de médecine Lila Bouadma dans son émouvant portrait publié dans *Le Monde*, « un malade n'est pas qu'un corps, une pathologie. C'est une relation qui va au-delà du soin. Une relation humaine, tout simplement. »¹ Une relation humaine qui se construit au cas par cas, en tenant compte du « sac à dos » que chacun transporte, rempli de ses références culturelles et linguistiques, de ses croyances, de ses souvenirs, de ses fêlures aussi.

Dans ce dossier qui associe santé et interculturalité, nous avons accordé une large place aux pratiques des intermédiaires interculturels – médiateurs et interprètes – entre le patient et le personnel médical. Ce sont toutes et tous des « agents du monde vécu » qui avancent sur un fil. Leur mission est d'expliquer la différence entre le monde tel que vu par la personne soignée et le monde tel que balisé par l'institution. Parce que souvent méconnus ou invisibles, parce que quasi absents des débats sur les politiques de santé publique, nous avons voulu valoriser ces métiers indispensables.

[1] Solenn de Royer, « Lila Bouadma, réanimatrice à l'hôpital Bichat : Depuis l'enfance, je sais où je vais », in *Le Monde*, 13 décembre 2020.

Médiation interculturelle au CHR de Liège

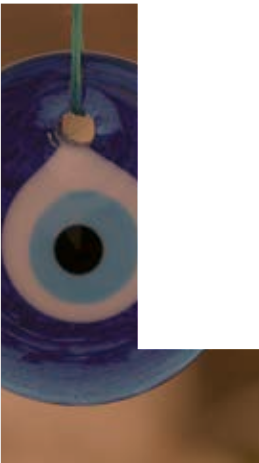
Un outil pour les patients et l'institution



© Pixabay

Passeurs de cultures, les médiateurs interculturels décodent à la fois la culture d'origine du patient et celle du système des soins de santé.

Pour gérer la diversité culturelle des patients et usagers, l'hôpital public CHR de Liège a été parmi les premiers à mettre en place un service de médiateurs interculturels : personnel de la même nationalité et culture que les patients qui sert d'interprète, mais aussi d'intermédiaire culturelle, entre le patient et le personnel soignant. La plus-value de la médiation se mesure par un gain de temps pour le personnel soignant, des séjours plus courts pour le patient, une diminution des ré-hospitalisations, une meilleure participation au traitement et un travail plus confortable, sécurisant et serein pour le personnel soignant. Si, initialement, la médiation est conçue comme un service aux usagers, elle s'avère également être un outil pour l'institution¹.



Le service de médiation interculturelle du Centre hospitalier régional (CHR) a été un des pionniers. Tout est parti d'un projet pilote, lancé en 1997, par une association qui travaillait sur l'interculturel. La reconnaissance a été lente et progressive. L'activité a trouvé sa place dans la plupart des hôpitaux mais la recherche

de légitimité auprès de l'ensemble des parties prenantes reste à l'agenda de toutes les équipes.

Par son statut d'hôpital public, mais aussi par sa situation géographique, cet hôpital accueille un nombre élevé de patients socialement fragilisés, issus de l'immigration ancienne (italienne, turque et marocaine, congolaise) ou récente (russe, afghane, syrienne, malienne et autres pays francophones d'Afrique subsaharienne). Il faut inclure des personnes en séjour illégal, des demandeurs d'asile, des réfugiés et des personnes de nationalité étrangère qui se déplacent en Belgique pour recevoir des soins.

Le service a démarré avec l'arabe dialectal et le turc, langues étrangères les plus parlées dans la région. Depuis 2019, le service est composé de 7 médiateurs qui parlent 8 langues: turc, albanais, serbe, croate, arabe classique, arabe dialectal, farsi et dari, auxquelles on peut ajouter la langue des signes. L'adaptation s'est faite en fonction des flux migratoires : le farsi et le dari correspondent aux nouvelles migrations, notamment celle des Afghans.

Histoire de la médiation

En Belgique, le tournant décisif qui « créa » véritablement le métier de médiateur interculturel en milieu hospitalier se situe en 1996. À l'époque, le Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme a chargé un groupe de travail de se pencher sur la question de l'accès aux soins de santé pour les personnes d'origine étrangère, avec la participation d'hôpitaux volontaires, pour évaluer les besoins.

Cette consultation aboutit à plusieurs constats :

- Le personnel soignant des hôpitaux a des difficultés d'assurer des prestations de soins satisfaisantes lorsqu'il est confronté à des patients d'origine étrangère qui ne parlent pas sa langue et qui ont une culture différente de la sienne.
- Les incompréhensions linguistiques et culturelles entraînent des problèmes pour poser les diagnostics mais aussi accompagner le patient dans son traitement et s'assurer qu'il le suit tel que prescrit. On parle de compliance, synonyme d'observance. Un patient compliant acceptera volontiers ce qui lui est proposé et suivra fidèlement les prescriptions qui lui sont faites.
- Tous les acteurs de l'hôpital sont confrontés à ces difficultés : les médecins mais aussi le personnel soignant, paramédical, le personnel d'entretien et les personnes à l'accueil administratif.

La conséquence de ces difficultés est que les patients hospitalisés restent en moyenne plus longtemps à l'hôpital que les autres. On observe une moins bonne compliance chez les patients allophones, donc moins de respect du traitement, et, en conséquence, de moins bons résultats.

Dans le suivi du groupe de travail, il est proposé aux hôpitaux qui le souhaitent de créer un poste de médiateur interculturel. Les hôpitaux pourront bénéficier d'un financement pour payer le travailleur. Les groupes-cibles sont les migrants et minorités ethniques (nommés MEM's), définis comme « *les différents groupes allochtones, en ciblant prioritairement ceux de statut socio-économique peu élevé, se trouvant dans une position défavorisée, ainsi que les sourds et les malentendants qui s'expriment en langue des signes* ». L'idée est de proposer des solutions permettant l'égalité et l'accès des soins pour tous, dans une logique de services publics, tel que formulé notamment dans les recommandations de l'OCDE² qui parle de services de soins centrés sur les usagers.

Médiation interculturelle et diversité

La gestion de la diversité renvoie aux défis que pose la diversité croissante de la clientèle et des usagers. Certains perçoivent cette diversité croissante comme une contrainte, d'autres comme un objectif ou une opportunité d'affaires. La diversité croissante des clients et des usagers, y compris sur le marché local, renvoie à des défis relatifs à une meilleure compréhension des besoins des usagers et des marchés et à l'amélioration de la communication avec ces groupes. Cela implique également des réponses aux revendications croissantes de certaines catégories d'usagers et de clients (ex : personnes en situation de handicap et personnes d'origine étrangère), de prise en compte de leurs spécificités. On voit alors émerger tout un discours qui défend l'idée qu'un personnel à l'image des consommateurs et des usagers serait plus apte à rencontrer leurs désirs et besoins. Un personnel hétérogène (caractéristiques de sexe, d'appartenance nationale et culturelle, ou encore, de catégories d'âge) est progressivement construit comme un avantage concurrentiel.

Les services publics n'échappent pas à ce mouvement. Ainsi, la proximité entre les caractéristiques de la main-d'œuvre et celles des usagers est perçue comme un atout dans des services publics tels que la défense, la police, les transports

urbains, les services de santé, confrontés à la nécessité d'améliorer leurs relations avec certaines franges de la population. Si l'argument de départ est la relation avec les usagers et les clients, les impacts sur les politiques de gestion des ressources humaines ne sont pas négligeables. En effet, l'enjeu est d'ouvrir les organisations à une nouvelle catégorie de main-d'œuvre, en mettant en place un management inclusif. Cela nécessite souvent la révision des processus de recrutement et de sélection pour permettre l'accès à ce nouveau vivier de talents. Ce processus touche également la gestion des rémunérations et des carrières. Il faut fidéliser cette main-d'œuvre et s'assurer que ses différences seront intégrées dans une vision pluraliste et non assimilationniste et, dès lors, valorisées en interne comme en externe.

Missions des services interculturels

Les missions dévolues au médiateur interculturel sont à double sens (Chbaral, Z., & Verrept, H., 2004) :

- D'une part, informer le personnel soignant sur les caractéristiques culturelles et religieuses des patients allochtones ainsi que sur les modes d'expression relatifs à la santé, à la maladie et à la douleur.
- D'autre part, informer les patients allochtones sur les demandes et contraintes de l'hôpital, notamment en les accompagnant dans leur démarche administrative. L'un des objectifs est que le patient ne soit plus un « objet » de soins, mais un sujet informé, capable de participer à son projet thérapeutique.

Les tâches du médiateur peuvent se décomposer autour de 5 rôles : interprétation linguistique, support à la communication, « passeur de culture », soutien aux patients pour l'amener à être un acteur dans la relation de soi, défense des patients.

Le premier rôle est l'interprétation linguistique ou traduction. Le médiateur interculturel est responsable de la traduction des propos des soignants dans la langue du patient et inversement. Cela n'est pas toujours simple car, parfois, il

n'existe pas de mot dans la langue du patient pour traduire les termes utilisés. Certains mots sont tabous et ne peuvent pas être utilisés, il faut alors contourner le mot mais en garder le sens. Plusieurs patients ont aussi des difficultés à mettre des mots précis sur leurs symptômes. Ils ne connaissent pas le langage médical et ne comprennent pas toujours, même si on traduit, le langage médical.

Le deuxième rôle est celui de support à la communication, en vérifiant que les différentes parties ont bien compris le message, en reformulant et en clarifiant les malentendus. Ces malentendus peuvent être perçus et corrigés par les médiateurs et médiatrices, en faisant appel à des reformulations, des synthèses.

Le troisième rôle est celui de « passeur de culture » ou « culture brokerage » (Cohen-Emerique, 2006). Les médiateurs ont pour objectif d'expliquer, à chacune des parties, les éléments culturels (valeurs, normes, pratiques religieuses, rites, habitudes, attitudes non verbales et comportements) qui peuvent aider dans le processus de soins. On intègre les éléments culturels relatifs à l'origine du patient mais aussi la culture organisationnelle de l'hôpital et de l'organisme de soins et la culture du pays d'accueil. Pour la culture du patient, cela comprend des éléments tels que la nourriture, les rituels lors d'un décès ou d'une naissance, les pratiques religieuses, l'expression des sentiments et des émotions, les modes relationnels. Ce sont des « agents du monde vécu » qui expliquent la différence entre le monde tel que vu par l'usager et le monde tel que balisé par l'institution.

Le quatrième rôle est celui de soutien aux patients pour l'amener à être un acteur et pas seulement un spectateur de la relation de soi. Yves Leanza et ses collègues (Leanza, Y. et al., 2020), parlent de la posture « agents du système ». Beaucoup de patients ont des difficultés à devenir un partenaire dans le processus de soins, les difficultés liées à la langue sont un élément d'explication mais ce n'est pas le seul. On est dans une situation où plusieurs patients peuvent se sentir impressionnés par les compétences et connaissances des

professionnels, ils sont dans une relation de dépendance. Le médiateur doit aider le patient à poser des questions, à oser dire s'il n'a pas compris. Il peut donner des conseils au patient pour préparer la consultation en apportant, par exemple, la liste des médicaments qu'il prend, en écrivant une liste de questions qu'il veut poser et en listant ses symptômes.

Le dernier rôle est celui de défense des patients. Le médiateur ou la médiatrice peut, dans certains cas, intervenir pour défendre les intérêts du patient. Le groupe visé se caractérise par une plus grande vulnérabilité que la population habituelle de l'hôpital. L'enjeu est une plus grande humanisation des rapports soignants-patients, mais aussi un diagnostic plus adéquat, un traitement plus efficace et l'amélioration de la qualité des soins. Ce rôle reste toutefois assez délicat car cela bouscule le rôle d'intermédiaire et de médiateur qui est privilégié dans la relation.

Intervention en triade

Le patient, le personnel soignant, le médiateur ou médiatrice sont présents. La première intervention est souvent une tâche de traduction. Cela peut aller au-delà, avec des éléments d'information sur la personne et sa culture, qui facilitent la compréhension et l'acceptation du diagnostic et du traitement et différents éléments pouvant jouer dans le confort du malade. On a de plus en plus d'interventions à distance, en visioconférence, qui s'expliquent notamment pour les hôpitaux qui exercent des activités sur plusieurs sites géographiques. Cette relation triangulaire est loin d'être simple.

Le médiateur oscille entre engagement/ loyauté, neutralité/ empathie, traduction/compréhension, confiance/ méfiance. On retrouve les notions de confiance mais aussi de pouvoir, dû à la position inégale en termes de statut et de savoir des différentes parties prenantes en présence et les questions du contrôle. La littérature énonce différentes compétences requises par la fonction, celles d'empathie, d'écoute, d'attention individuelle et collective, de facilitateur, de



© Service communication CHR

diagnostic des relationnelles conflictuelles, de reformulation. Ils pointent aussi la difficulté de gérer les émotions générées pendant la consultation et tout le processus d'accompagnement, en lien avec les difficultés vécues par les patients. On parle de traumatisme vicariant, présent chez celles et ceux qui accompagnent les personnes qui vivent des situations très douloureuses comme les femmes victimes de violence conjugale.

Profil des médiateurs

Au début, la politique était d'engager des personnes d'origine étrangère qui venaient des communautés ciblées, de la première ou de deuxième génération de migrants. Progressivement il y a une ouverture à des personnes qui ont des connaissances sur le parcours des réfugiés et des migrants. On intègre aussi progressivement des personnes qui ont une bonne connaissance des réalités socio-politiques des pays des migrants. La plupart des médiateurs interculturels sont en fait des médiatrices. Un élément qui a expliqué pourquoi il n'y avait que des femmes est le fait que de nombreuses interventions sont liées à la maternité. Mais là aussi cela bouge : le service de médiation de l'hôpital public a depuis peu recruté un homme parmi les médiateurs.

Compte tenu de l'impossibilité de répondre à toutes les demandes, un appel à des services de traduction externes est également utilisé avec le soutien de la direction sur base d'une convention, avec le SeTIS Wallon (Service de traduction et d'interprétariat en milieu social³). À plusieurs reprises, il est aussi fait appel au service de bénévoles, avec tous les risques que cela comporte, même si ces bénévoles sont encadrés par le service de Médiation interculturelle.

Notons une initiative intéressante et innovante qui est le répertoire des traducteurs internes. Il a été demandé à

chaque membre du personnel, et c'est par ailleurs dans la fiche à l'embauche, d'identifier les langues parlées et comprises par le personnel et de marquer son accord pour être sollicité si des besoins de traduction apparaissaient dans un des services en lien avec cette langue ou ce dialecte. Cela donne une base de données de 350 traducteurs internes bénévoles pour 45 langues. Ce répertoire est mis à jour régulièrement. Cela crée du lien social dans l'entreprise, permet de reconnaître des compétences jusque-là invisibles, donne une dynamique interne qui s'inscrit totalement dans la logique de l'entreprise apprenante.

On a assisté ces dernières années à une réelle professionnalisation du métier. Les nouvelles personnes qui ont le poste subsidié doivent obligatoirement suivre une formation au ministère. Les médiateurs interculturels doivent participer à un minimum d'heures de supervisions et sessions de formation organisées par la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique. Les médiateurs interculturels qui ne disposent pas d'un master en interprétariat ou d'un certificat reconnu d'interprète social, doivent suivre une formation de base aux techniques d'interprétariat de liaison. Par ailleurs, il existe de la formation permanente à partir des supervisions. L'apprentissage « sur le tas » est important, avec une aide des pairs. Il y a aussi des partenariats avec des associations d'aide aux personnes d'origine étrangère.

Un travail d'équilibriste

Les enseignements à l'issue de ce travail sont multiples. On voit tout d'abord la complexité de la triangulation entre la médiatrice/le médiateur, le patient, le personnel soignant, relation basée sur la confiance mais aussi les rapports de pouvoir, en regard de la fragilité et de la vulnérabilité du patient. Les relations inégalitaires existent aussi entre les médiateurs et médiatrices et le personnel soignant. Certains

Dans l'équipe des médiatrices et médiateurs du CHR, on parle 8 langues : turc, albanais, serbe, croate, arabe classique et dialectal, farsi et dari, en plus de la langue des signes.

mettent en doute les compétences des médiateurs et médiatrices, qui ne sont jamais des professionnels de la santé, à pouvoir intervenir valablement dans un processus de soins. Cela demande beaucoup de formations au langage médical, à la compréhension du fonctionnement de l'hôpital, aux langages spécifiques à certaines fonctions. Par ailleurs, la fragilité du patient, accentuée par la maladie, déséquilibre inévitablement la relation. Il y a là un travail d'équilibre qui est un réel challenge pour permettre aux patients de se sentir acteurs du processus de soins.

On perçoit tout le sens du mot médiateur, qui paraît plus adéquat que celui d'interprète, plus utilisé dans le monde anglo-saxon. On voit toute la complexité du métier qui allie des besoins de traduction avec des compétences linguistiques (compétences techniques) mais aussi des compétences sociologiques pour la compréhension des différentes normes et valeurs associées à chacune des cultures.

Le nouveau projet « Welcome »

Le CHR vient de lancer un nouveau projet « Welcome », visant l'accueil personnalisé des personnes à besoins spécifiques, notamment les personnes en situation de handicap. Ce service gratuit consiste en un accueil et un accompagnement personnalisé aux personnes qui souffrent d'un handicap (handicap moteur, difficulté de déplacement, malentendant, malvoyant, mental, etc.) et qui ont besoin d'être aidés et/ou accompagnés lors d'une consultation, d'une hospitalisation, d'une prise de sang, d'une visite, etc.

Nous avons montré que la diversité du personnel améliore la relation avec les usagers et les clients. On a clairement démontré les apports « économiques » d'une politique de gestion de la diversité qui permet d'améliorer la réalisation de la mission de l'organisation, en l'occurrence soigner les personnes d'origine étrangère. On retrouve aussi les préoccupations égalitaires avec l'idée d'aider les patients

d'origine étrangère dans un meilleur accès aux soins et aux traitements. On est dans la lutte contre les discriminations, discriminations qui peuvent perturber la relation entre le personnel soignant et le patient.

On a passé sous silence les enjeux et difficultés liés au sexe. Pourtant on sait que les médiateurs sont souvent des médiatrices. Que leur sexe peut parfois poser un problème de reconnaissance dans l'hôpital, même si on est dans des métiers où les femmes sont majoritaires. Que leur reconnaissance comme expertes n'est pas acquise dans toutes les cultures. Par ailleurs, les femmes sont souvent les premières visées dans les processus de médiation qui ont surtout démarré autour de l'accompagnement des femmes pendant leur maternité. Il y a là des réelles pistes pour des travaux ultérieurs. ■

[1] Cet article est un résumé d'un article publié in *Les nouveaux défis de la diversité et de l'inclusion au travail*, Management & Sciences Sociales, n° 29, Juillet-Décembre 2020, pp.73-90.

[2] www.oecd.org/els/health-systems/health-brochure.pdf

[3] Lire l'article de Nicolas Bruwier en pages 39-41 de ce dossier.

Références bibliographiques

- Barth, I. (2018). *Manager la diversité-De la lutte contre les discriminations au leadership inclusif*, (Paris: Dunod.
- Chbaral, Z., & Verrept, H. (2004). La médiation interculturelle en milieu hospitalier. *Médiations & Sociétés*, (8), 24-27.
- Cohen-Emerique, M. (2006). Les médiateurs sociaux et culturels : Passerelles d'identités. In F. des associations de Femmes-relais (Éd.), *Médiation sociale et culturelle : Un métier, une déontologie*. Bobigny.
- El Abboubi, M., De Saint Sauveur, M., & Cornet, A. (2018). La gestion de la diversité : Ruptures et innovations pour la GRH. In A.-F. Bender, A. Klarsfeld, & Ch. Naschberger (Éds.), *Management de la diversité des ressources humaines - Études empiriques et cas d'entreprises* (p. 273-292). Paris: Vuiber, coll. AGRH.
- Leanza, Y., Angele, R., René de Cotret, F., Bouznah, S., & Larchanché, S. (2020). Former au travail avec interprète de service public et à la médiation interculturelle. Une étude exploratoire. *L'Autre*, 21⁽⁹⁾, pp. 73-82. <https://doi.org/10.3917/lautr.061.0073>
- Schein, E. H. (2004). *Organizational Culture and Leadership*. 3rd Ed., Jossey-Bass.
- Verrept, H., & Coune, I. (2016). *Guide pour la médiation interculturelle dans les soins de santé*. Bruxelles.

RÉPARER

les liens de confiance abîmés

Reza Kazemzadeh dirige depuis six ans le Centre Exil, association bruxelloise de santé mentale spécialisée dans la réhabilitation de réfugiés ayant été victimes de violence et/ou de torture.

Le Centre travaille en réseau et en multidisciplinarité afin de prendre en compte les dimensions juridiques, sociales, médicales et psychologiques de ses patients. Quand il exerce comme psychothérapeute, Reza puise – au-delà de sa formation universitaire – dans ses racines iraniennes et son propre exil.

Dans quelle mesure existe-t-il des différences culturelles dans le rapport de chacun à la santé ?

Reza Kazemzadeh : La culture est un intermédiaire entre nous et notre façon de nous sentir, de nous comprendre, mais aussi d'être en rapport avec le monde extérieur et d'essayer de le comprendre. Notre psychisme est en grande partie formé après la naissance, dans nos interactions aux autres.

La souffrance n'est pas nommée de la même manière dans les différentes cultures. La représentation et le sens qu'on lui donne sont conditionnés culturellement. Par exemple, la culture occidentale psychologise très fort et, classiquement, le thérapeute analysera ce que les douleurs corporelles expriment au niveau psychique. Quand des patients me parlent de palpitations, je pourrais interpréter celles-ci en termes d'angoisse, même si ce malaise n'est pas toujours identifié comme tel par mes patients. La question est alors de savoir : dans la compréhension du symptôme et dans la prise en charge, faut-il à chaque fois transformer ce que nous dit le patient dans notre grille d'analyse (apprise lors de nos études de psychologie en Europe), ou faut-il se familiariser aussi avec la manière dont les choses se manifestent au sein de la culture du patient ? J'opte toujours pour la deuxième option.



© Massimo Borrolini

Dans certaines cultures, la dépression – lorsque les patients connaissent le mot – est une maladie beaucoup plus sérieuse qu’ici où on a banalisé ce concept psychologique. Ainsi, les mots peuvent ne pas avoir la même valeur ou le même poids. Dans certaines cultures, la dépression pourrait aussi être liée à la folie : la personne qui est étiquetée dépressive n’a pas l’impression qu’elle a attrapé une maladie banale et facile à résoudre.

De plus, dans notre culture occidentale, on lie la source de souffrance à un « mal » intérieur. Alors que dans d’autres cultures, on lie la souffrance psychique à des causes extérieures. Cela peut être considéré comme un mécanisme de défense parfois très efficace pour mettre à distance la raison d’une maladie. C’est aussi beaucoup moins culpabilisant de se dire qu’on nous a jeté un sort. En extériorisant la cause de souffrance, le groupe devient un soutien pour pouvoir la contrer, parfois sous forme de rituels et de cérémonies. Tout le monde est concerné par ce qui m’arrive ! Alors qu’ici la tendance est parfois à l’isolement, avec le risque de se renfermer sur soi-même.

La manière dont on donne un sens à la souffrance a donc souvent des fonctions sociales et culturelles que le psychologue doit prendre en considération sans en changer

le sens selon sa propre grille. Il faut que la personne arrive à mettre sa souffrance en lien avec un ensemble d’éléments qui composent sa vie familiale, sociale, relationnelle.

Nommer sa souffrance, c’est donc pouvoir y donner un sens...

Reza Kazemzadeh : Exactement. Si j’ai une douleur dans mon corps, et tant que le médecin n’arrive pas à y donner un sens, je serai habité par une angoisse permanente. De même que pour la souffrance psychique : je dois arriver à y donner un sens. Parce que le sens me permet souvent d’entreprendre des stratégies pour gérer la souffrance.

Exprimer des maux en termes de douleurs corporelles plutôt que psychiques, est-ce parce que, parfois, certains maux sont tabous ?

Reza Kazemzadeh : De manière générale, ce que nous appelons la maladie mentale est problématique dans toutes les sociétés. Je le dis platement : comment faire avec nos fous ? C’est une question que toutes les sociétés se posent, parce que la personne atteinte « de ça » n’arrive plus à fonctionner à partir des attentes de son groupe d’appartenance. Parfois, la manière dont la situation est

considérée ne l'est pas en fonction de l'intérêt du malade, mais en fonction de dysfonctionnements qu'il crée dans ses rapports avec sa famille, avec son entourage immédiat, avec sa religion, etc. Dans toutes les cultures, certaines maladies sont de nature excluante, comme si une énergie n'agissait plus au service du reste de la société. Parfois, dans des cultures holistiques, la folie provoque la honte et l'exclusion.

J'ai aussi remarqué que, dans toutes les cultures traditionnelles et modernes, le handicap physique ou mental peut créer la honte au sein de familles. Elles ont tendance à le cacher, à le banaliser, à le minimiser ou le nier.

Par rapport à la souffrance psychique, n'est-on pas moins rapidement déstabilisé – par exemple, on dirait moins facilement qu'on n'a pas le moral – lorsqu'on vient de pays où les conditions de vie sont difficiles ?

Reza Kazemzadeh : Avoir des difficultés me fait penser à un proverbe chinois : « Dans la vie, ou on gagne ou on grandit ». Mais cette vue a une certaine limite pour le psychisme humain. Si la frustration et la privation dépassent un certain seuil (qui n'est pas un seuil objectivant, car une dimension subjective peut varier d'une culture à l'autre, comme d'un individu à l'autre), on aura besoin de plus de protection. Dans ma clinique, il est parfois question de violence gratuite et insensée dont les demandeurs d'asile ont été victimes. La souffrance est dévastatrice quand on n'arrive pas à lui donner un sens. « Pourquoi on a pris mon père, pourquoi on l'a tué ? », « Pourquoi on m'a mis en prison, et on m'a torturé ? », « Pourquoi m'a-t-on violée ? », « Pourquoi, parmi tous ces gens autour de moi, c'est moi qui devais porter ça, c'est moi qui a été choisi ? »

Comment travaillez-vous le sens avec vos patients, notamment les réfugiés qui ont subi de la violence ?

Reza Kazemzadeh : Sur la question du sens de la souffrance psychique, je ne pense pas qu'on peut donner un sens universel, ou plus proche de la vérité. Parce que ce sens s'inscrit toujours dans une manière de voir le monde, de le sentir et de le comprendre. Ce qui veut dire que ça n'aide pas les patients si je veux absolument les convaincre qu'ils

doivent comprendre les choses à partir de ma formation de psychologue et qu'ils doivent adhérer à ma représentation. Ce qui est important, c'est la façon dont on travaille le sens de la souffrance. Ce sens est en rapport avec l'intention de l'autre : pourquoi m'avez-vous fait du mal ? Qu'est-ce que cela signifie par rapport à moi en tant qu'être humain ? Les gens qui ont été victimes de violence arrivent très difficilement à faire le lien entre ce qu'ils étaient avant le traumatisme et après. Ils ont souvent cette impression de devenir quelqu'un d'autre après avoir vécu une tragédie.

Le travail sur le sens est conditionné par ses conséquences, positives et négatives. La manière de comprendre les traumas a certains avantages (notamment celui de pouvoir faire appel à des ressources de sa communauté), mais elle a aussi souvent ses revers. Tout ce qui est de l'ordre de la souffrance ou du désordre psychique, provoque en même temps du désordre dans nos rapports aux autres et dans nos manières d'être avec les autres. Donc la manière dont nous allons élaborer le trauma aura aussi des conséquences sur la manière de le vivre personnellement et avec les autres.

Un événement traumatique passé a une influence sur ma vie actuelle. Cette influence est souvent pernicieuse ou cachée sur tout ce qu'on est en train de vivre avec les autres, que ce soit en famille, en couple, au travail. L'un des enjeux de la thérapie est de comprendre comment ce trauma a eu, et peut toujours avoir, une influence dans ma vie. En examinant comment il prend cette place, on arrive souvent à diminuer cette influence diffuse.

Une fois qu'on a identifié ce trauma ou comment il peut avoir de l'influence, cela permet au moins d'en être conscient et, éventuellement, de pouvoir faire avec, voire de le diminuer ?

Reza Kazemzadeh : Cela permet de le contrôler. Par rapport à certains types de traumatismes, on n'arrive pas à faire comme s'il n'était jamais arrivé. Mais grâce à un soutien de l'extérieur, qui ne prend pas toujours la forme d'une thérapie, on peut aider les gens à vivre avec. La perte n'est pas la même quand, par exemple, des proches périssent dans un

tremblement de terre, ou lorsqu'on tue de manière intentionnelle la famille d'une personne. Dans ce deuxième cas, on détruit un lien et une confiance que cette personne avait envers les êtres humains. Les victimes commencent à fonctionner à l'envers. Une personne traumatisée va se méfier de tout le monde, sauf si on parvient à lui prouver qu'on lui veut du bien. Il s'agit donc de travailler le lien. A travers le lien que j'essaie d'établir avec la personne traumatisée, je lui fais travailler les liens qui ont été abîmés. La solitude et l'isolement sont souvent une des conséquences terribles du traumatisme qu'ils ont vécu. Tout leur être devient une prison en soi. Ils ont parfois le sentiment de ne plus pouvoir sortir d'eux-mêmes et être en présence des autres. Dans la thérapie, on travaille aussi tout simplement à partir de ce qu'on vit ensemble en tant que deux êtres humains, dans un cadre donné. On discute, on boit ensemble, on évoque les souvenirs. Parfois on rit, parfois on est triste, parfois on n'est pas d'accord. A travers ces échanges, des liens de confiance en autrui se renouent.

Avez-vous adapté votre pratique en travaillant différemment, par exemple, en ne restant pas toujours dans votre bureau ?

Reza Kazemzadeh : Vous posez la question du cadre. La parole est la voie privilégiée en thérapie, même s'il existe d'autres médiums comme le corps, la musique, la danse...

J'ai travaillé 14 ans avec les sans-abri. Ils n'ont pas le même rapport à la parole, ni à la scolarité. C'est l'enseignement qui nous permet d'utiliser la parole comme un instrument dans nos rapports (de pouvoir) avec les autres. Certaines personnes pourraient éventuellement se sentir jugées ou n'avoir pas accès au vocabulaire utilisé par les psychologues. Avec les sans-abri, j'ai appris qu'on peut aussi discuter dans un cadre qui ne se matérialise pas à partir d'un espace visible. Un cadre qui devient portatif : il est dans ma tête et je dois arriver à rencontrer l'autre dans son lieu de vie.

Parfois, quand on accepte de changer et d'adapter son cadre de travail, le discours que les gens confient est fort différent. Pour moi, aucun cadre n'est défini ou instauré une fois pour

toutes. La psychologie que j'ai apprise dans les années 1980 à l'université est en grande partie adressée aux classes moyennes. A l'époque, l'ethnopsychiatrie n'était pas très présente ni reconnue – elle l'est encore assez peu aujourd'hui. Dans mon cursus universitaire, on me formait comme si je devrais toujours me trouver face à une personne issue de la classe moyenne, qui peut formuler clairement une demande ou une réflexion, qui peut venir régulièrement aux rendez-vous. Quand j'ai commencé à travailler avec les sans-abri ainsi qu'avec des gens d'autres cultures, j'ai affiné le cadre de façon à réellement rencontrer la personne en face de moi.

C'est dans ce cadre que je me sens à l'aise. Mais il faut surtout aussi que le patient arrive à se sentir bien dedans. Et souvent, la rencontre en elle-même est thérapeutique. C'est-à-dire la manière dont je fais attention à la façon d'accueillir le patient pourrait parfois davantage l'influencer ou provoquer un déclic dans sa tête que s'il me dévoilait un vécu douloureux. Il faut cependant que ce lien et ces relations soient réfléchis. Je dirais que le fait d'être issu d'une culture holistique m'a aidé. Je viens d'une culture du Moyen-Orient où le lien dans la communication est aussi important, voire plus, que le contenu de la communication. Ce lien est très important dans le travail thérapeutique.

Au cours des 25 dernières années, quelle évolution positive et négative avez-vous observé dans le secteur de la santé mentale ?

Reza Kazemzadeh : Les subsides sont insuffisants vu l'augmentation des besoins de prise en charge psychologique. De plus, la santé communautaire est insuffisamment financée. Par contre, du côté plus positif dans le champ de la santé mentale, je trouve qu'il y a plus d'ouverture et de réflexions autour des questions de précarité et d'interculturalité. J'observe une plus grande sensibilité sur ces questions. ▀

Propos recueillis par **Judith Hassoun**



Psychologue
clinicien Jonathan HERMAN

Juriste
et politologue Rachel HUSSON

« Ne suis-je pas HUMAIN ? »

Quand nous étions encore étudiants, nous discutons souvent des enjeux de santé mentale d'une part, et migratoires d'autre part. Ainsi, fin 2020, au milieu d'une pandémie mondiale, nous avons voulu prendre contact avec des personnes en transit pour voir comment elles allaient, vraiment, et comment elles évoquaient les violences dont elles ont été – ou sont toujours – témoins. Pour ce faire, nous avons contacté des anciens collègues bénévoles présents à Lesbos. Ils nous ont mis en contact avec des migrants qui sont passés par le camp de Moria ou qui y sont toujours. Nous aspirons dans cette contribution à revenir sur certains moments forts de nos entretiens avec six des témoins que nous avons rencontrés, pour mettre en lumière à quel point la santé mentale des migrants peut être soumise à rude épreuve, sans avoir accès en général à un soutien adapté.



ors de notre premier entretien, Rami¹ nous précise d'emblée « Je répondrai à toutes vos questions, sans exception. N'hésitez pas à me demander quoi que ce soit. Je serai clair, je répondrai. » Il nous explique qu'il tient à être honnête sur son parcours. Deux jours plus tard,

les premiers mots d'Elyas à notre égard furent les suivants: « Je m'excuse de vous raconter ce qui suit. Mais ce que je raconte est la pure vérité, j'ai tous les documents qui le prouvent ».

Tout raconter, s'excuser, prouver et être écouté

A force d'avoir expliqué leur histoire à répétition à des agents qui ont tout le pouvoir de décider de leur futur et qui les accusent régulièrement de mentir, ces migrants nous semblent avoir développé un « réflexe » d'autojustification en toutes circonstances. Une entrevue bienveillante ne semble être ni distinguable ni distinguée d'une entrevue hostile...



Qamar Muhammadi vit en transit au camp de Moria où il a pris ces photos avec son smartphone. Il a vécu les inondations et l'incendie du camp.

Au-delà d'encaisser les accusations de mensonges, il est également très rare pour les migrants d'être réellement écoutés. C'est ainsi que notre discussion avec Rami se prolongea pendant plusieurs heures. Conscient que nous ne pourrions rien pour sa situation directement, il nous livre tout de même sa détresse émotionnelle. « Je veux juste un endroit pour pouvoir finir ma vie et mourir tranquillement. » Le voyage depuis la Syrie et les conditions d'accueil en Europe l'ont détruit. Il n'a plus d'espoir et surtout il est las. Il nous répète que si ça ne tenait qu'à lui, il se serait déjà suicidé. Mais sa fille a donné naissance à son petit-fils il y a six mois dans le camp de Moria², à Lesbos, et il sent qu'ils ont besoin de lui. Alors, il se force à rester en vie, bien qu'il nous répète ne plus en avoir envie.

Solitude et manque

Pour Imad, jeune afghan de 19 ans, le plus dur à accepter, c'est d'être éloigné de sa famille, et surtout de sa mère. Forcé par sa famille à fuir le pays quand il avait 14 ans dans le but de rejoindre ses cousins en Allemagne, loin de la guerre, ce jeune adulte un peu perdu nous confie que « jamais en Europe je n'aurais imaginé qu'on vive dans des tentes ».

Imad nous explique que si c'était à refaire, il viendrait avec sa famille. Ainsi, il se trouve dans une situation ambivalente. D'un côté, il perçoit son périple comme cauchemardesque et ne souhaite nullement cela à ses proches. D'un autre

Rami se force à rester en vie, bien qu'il nous répète ne plus en avoir envie.

côté, il pense souvent à sa famille et sa terre natale qui lui manque terriblement, et il suppose – sans réelles certitudes – que la situation en Afghanistan est pire.

Vivre avec ce tel manque et ce doute constant nous paraît difficile à supporter, d'autant plus à 19 ans. Et face à ce conflit interne, Imad est assez démuné. Ce jeune homme, comme tout adolescent, a besoin de se rattacher à ses proches, mais en est privé. De surcroît, il ne peut pas retourner « chez lui », et ne sait pas ce que l'avenir lui réserve.

Garder contact

Ce tiraillement émotionnel n'a pas été pas le seul observé dans nos multiples échanges. Si la réalité qui attendait nos interlocuteurs en Europe les a souvent surpris, rares sont les migrants qui échangent en toute franchise avec leurs proches restés au pays. En continuant de discuter avec Imad, on comprend toute l'ambivalence qui le déchire en son être intérieur. « La plupart du temps, même quand ma situation est vraiment mauvaise, [...] je ne dis que des bonnes choses à ma mère. Je ne veux pas qu'elle s'inquiète, elle est déjà malade. » A l'inverse, d'autres, comme Nadir, sont tellement marqués par l'enfer de leur parcours qu'ils insistent auprès de toute personne voulant émigrer : « Moi, jamais au grand jamais de chez jamais, je recommencerais. Mon meilleur conseil est de ne pas venir en Europe, je vous en supplie. S'il vous plait, ne le faites pas ».



*« Moi, jamais au grand jamais
de chez jamais, je recommencerais.
Mon meilleur conseil est de ne pas venir
en Europe, je vous en supplie.
S'il vous plait, ne le faites pas ». Nadir*

Déni et utopie

Quand on a demandé à Qamar ce qu'il changerait s'il pouvait recommencer son épopée jusqu'à Moria, sa réponse nous a relativement surpris. De ce qui nous semble être une autre réalité, il nous livre que « à recommencer, je me préparerais pour ce voyage. Je trouverais une solution pour chaque problème que j'ai rencontré ». Bien que cette solution nous paraisse relativement utopiste aux vues des violences policières, vols par des gangs, et autres atrocités spontanées qu'il nous a racontées avoir subies, nul ne peut lui reprocher de s'être muré dans un rêve éveillé. Ce mécanisme permet de rendre son périple « acceptable » pour son mental. Tout comme il nous arrive de repenser une discussion en ayant cette nouvelle fois une meilleure répartition, Qamar, à une autre échelle, se protège des traumatismes qu'il a vécus.

Dignité et droits humains

Plusieurs migrants se sont livrés sur leur incompréhension et le sentiment d'injustice qui les remplissent. Nadir nous a expliqué avoir été « traité comme un animal » à plusieurs reprises. Taher nous a demandé plusieurs fois « quelle est la différence entre vous et moi ? Pourquoi je ne suis pas protégé par les droits de l'Homme et vous oui ? Ne suis-

je pas humain ? [...] Tous les jours des migrants meurent dans la mer et personne ne s'en soucie ». Nous avons ressenti beaucoup de colère à travers ces témoignages. Néanmoins, bien que légitime, ce sentiment n'est que très peu entendu par le système, qui favorise leur déshumanisation. Cela ne fait qu'amplifier cette colère, tout en offrant peu d'opportunités pour la canaliser.

Sécurité et éducation

Tous ceux que nous avons contactés nous ont dit avoir tenté la traversée vers l'Europe en quête de sécurité et d'éducation. Ils aspiraient à continuer à apprendre, à travailler, à s'investir dans une société qui leur offrirait respect et sécurité. Et la réalité des camps de Lesbos ou les centres d'accueil en Italie n'ont que très partiellement, voire aucunement, assouvi leur espoir. Ils sont loin d'être autorisés à travailler et dépendent des activités des ONG pour poursuivre leur éducation. Quant à se sentir en sécurité, c'est compliqué lorsque l'on vit agglutiné dans des camps prévus pour cinq fois moins de personnes, entouré par des policiers et locaux hostiles.

Néanmoins, tous n'ont pas – encore – perdu espoir. En effet, au-delà du fait que c'est l'espoir de trouver sécurité et éducation qui les maintient en vie, il leur serait extrêmement difficile d'accepter avoir enduré de telles violences et pris de tels risques pour « rien ».

Cauchemars et traumatismes

Zeyd nous confie faire des cauchemars. Son passé le poursuit, il n'arrive pas à se reposer. Il revoit toutes les nuits les corps de ses proches ou compagnons d'infortunes qui n'ont pas eu la chance de survivre. Il nous confie avoir des

Cela fait déjà plusieurs années qu'ils encaissent traumatisme sur traumatisme, la plupart du temps livrés à eux-mêmes.

flashbacks précis et récurrents d'avoir vu ses camarades mourir sous ses yeux au cours de sa migration. Face à ce témoignage, et tous les autres, on ne peut occulter le risque accru pour les migrants de développer un syndrome de stress post-traumatique. En effet, être directement confronté à la mort est un facteur traumatique.

Ces témoignages ont mis en lumière un certain parcours commun : déportations douteuses, vols, agressions, violences policières, problèmes administratifs, etc. Mais également des aspirations communes : s'éduquer, participer, être en sécurité. Et puis des sentiments communs : la déception et la colère. Pour chacun d'entre eux, cela fait déjà plusieurs années qu'ils encaissent traumatisme sur traumatisme, la plupart du temps livrés à eux-mêmes. Leur résilience est incroyable, mais nul ne peut surmonter l'insurmontable éternellement. Au-delà d'un encadrement et d'un soutien psychologique, il nous semble urgent de leur offrir une vie sereine et remplie de sens. ▀

[1] Rami est un nom d'emprunt, pour des questions de sécurité, comme tous les prénoms qui suivent à l'exception de Qamar, auteur des photos de l'article.
[2] A propos du camp de Moria, lire l'article de Rachel Husson, « Hot spot et covid : cocktail explosif », in *Imag* n° 352 *L'asile en lambeaux*, juin 2020, pp. 24-27.

La résilience psychosociale en **5 QUESTIONS**

Le Centre MENA Les Hirondelles¹ accueille 29 mineurs étrangers non accompagnés, pour la plupart affectés par des stress intenses et des insomnies chroniques ; un grand nombre d'entre eux souffre de stress post-traumatique. Ces dernières années, l'augmentation des violences aggravées sur le trajet d'exil oriente l'accueil vers des profils de moins en moins réceptifs à nos stratégies psychothérapeutiques. Guidés par l'intention d'écouter les jeunes qui secouent nos évidences, nous remettons l'ouvrage sur le métier.



Une première analyse s'appuie sur les échos des MENA à nos pratiques : présentée ici en cinq questions, elle interroge les implicites qui sous-tendent nos

actions. Une seconde analyse s'appuie sur les résultats partiels d'une recherche-action menée avec l'Institut de Recherche Formation et Action sur les Migrations : elle porte sur l'opportunité de pratiques alternatives.

1. Se décentrer pour se repositionner

Question 1 : Guérir vs Accompagner

Nos implicites au sein de l'équipe : l'objectif est le soulagement des douleurs, la cible est le trauma, l'horizon est la guérison.

Les échos des jeunes : « Ils ne comprennent rien ! » « Nous sommes dans les mains de Dieu. »

Une vision décentrée : le sujet se retrouve dans l'incapacité de se projeter dans l'avenir. L'absence de secours peut l'amener à s'isoler et s'enclaver lui-même comme il enclave le vécu traumatique.²

Un chantier à mener : canaliser nos affects, éviter de projeter nos propres besoins, encaisser les douleurs et les colères, créer les conditions d'un refuge provisoire suffisamment sécurisant comme préalable à tout autre processus thérapeutique.

Nous apprenons que le trauma ne se guérit pas, s'approprie parfois, qu'il est mortifère et contagieux, que les jeunes nous en protègent. Nous apprenons à éviter la sidération traumatique en accompagnant les deuils : parce que le deuil est du côté de la vie.

Nous sommes en quête de stratégies d'évitement.

Question 2 : Verbe vs Action

Nos implicites : la responsabilité est individuelle, la liberté de parole est une vertu.

Les échos des jeunes : «Ils nous prennent la tête!» «Ils posent trop de questions!»

Une vision : la honte est dans les paroles, l'honneur est dans les actes.

Un chantier : aborder les sujets avec prudence, les introduire par des rituels de précaution et par des mots sûrs – une façon de parler qui garantit qu'on ne risque ni la honte, ni la plainte, ni la colère.

Nous apprenons que plus on parle d'un problème, plus il prend de l'ampleur ; que la honte est une affaire collective et qu'elle rejaillit sur toute la communauté. Nous apprenons que les problèmes sont résolus dans l'action, pas dans le blabla. Nous apprenons que le regard remplace ici les mots: c'est un regard intériorisé qui évite de se projeter en pleine face ; il exprime l'intention de comprendre, non d'investiguer.

Nous sommes en quête de discours indirects.

Question 3 : Proximité vs Distance

Nos implicites : les générations se côtoient en permanence, les adultes se mêlent aux conversations et aux problèmes des jeunes, parlent droit dans les yeux, parfois devant tout le monde.

Trajet que les jeunes ont revisité avec l'équipe des Hirondelles, depuis l'Afghanistan jusqu'à nos portes.

Les échos des jeunes : «Quand quelqu'un de plus âgé m'adresse la parole, je suis honteux et stressé, je baisse les yeux... et je souris...» «Plus je me sens mal, plus je souris.» «La honte, c'est quand tu entends ce qu'on dit de toi!»

Une vision : l'hypocrisie sociale préserve l'étanchéité des transgressions, garantit le respect des aînés et protège les plus jeunes de l'opprobre.

Un chantier : valoriser l'autogestion, respecter l'écart entre générations.

Nous apprenons que la distance est une marque de respect et une reconnaissance de l'autorité des aînés : durant le confinement, les jeunes recherchent l'autarcie; certains fuient littéralement notre contact, sauf à des moments qu'ils choisissent et qu'ils ritualisent. Nous apprenons que la proximité peut être dans le soin, dans l'intimité d'une confiance, dans le partage d'un silence ou d'un repas, mais qu'elle est soumise à invitation.

Nous sommes en quête de rituels d'autorisation.



Question 4 : Plainte vs Pudeur

Nos implicites : l'expression de soi est saine, l'adresse du ressenti est une évidence.

Les échos des jeunes : «Tu sais, Madame, quand on vient vous voir dans les bureaux [de l'équipe sociale], les autres se moquent de nous.»

Une vision : la valeur d'un homme se mesure à sa capacité à taire et à se taire.

Un chantier : deviner les besoins en creux dans les silences, les corps, les revendications intempestives, les faims impérieuses.

Nous apprenons que l'honneur consiste à ne rien demander, à éviter de s'épancher : nos jeunes ont appris à reléguer en eux leurs émotions négatives ; ils attendent qu'on respecte la distance qu'exige leur dignité. Nous apprenons que l'absence de pudeur est sanctionnée par une disqualification morale collective.

Nous sommes en quête de réappropriation de soi par le corps et le mouvement.

Question 5 : Projet vs Crise

Nos implicites : les règles sont garantes du cadre, l'ordre est sécurisant, le sommeil est réparateur.

Les échos des jeunes : «Ne dites jamais à un Pachtoune de ne pas faire quelque chose, il le fera à coup sûr!», «C'est joking, Monsieur!»

Une vision : toute clinique fondée sur l'acceptation du chaos — disons aussi de la crise — découvre au même moment une réflexion possible sur la complexité³.

Un chantier : sortir de l'impatience thérapeutique, convoquer la crise du côté de la vie.

Nous apprenons que le bruit est rassurant, que le silence est anxiogène : par épisodes, les jeunes mettent la musique à fond, se confrontent physiquement, se divertissent dans la provocation. Nous apprenons que le trauma génère terreurs nocturnes et reviviscences. Que la crise s'apaisera, et qu'elle reviendra; qu'elle ravive une forme d'optimisme dans l'ambiance déprimante de la psychopathologie. Nous apprenons à sortir de notre sens commun, de nos plannings programmés, de notre projection linéaire.

Nous sommes en quête de notre propre résilience.

2. Evaluer nos pratiques

Ces chantiers sont actuellement mis à l'épreuve dans une recherche-action financée par le Fonds Houtman de l'ONE - Les Hirondelles font le printemps : promouvoir une résilience psychosociale et accompagner les deuils de l'exil par les liens créés autour de pratiques sportives et ludiques.

De juillet 2019 à septembre 2020, tenant compte du turn-over, un total de 35 jeunes a été observé sur base d'une trentaine de critères par les acteurs du Centre. Les observations trimestrielles font l'objet d'une analyse factorielle des correspondances en croisant les données comportementales, scolaires et sportives. La recherche est à mi-parcours et se poursuivra jusqu'en juin 2021.

Les premières analyses montrent par exemple un lien entre l'activité sportive et la maîtrise du français. Les résultats liés aux corrélations entre activité sportive et évolution psychosociale sont par contre surprenants : par exemple, une corrélation apparaît entre la pratique intense d'un sport et des sollicitations médicales fréquentes.

Indique-t-elle un lien entre le degré de vulnérabilité psychosomatique et le besoin de pratiquer un sport ?

Deux sources principales de stress aigu prévalent : l'incertitude des procédures et la conflictualité scolaire. Des « cassures » de comportement sont clairement corrélées aux aléas des dossiers d'asile. La question de l'après-centre apparaît aussi en filigrane. Quid de la crédibilité des adultes face à l'issue de plus en plus fréquemment négative des procédures ?

Une deuxième phase d'analyse, durablement contrariée par les mesures sanitaires, conduit à adapter le protocole d'observation. Les données statistiques sont complétées par une mise en récit des trajectoires et du contexte, mettant en évidence des éléments connexes tels que : inversion jour/nuit massive, auto-organisation, occupation alternée des espaces-temps par affinités, diminution drastique des plaintes somatiques et de la consommation d'antidouleurs, valorisation sociale de comportements habituellement connotés négativement (distance, présence en cuisine), confort du confinement. L'école à la maison, la présence en cuisine et au jardin, les sorties en vélo, les activités physiques ont un impact positif sur la qualité de la relation.

Dans la troisième phase d'analyse, des liens plus évidents apparaissent entre activités sportives/culturelles et évolution psychosociale positive. Les jeunes les plus participatifs aux activités sportives et culturelles sont aussi les plus assidus dans leur scolarité et les plus résilients.

À ce stade, les effets escomptés des pratiques sportives et ludiques sur la résilience psychosociale se confirment en partie. À l'occasion du confinement, les observations connexes semblent valider la pertinence d'approches thérapeutiques indirectes. Des questions subsidiaires en

suspens confirment également la nécessité d'élargir le propos initial.

L'activité sportive est-elle bénéfique en soi ou serait-ce plutôt la qualité de la relation ? La fréquence de feedbacks positifs pourrait être un facteur de résilience et de renforcement de l'estime de soi. Par exemple, un jeune valorisé par son coach d'arts martiaux, dont la devise est « N'abandonne jamais ! ». Les effets bénéfiques du confinement sont-ils liés à la suspension de la pression scolaire, perçue comme largement disqualifiante ? Là où les résultats scolaires sont lents, l'expérience d'école à la maison semble confirmer le bénéfice de feedbacks émotionnels immédiats, positifs et fréquents.

Le fait est que les rituels d'autorisation et les postures de réciprocité expérimentés dans le temps suspendu de la crise ont régulièrement fait surgir des instants magiques non planifiés. Le fait est, aussi, que nous en sommes sortis éreintés et impatients de retrouver le chemin de l'école !

En un temps record, les Hirondelles se sont adaptées et nous ont donné une leçon magistrale de résilience psychosociale. « Le virus ? T'inquiète Madame, on s'en occupe ! » ▶

[1] Initié en 2000 par le CPAS d'Assesse (province de Namur), le projet pédagogique particulier cible, dans le cadre d'une Initiative Locale d'Accueil, l'accompagnement de vulnérabilités physiques et psychiques générées par l'exil forcé et les violences de guerre.

[2] L.T. Tovmassian, « De l'exil à la reconnaissance : entre traumatisme et tendresse », in A. Manço et L. Snoeck, *Soigner l'autre dans un contexte interculturel*, Paris, L'Harmattan, 2016, pp. 105-113.

[3] G. Ausloos, *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Toulouse, Editions Erès, 2013, p.13.

À leurs Corps DEFENDANT

À travers nos pratiques professionnelles et nos réseaux de militances, nous sommes engagées dans la lutte contre les centres fermés. Dans cette perspective nous souhaitons mettre en place, l'an dernier, un atelier de création radiophonique collective, avec une dizaine de personnes qui ont transité par ces centres, sur la question des impacts psychologiques de l'enfermement. De ce projet est finalement né le documentaire radiophonique, À leurs corps défendant. Arrêt sur notre méthodologie.



es centres fermés sont gérés par l'Office des étrangers, une administration qui dépend du secrétaire d'État à l'Asile et à la Migration. Dans ces centres sont détenues des jours, voire des mois, des personnes ressortissantes de pays tiers qui ne disposent pas des

documents nécessaires pour entrer ou séjourner légalement sur le territoire belge. La dimension carcérale de ces lieux a maintes fois été dénoncée. Ceux-ci présentent des analogies évidentes avec les prisons : privation de liberté, surveillances perpétuelles, punitions et humiliations, mise au cachot, limitation des contacts avec l'extérieur... Cependant ces lieux ont aussi des spécificités propres par rapport aux prisons : la détention administrative ne sanctionne pas un acte pénalement répréhensible mais se fonde uniquement sur l'absence de documents légaux (on parle de détention administrative) et le ou la détenue ignore très souvent la durée de sa détention. Ces deux facteurs, ajoutés aux précédents, suscitent un fort sentiment d'injustice pour les personnes qui sont enfermées.

Confusion des rôles entre soin et sécurité

Il est à noter aussi que dans ces centres, les services médicaux, sociaux et psychologiques sont assurés par le personnel de l'Office des étrangers qui est par ailleurs engagé comme « fonctionnaire de retour », avec pour mission de maintenir les étrangers dans ces lieux et de les conditionner à accepter leur déportation. Autant dire que la confusion des rôles entre soin et sécurité est grande.

Dans ces centres, les personnes font l'expérience d'une réalité très différente de l'espoir d'un mieux vivre, dont l'exil était porteur. Les conditions de vie liées au régime disciplinaire de ces lieux accentuent un ressenti de déshumanisation. Le parcours des personnes migrantes avant d'être enfermées, puis les conditions de détention, la violence physique et psychologique des expulsions et le manque de perspective provoquent dépression, trouble du sommeil, anxiété sur des personnes dont l'état de santé est déjà souvent fragilisé. Les décompressions psychologiques et les gestes d'automutilation, jusqu'à des

tentatives de suicide, sont également de l'ordre de la réalité de la vie en centre fermé.

Lors d'un entretien en février 2019 avec Reza Kazemzadeh, psychothérapeute et directeur du Centre de Santé mentale Exil, ce dernier nous rappelait les risques que comportent une détention en centre fermé, pour une personne qui, dans son pays d'origine, ou lors de son trajet, a déjà pu être confrontée à la violence de l'enfermement. Il évoquait la notion de « double violence » qui vient potentiellement réveiller un traumatisme passé, une « retraumatisation ». Lorsque les souvenirs d'un événement traumatisant et les pensées qui l'accompagnent sont rappelés, persistent et/ou se font plus envahissants, ils peuvent mener à un trouble de « stress post-traumatique »¹. C'est ce que soulignait déjà 10 ans plus tôt, en 2009, un rapport établi par la psychiatre Christine Dormal sur base de témoignages de détenus des centres belges de Bruges et 127bis de Steenokkerzeel en mentionnant qu'« un certain nombre de détenus présentent dans les mois qui suivent leur libération ou leur expulsion un syndrome post traumatique (...) »².

Dans le cadre qui nous occupe, les travaux de Michel Foucault³ nous ont également éclairés. En effet, ils ont démontré comment l'altérité – « l'étranger » – ou l'anomalie – « le fou » – se définit à chaque fois au regard d'une fonction normalisatrice du pouvoir, à travers des dispositifs de sécurité. Ces dispositifs fonctionnent à construire l'Autre à travers un rappel à l'ordre constant de sa condition inférieure. Les centres fermés opèrent bel et bien dans ce cadre, se définissant comme unique horizon pour la personne exilée, lui rappelant le risque d'être expulsée d'un pays qui devrait la protéger.

Adapter la démarche de création militante

Sur base de ces constats, nous souhaitons dénoncer l'impact de cet enfermement sur la santé mentale des



personnes détenues. Pour ce faire, nous voulions proposer un atelier de création radiophonique, organisé avec une dizaine de personnes qui ont transité par les centres fermés belges et en sont sorties aujourd'hui. Notre objectif était de constituer un lieu de partage de nos savoirs situés réciproques, c'est-à-dire de notre savoir technique – ici la prise de son et le montage – et de leurs savoirs – constitué à partir de leurs expériences vécues. Notre volonté était d'initier les personnes concernées à ces outils techniques, pour qu'elles puissent elles-mêmes audibiliser leurs récits, sachant qu'elles seules ont accès à ces espaces⁴. Nous pensions, entre autres, leur proposer d'évoquer des situations de violences qu'elles y ont vécues, par le biais de différents dispositifs de remise en situations. Or, ces dispositifs risquent de générer des perturbations psychiques et physiques qui surgissent à partir de l'énonciation et de la remémoration de souvenirs traumatiques⁵.

De plus, nous nous interrogeons sur l'idée d'un travail en grand groupe, au vu de toutes les questions que cela pose : le fait de devoir travailler dans différentes langues (celles des participants), les risques des déplacements pour se rendre à nos ateliers pour ces personnes souvent sans papiers, la nécessité d'une infrastructure adaptée pour accueillir autant de monde, le besoin de « nous » former au préalable pour ensuite « former » d'autres personnes, etc.). Et, face aux trop nombreux risques, nous avons alors décidé de revoir notre projet de départ.

Nous avons choisi de recueillir les paroles d'un nombre plus restreint de personnes, trois en l'occurrence, dans le cadre d'un dispositif plus convenu de « récolte » de témoignages. Et pour accompagner ce travail, nous nous sommes entretenues à plusieurs reprises avec une psychologue impliquée dans les mêmes réseaux de militances que les nôtres. Avec cette amie, nous avons pris le soin de nous questionner sur la spécificité de mener un processus de création radiophonique basé sur l'émergence de la parole avec des personnes migrantes fragilisées par notre société. Car travailler avec des personnes migrantes, dans un contexte interculturel, implique une vigilance quant à la différence entre notre et leur façon d'interpréter le monde et les violences qu'elles y vivent – des enseignements que l'ethnopsychiatrie développe, nous offrant des éclairages importants afin de tenir compte de leurs représentations du monde⁶.

Le consentement dans une relation asymétrique

Il s'agissait aussi pour nous de mettre en place le lieu le plus « safe » possible, un espace sûr, de soins, de rencontres et d'échanges avec ces personnes. C'est dans cette perspective que nous avons discuté avec elles de la question de l'anonymat. Pour chacune d'entre elles, la question s'est posée de garder ou pas leur vrai nom, et de changer, s'il le fallait, l'un ou l'autre élément de leur récit afin qu'elles ne soient pas identifiables. Nous nous sommes également engagées à ne rien dévoiler de leur récit sans

leur avoir fait écouter au préalable le montage sonore réalisé à partir de nos entretiens, mais aussi l'articulation entre leur récit et celui des deux autres personnes. Nous leurs avons également rappelé, autant que possible, qu'elles avaient le pouvoir de mettre un frein ou un terme à tout moment à ce projet ou à la tournure qu'il prenait. Même si elles avaient dit « oui » à notre proposition de départ, il était indispensable pour nous de régulièrement les questionner sur leur accord, sans postuler qu'il était acquis. Cette question du consentement nous a beaucoup interpellées. Ces trois personnes nous avaient-elles dit « oui » parce qu'elles n'arrivaient pas à dire « non » ? Étant deux femmes blanches, universitaires et jouissant des privilèges de la citoyenneté et de la vie quotidienne, il ne fallait surtout pas oublier l'asymétrie de la relation qui nous liait à elles.

Ce projet maintenant terminé, il nous reste à, encore, remercier ces personnes qui nous ont livré leur parole. Pour leur force, mais également pour ce qu'elles ont permis de « soigner » de nos identités blessées. En effet, l'enfermement abîme directement celles et ceux qui le subissent, mais indirectement la société tout entière qui participe à fissurer ces âmes⁷. ■

[1] www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-traumatismes-psychiques

[2] https://theowl.hotglue.me/Refugees_CarnetsNoirs#Refugees_CarnetsNoirs
head.132218015547

[3] Notamment Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

[4] En dehors des personnes détenues, des travailleurs (direction, gardiens, assistante sociale dite « assistante de retour »,...) et des visiteurs (qui viennent rendre visite aux détenus dans une salle spécifiquement allouée à cet effet), personnes n'est autorisé à rentrer dans ces lieux.

[5] On peut observer un exemple dans la séquence finale de *La permanence*, film documentaire réalisé par Alice Diop en 2016.

[6] Tobie Nathan, *L'influence qui guérit*, éd. Odile Jacob, Paris, 2009.

[7] Le documentaire radiophonique *À leurs corps défendant* sera diffusé prochainement au Centre culturel Jacques Franck et sur différentes ondes belges (RTBF, Radio Panik, etc.).

À leurs corps défendant - Durée : 51'15" - Date de production: 2021
Langue : Français - Réalisation, prise de son et montage:
Pauline Fonsny et Anaïs Carton - Création sonore : Alice Perret
et Cyril Mossé - Mixage: Maxime Thomas - Musique de fin: Jil Jilala et Nass El Ghiwane
- Production: Centre Bruxellois d'Action Interculturelle
et Contre-ciels asbl - Avec le soutien du Fonds d'Aide à la Création Radiophonique,
de l'Atelier de Création Sonore et Radiophonique, de l'Atelier Graphoui, de Zin TV
et de Radio Panik.

Les sentinelles de l'ONE

L'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) est un service universel gratuit offert à toutes les familles de la Fédération Wallonie-Bruxelles, laquelle a enregistré 50.258 naissances en 2019. Largement implanté dans les quartiers pour se rendre accessible, l'ONE a pour mission de favoriser le bien-être de l'enfant de 0 à 6 ans, à la maison et dans les milieux d'accueil. Sur son site, il présente ses 3 priorités en ces termes : soutien à la parentalité, inclusion et réduction des inégalités sociales. C'est dans un cadre de médecine préventive et non curative que l'ONE travaille. Nadera Chilah et Françoise Dubois, deux collaboratrices d'une consultation pour enfants de Berchem-Sainte-Agathe, racontent leurs pratiques.





nfirmière sociale de formation, Nadera Chilah œuvre à l'ONE depuis 27 ans. Elle est PEP's, entendez Partenaire Enfants-Parents. Son champ d'action est large puisqu'elle couvre des matières médicales, sociales et juridiques. Elle se définit à la fois comme « sentinelle et point d'ancrage » pour les familles qu'elle rencontre lors de ses visites à domicile et à la consultation pour enfants.

Françoise Dubois travaille à l'ONE depuis 16 ans. Assistante sociale de formation, spécialisée en santé mentale et en anthropologie, elle est référente maltraitance. La fonction a été créée il y a 17 ans suite à une enquête auprès des travailleurs médicaux sociaux. Les résultats ont révélé que les sources de stress majeures dans leur métier portaient sur la gestion des situations de maltraitance et de négligence des enfants. Depuis, avec ses autres collègues (au départ 3 mi-temps pour toute la Fédération Wallonie-Bruxelles, et aujourd'hui 7 temps-pleins), Françoise Dubois accompagne les PEP's dès qu'ils se sentent en difficulté : « Je suis à leurs côtés pour évaluer le danger de la situation mais aussi pour réfléchir à des pistes afin de prévenir ou d'endiguer la maltraitance, notamment en articulant leur travail avec le réseau existant. Car ce n'est pas tout d'avoir un bottin social où trouver l'adresse d'un service... encore faut-il avoir personnalisé le contact. »

Nous avons organisé une rencontre entre Nadera Chilah et Françoise Dubois pour qu'elles échangent sur leurs pratiques, questionnant en particulier le sens du lien de confiance, les limites de la prévention dans un contexte de précarité de plus en plus saillante, et le recours aux lois de protection.

La confiance se construit

Nadera Chilah : Dans mon métier, la relation de confiance, le respect et l'empathie sont très importants, sinon les gens n'auraient aucune raison de me confier leurs besoins ou leurs problèmes. Quand j'entre chez eux avec cette boîte à outils, les gens le sentent. Et ça ouvre d'autres portes. Dans ma boîte à outils, il y a aussi ce que j'observe et entends. Par exemple, en plein hiver lors d'une visite chez une famille rom, j'avais remarqué que le bec à gaz de la cuisinière était allumé. Ils n'avaient pas oublié de l'éteindre, ils se chauffaient ainsi. Je l'ai compris grâce au climat de confiance existant entre eux

et moi : ils ont accepté de répondre à mes questions, posées sans jugement.

Françoise Dubois : C'est parce que tu es dans la posture de partir des gens comme ils sont que tu parviens peut-être à développer la confiance. Très souvent, on entend l'intervenant dire à la famille avec qui il commence à travailler : « Alors écoutez, nous allons travailler en confiance ». Mais pourquoi cette famille qui ne le connaît pas lui ferait-elle confiance ? Ça ne marche pas comme ça ! Pour soutenir la création d'un lien de confiance, il faut partir de ta posture : être ouvert à l'autre, aller à sa rencontre et petit à petit élaborer un objectif conjoint qui permettra, probablement, de tisser ce lien. La confiance ne se décide pas. Elle se construit, ou pas. Il n'y a pas de recette. D'autant plus que la relation se développe en fonction non pas de la culture ou des référents de l'autre, mais de ce qu'on croit trop souvent en connaître.

Quand les PEP's accèdent à des grandes souffrances parce que, à un moment donné, la personne se sent en confiance pour raconter son histoire, leur premier réflexe logique est d'orienter la personne vers un psychologue, parce que les cas lourds dépassent leurs compétences et le temps qu'elles peuvent y consacrer. A nouveau, ça ne marche pas comme ça. La maman qui a trouvé la personne, le moment et l'espace pour tout d'un coup livrer de son précieux n'a peut-être pas besoin de le répéter à un psychologue, lequel d'ailleurs risque de ne pas vérifier si ce besoin existe ou non. Il y a à apprendre à mieux entendre, à mieux accueillir et à mieux s'adapter. En réalité, nous demandons que les familles s'adaptent à nous, à nos projets, à nos limites, à nos rythmes, à nos visions des choses. Or, c'est aux professionnels à s'adapter aux familles et non l'inverse – un état d'esprit qui est à travailler non-stop.

Nadera Chilah : Il n'y a pas de hasard. La personne sent quand le PEP's peut accueillir sa bombe (traumatismes, incestes, viol), la comprendre, la sortir de cette solitude juste en écoutant son histoire. Je ne dois même pas plus poser de questions. La maman voit que je suis là et c'est comme si je donnais une permission. On ne joue pas un rôle psychothérapeutique, on est juste témoin.

Françoise Dubois : Tu n'es pas psychothérapeute mais ton intervention est thérapeutique. Bien sûr, poser une question, c'est prendre le risque d'avoir la réponse. Mais avant tout, ce

n'est pas tellement ta question qui compte, c'est ta disponibilité psychique et émotionnelle avec la mère qui intervient. Pour cela, il faut prendre le temps. Je peux comprendre que des PEP's, qui sont débordés, me disent qu'ils ne sont pas toujours disponibles pour poser trop de questions parce qu'ils n'ont pas le temps de les réceptionner, sauf quand la situation explose d'un coup. Les professionnels se démènent avec la réalité difficile dans laquelle ils travaillent: le débordement total de tous les services d'aide et le risque de burn-out. Avec comme effet collatéral : que reste-t-il pour notre public comme espace de réception de leur vécu ?

La prévention en question

Françoise Dubois : Un point d'intérêt central de notre action est d'entrer en contact avec des familles non pas parce qu'elles ont un problème, mais parce qu'elles ont un enfant. En termes de prévention, nous sommes à la pointe, au regard d'autres services qui accèdent aux familles une fois le problème présent.

Nadera Chilah : Cette notion de médecine de prévention me met mal à l'aise quand je vois arriver des enfants qui souffrent de pathologies aux voies respiratoires à cause des conditions de vie dans leur logement insalubre. Dans la réalité, ce volet préventif est dépassé.

Françoise Dubois : Même dans des situations lourdes, nous prévenons toujours de quelque chose...

Nadera Chilah : Mais parfois, on est dans le pire... Depuis que je travaille à l'ONE, nous sommes confrontés à des problématiques beaucoup plus compliquées, tout en disposant de moins en moins de relais extérieurs. Un exemple concret: il y a 27 ans, quand je faisais appel à la banque alimentaire pour aider des familles dépendant du chômage ou du CPAS, on me répondait qu'un colis leur serait réservé. Aujourd'hui, pour la même demande, on donnera la priorité à ceux qui n'ont aucun revenu, ni du chômage ni du CPAS. Les priorités ont changé.

Françoise Dubois : A propos des services d'aide d'urgence comme le Samu social ou les banques alimentaires, non seulement on ne peut plus en attendre le même soutien qu'il y a dix ans, mais en plus ils sont complètement saturés. La pré-

carité s'accélère. Et ce sont les personnes sans statut qui galèrent plus encore.

Nadera Chilah : Pour répondre aux besoins des familles, on les informe, on les oriente, on fait le lien avec le réseau d'aide sociale. Mais il arrive que ces familles nous reviennent parce que le service ne répond pas, ou ne peut pas leur donner de solutions, ou encore les a mis sur une liste d'attente. En attendant, il faut continuer à assurer le quotidien. Ça devient très compliqué pour les PEP's.

Le cadre juridique

Françoise Dubois : Que ce soit pour les problèmes de scolarité, de maltraitance ou d'excision, nous faisons appel au cadre juridique quand nous sommes confrontés aux arguments culturels des parents. Par exemple, avec une famille rom où les filles sont enceintes très jeunes de génération en génération, notre seul point d'appui pour endiguer ce schéma est de dire que l'école est obligatoire jusque 18 ans, en partenariat avec les services spécialisés existants, comme le Foyer à Molenbeek dans ce cas présent.

Nadera Chilah : Une maman était terrorisée à l'idée que son bébé serait excisée lorsqu'elle ferait le voyage pour la présenter à sa famille. J'ai fait venir la responsable du GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles) à la consultation pour qu'elle présente le cadre juridique : si une enfant est excisée, l'adulte responsable est passable de prison. L'idée est que les parents puissent expliquer cette loi au village.

Françoise Dubois : La négligence et la maltraitance sont des notions éminemment sociétales qui évoluent avec le temps. Récemment, suite à un problème de logement, des parents ont vécu plusieurs mois dans leur voiture. Ils ont pris soin du bébé : il était allaité, il était au chaud, et le père faisait son possible pour trouver un logement. Était-ce de la maltraitance ou pas ? Il y a 20 ans, ça n'aurait pas passé ! Aujourd'hui, comme il n'y a pas ou peu de places dans les accueils d'urgence, on essaie de gérer avec les parents, d'activer pour trouver des solutions, de veiller à ce que le bébé n'ait ni froid ni faim. On se dit : il y a pire. ■

Propos recueillis par **Nathalie Caprioli**

Rendre les soins **plus** **INCLUSIFS**

À l'heure où la pandémie braque les projecteurs sur les institutions de soins de santé, il est intéressant de se rappeler des constats qui persistent : le secteur des soins de santé présente malaises et crises latentes, notamment liés au racisme. Ces violences racistes n'épargnent ni les patients, ni les soignants. Quels sont les mécanismes qui reproduisent un accès différencié aux soins et un traitement inégal entre les membres du personnel ? Les institutions ont-elles tendance à faire passer le bien-être de leur personnel au second plan ?



elon le monitoring socio-économique 2017¹, le secteur des soins de santé s'illustre parmi les huit secteurs en Belgique occupant de nombreuses personnes racisées. A ses côtés, on retrouve les métiers considérés comme précaires et demandant peu de qualifications, tels ceux des transports, du nettoyage industriel, de l'Horeca, de l'aide à la personne (titre-service), de la logistique, ou encore des métiers du sexe. Ces secteurs se structurent sur une forte hiérarchisation des fonctions avec, à la tête, principalement des personnes privilégiées sur le plan du statut social, de la race, du genre, de l'état de santé et, au bas de l'organigramme, les personnes moins privilégiées sur ces plans. Les personnes à l'intersection des discriminations (notamment de genre et raciales) se retrouvant aux postes moins privilégiés du bas de l'organigramme.

Ethnostratification dans les soins de santé

Des mécanismes complexes expliquent ce constat². Nous pouvons citer entre autres, sans développer ici : l'orientation lors des études, poussant les élèves plus favorisés vers les filières longues, donnant l'accès aux postes valorisés³ ; la non reconnaissance des diplômes acquis hors Union européenne, poussant des personnes à occuper des fonctions pour lesquelles elles sont surqualifiées ; le racisme persistant (couplé à une vision sexiste et élitiste) lors des études de médecine, décourageant entre autres les jeunes femmes portant un foulard, qui peuvent être refusées dans les établissements de stage si elles ne retirent pas ce dernier⁴. Ces divers constats influencent notamment l'accès à l'emploi des personnes non blanches.

Plus précisément, divers mécanismes poussent les femmes racisées vers les métiers de soins moins valorisés. D'une part, la pénurie de main-d'œuvre dans ce secteur pousse les personnes moins favorisées à accepter des fonctions pour lesquelles elles n'ont, à la base, aucune accroche ni aucun intérêt, mais qui ne nécessitent pas de formation longue. Le besoin d'une rémunération rapide et d'une presque certitude de trouver un emploi devance toute aspiration à un travail qui plaît. D'autres part, il y a aussi les biais raciaux dans le chef des conseillers des CPAS. Il



apparaît en effet que lors des entretiens individuels avec ces derniers, les femmes, notamment afrodescendantes, soient poussées « instinctivement » vers les métiers liés au soin à la personne⁵. Outre les perspectives d'emploi rapide dans ce secteur, apparaît clairement une racialisation de la fonction d'aide à la personne.

L'inégalité professionnelle s'appuie sur des mécanismes indépendants les uns des autres, mais qui, agissant parallèlement, créent l'ethnostratification du marché de l'emploi. Ces divers éléments éclairent les raisons pour lesquelles le secteur des soins de santé reproduit le

schéma d'une direction blanche, plus souvent masculine, au statut social élevé s'appuyant sur des fonctions liées à la logistique, ou au « sale boulot »⁶ occupé par des femmes, principalement racisées, au statut précaire.

Malaise au sein des équipes

Le cumul d'une fonction moins valorisée avec une appartenance raciale différente fait de ces soignantes des cibles particulièrement vulnérables dans un univers structuré autour de la blancheur, et gouverné souvent par des personnes privilégiées sur le plan du genre et de la race. À l'instar du patriarcat, la blancheur constitue une forme de système sociopolitique, un ensemble de normes pensées par des Blancs pour des Blancs qui ne s'énoncent pas mais structurent profondément la société, tant les institutions que les rapports sociaux⁷. Dans de telles institutions, comme celles des soins de santé, les personnes perçues comme blanches bénéficient d'avantages, de facilités et de privilèges. Par exemple, le fait de ne pas subir les discriminations à l'emploi, d'avoir des jours de congé lors de fêtes chrétiennes, de ne pas subir de blague raciste, de ne pas être renvoyées à la couleur de manière négative par un patient, de ne pas vivre de micro-agressions⁸ au quotidien, ...

Le paradoxe ici est que, si la mission de base des hôpitaux cherche avant tout le bien-être des patients, en proposant notamment des aménagements spécifiques, ces aménagements ne sont pas pensés pour les soignants, travaillant quotidiennement au sein de l'établissement. Ces derniers et dernières doivent prendre sur eux et elles. Apprendre à vivre avec et à accepter d'être laissés de côté.

Au sein de la relation soignants-soignés

Des femmes racisées subissent aussi des violences face aux patients ne désirant pas être pris en charge par du personnel non blanc. Les services de gériatrie offrent un exemple de ces violences et du retrait de l'institution face aux questions de bien-être des travailleuses. Les soignantes trouvent elles-mêmes des stratégies de survie, en invoquant d'abord que le travail passe avant tout et qu'elles ne peuvent s'arrêter à ces insultes ou postures racistes de patients. Elles échangent des patients, elles y vont à deux, ou elles prennent sur elles-mêmes. Par contre, aucun moment d'intervision, aucune interpellation des patients ne sont envisagés, ni par les soignantes, ni par l'institution⁹.

Les études de médecine ou de soins infirmiers offrent très, trop peu d'ouverture à la diversité socioculturelle des patients et aux mécanismes, réponses, valeurs, questionnements, que ces derniers peuvent mettre en place. Souvent les soignants n'y prêteront pas attention et ne remettront pas en question l'administration d'un traitement, sans réellement chercher à comprendre les causes d'un refus ou d'un malaise¹⁰.

Le syndrome méditerranéen encore enseigné

A ceci s'ajoutent les imaginaires coloniaux et racistes traversant encore les établissements de soins de santé et impactant la prise en charge des patients racisés. Citons, entre autres, le dit « syndrome méditerranéen », encore enseigné actuellement dans les études de médecine. Ce syndrome impute aux populations dites « du sud » une



© Belga Image - Hans Lucas Collection

moins de résistance à la douleur ou des manifestations de douleur exagérées. Les soignants devraient avoir ce syndrome à l'esprit lorsque, par exemple aux urgences, une personne « du sud » viendrait se plaindre de douleurs. Ils devraient alors tenter de juger eux-mêmes l'état d'urgence de la prise en charge en considérant que le patient exagère toujours.

Ce syndrome couplé à un paternalisme ambiant a mené une jeune femme noire à la mort fin 2017 en France et continue à mettre en péril la prise en charge et le traitement de personnes sur base de stéréotypes racistes. Difficile de mesurer l'ampleur des violences commises tous les jours dans les structures hospitalières suite à la croyance en ce syndrome. Cependant tout laisse à croire qu'elles sont bien réelles.

Mieux communiquer

Le manque de compétences linguistiques pour entrer en communication avec des patients non francophones

n'aide évidemment pas à une prise en charge efficace et empathique. Il existe bien les services de « médiation interculturelle », censés faciliter le « dialogue interculturel » mais ces derniers restent souvent sous-utilisés, notamment suite à la lourdeur de la procédure et suite au sous-effectif dans ces services. Une médiatrice me disait par ailleurs, lors d'un entretien privé en 2018, à quel point elle était mise à l'écart des équipes, et que certains soignants la connaissaient juste de nom : jamais ils ou elles n'avaient fait appel à ses services de traduction, malgré la présence de patients non francophones dans le service. Dans un tel contexte, comment garantir une prise en charge efficace, alliant amélioration de l'état physique et psychique ?

Quand on connaît le poids des croyances en médecine et l'importance de donner du sens au traitement pris, une communication efficace devrait faire partie intrinsèque du processus de soins. Et ceci vaut tant pour les personnes non-francophones que pour les personnes plus éloignées des milieux de santé, moins à l'aise avec le vocabulaire médical en général.

Faire évoluer les institutions

Face à ces constats alarmants d'inégalités sanitaires, des pistes d'amélioration existent. Tant du point de vue de la formation des soignants, que de la posture de ces derniers, que des réponses institutionnelles à donner face aux violences perçues par le personnel racisé.

D'une part, il est important de reconnaître l'impact de la charge raciale et du stress que cela engendre en termes de santé physique et mentale¹¹. De plus en plus de patients racisés recherchent des soignants (médecins, psychologues, ...) conscients de cette charge raciale et de son poids sur le quotidien. Des listes de psychologues racisés et/ou conscients de l'impact du racisme sur les personnes concernées circulent déjà sur la toile en France. Les structures de soins en Belgique doivent pouvoir offrir ces espaces sûrs en leur sein, soit en formant les soignants, soit en engageant plus de soignants racisés aux postes valorisés.

D'autre part, les structures de soins doivent justement prendre soin de leur personnel et faire évoluer la culture d'entreprise, en modifiant un ensemble d'attitudes : arrêter de protéger les agresseurs (sous couvert qu'ils soient séniles, ou d'une position hiérarchique plus élevée,...) au détriment des agressés, écouter les plaintes et les expériences difficiles du personnel, refuser tout propos raciste ou blague teintée de racisme et agir fermement en cas de récurrence, faire du racisme une question institutionnelle et non interindividuelle, etc. De multiples dispositifs existent pour apaiser la violence envers les personnes racisées : intervision, groupe de travail, consultation avec une personne de confiance, ... Et bien d'autres dispositifs existent pour faire évoluer la structure vers plus d'inclusivité : plan de diversité, comité pour la prévention et la protection au travail, établissement d'un cadre de recueil des plaintes, etc. Notons que l'efficacité

Les structures de soins doivent prendre soin aussi de leur personnel et faire évoluer la culture d'entreprise. Notamment en faisant du racisme une question institutionnelle et non interindividuelle.

de ces dispositifs ne sera réelle qu'à condition de donner d'abord la voix aux personnes concernées et qu'à condition que l'institution soit prête à une réelle remise en question de sa

culture d'entreprise.

À l'heure où l'on sait que la crise sanitaire fait de nombreuses victimes, notamment auprès des personnes plus vulnérables en termes de statut socio-racial¹²⁻¹³, il est temps de repenser notre système de soins de santé pour qu'il soit accessible, efficace et inclusif pour l'ensemble de la population, sans oublier la santé de ses travailleurs. ■

[1] www.unia.be/fr/publications-et-statistiques/publications/monitoring-socio-economique-2017-marche-du-travail-et-origine

[2] Anne-Claire Orban, « *Qu'est-ce que l'ethnostratification : mécanismes* », BePax 2019.

[3] Voir le rapport d'Unia « *Diversité Enseignement* », 2018.

[4] Comme le mentionnait une répondante musulmane portant le foulard en 2018, « J'ai failli rater mon année car mon lieu de stage m'a refusé l'entrée au dernier moment à cause de mon voile (...). Je ne conseille à aucune femme musulmane voilée d'entreprendre des études de médecine, c'est vraiment difficile de se faire accepter dans ce milieu ! » (Entretien avec Fatia, Molenbeek 2018).

[5] Hélène Nembrini, « Afro-descendantes dans le soin des personnes âgées, accomplissement d'une vocation ? », BePax 2018.

[6] Guy Lebeer, Laurence Peeters, *La relégation du sale boulot : l'exemple de la gériatrie*, Observatoire belges des inégalités, 2016

[7] Voir Notamment Maxime Cervulle, *Dans le blanc des yeux. Diversité, Racisme et Média*, Paris, Éd. Amsterdam, 2013.

[8] Une micro-agression s'illustre comme un geste, une parole, qui tend à être invisible pour des personnes blanches, mais violentes pour des personnes non blanches. Par exemple, une personne perçue comme d'origine maghrébine entre dans un bus et voit une dame serrer son sac près d'elle. Ou encore, une personne afrodescendante qui se fait toucher les cheveux de manière régulière par des personnes inconnues.

[9] Christophe Bertossi et Dorothee Prud'Homme, « Identité professionnelles, ethnicité et racisme à l'hôpital : l'exemple de service de gériatrie », dans *Gérontologie et Société*, Fondation Nationale de Gérontologie, 2011/4, vol. 34, n° 139.

[10] Pour creuser : Martine Cognet, « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques », dans *Les Cahiers de la LCD*, 2017/3, n° 5.

[11] Voir la conférence de Myriam Monheim du 8 décembre 2020, « Racisme et «charge raciale» dans les milieux LGBTQI+ », BePax.

[12] Anne-Claire Orban, « Confinement, Covid 19 et racisme : Quand les réflexes coloniaux se couplent aux inégalités sociales et sanitaires », BePax, 2020.

[13] Marguerite Cognet, « Les services de santé : lieu d'un racisme méconnu », dans *Racisme de France*, 2020.

Interprètes dans les hôpitaux

SE FAIRE une place

Depuis près de 30 ans, des interprètes professionnels sillonnent Bruxelles au quotidien pour intervenir dans les différents secteurs du non-marchand. Historiquement, le secteur de la santé reste très demandeur. Quelle reconnaissance et quelle place ces interprètes reçoivent-ils de la part des patients et du corps soignant ? Témoignages sur comment installer sa fonction au sein d'une équipe déjà existante.



Pour parler de la place qu'occupent les interprètes en milieu social à Bruxelles aujourd'hui, il est indispensable de faire un retour en arrière de 30 ans. En 1990, le Commissariat Royal à la Politique des Immigrés inclut dans ses recommandations de former des « assistants interculturels » chargés d'interpréter, mais également d'informer le personnel soignant sur les habitudes culturelles des patients d'une part, et les patients allophones sur le fonctionnement du système de santé en Belgique d'autre part. Les émeutes de jeunes issus de l'immigration, en mai 1991 à Forest, cristallisent cette volonté de professionnaliser des intervenants bilingues et biculturels en Belgique francophone. C'est sous l'impulsion de ces deux événements que les interprètes en milieu social professionnels font leur apparition en 1992, lorsque la Communauté française décide de confier à l'asbl Cultures et Santé la création d'un réseau de médiatrices-interprètes¹.

La santé : secteur d'intervention historique

Dès la création de ces postes, les secteurs liés à la santé (prévention santé dont l'ONE fait partie, santé somatique et santé mentale) constituent le plus gros des demandes d'interprétation avec plus de la moitié du



volume d'activités, et ce de manière constante lors des étapes institutionnelles suivantes jusqu'à la création du SeTIS Bruxelles en 2010². Au cours des dernières années, le nombre d'interventions dans ces secteurs n'a cessé d'augmenter en termes absolus, même s'il s'est fondu dans la masse de la croissance générale du SeTIS Bruxelles et l'émergence de nouveaux secteurs³.

Si l'on peut se réjouir de cet engouement, la question est de savoir comment sont accueillis les interprètes dans le milieu hospitalier et comment leur travail est perçu par le personnel, que ce soit au niveau du personnel médical, administratif ou social.

Tout ou rien !

Bien que le rôle de l'interprète soit clairement défini et balisé par un code de déontologie⁴, il reste trop souvent méconnu du personnel hospitalier. Le constat de B., ancienne médiatrice interculturelle d'un grand hôpital public bruxellois, en fait état. « Parfois, j'ai l'impression que c'est un peu tout ou rien. L'interprète a tantôt une forte place dans la relation de soins, il est alors considéré comme indispensable pour que le trajet de soin fonctionne et que la relation soit fluide entre le thérapeute et le patient. [...] Pour certains soignants [par contre], l'interprète est simplement un outil et il n'est pas nécessaire d'aller plus loin dans l'accompagnement. À mon sens, c'est fortement lié à la profession et aux soins de santé. Peut-être que l'infirmière est elle aussi perçue comme un simple outil. J'ai déjà eu des commentaires du genre : Non, mais ça a été. J'avais Google Translate sur mon téléphone ! [...] Ou alors on a simplement fait appel au voisin de chambre parce qu'il parlait la même langue. Ça peut être vexant.»

L'enjeu de la reconnaissance

Comme le signale le rapport d'UNIA sur les focus groups réalisés avec une partie du personnel du SeTIS Bruxelles, « [b]eaucoup [d'interprètes] ont le sentiment de ne pas être assez reconnus dans leur profession malgré les

efforts de formation, une forte implication personnelle et des années d'ancienneté. Ce manque de reconnaissance, d'après des participants aux entretiens, est lié au fait que l'interprétariat en milieu social est assimilé à un métier du relationnel. Comme d'autres métiers de la relation, les métiers dits du care, qui sont confrontés à une difficile "professionnalisation"⁵.

Néanmoins, les deux interprètes consultés pour la rédaction de cet article, en poste depuis une vingtaine d'années, constatent une évolution positive dans le traitement qu'il leur est réservé dans le milieu hospitalier. A cela, il convient toutefois de nuancer que, d'un hôpital à l'autre, les pratiques varient sensiblement. Certains hôpitaux bruxellois ont en effet inscrit le recours aux interprètes comme une pratique habituelle alors que d'autres négligent totalement cette option.

Construire sa place

Tant l'ex-médiatrice interculturelle que les deux interprètes en milieu social concordent sur le fait que les médecins, et le personnel soignant en général, sont généralement contents de l'intervention de l'interprète professionnel mais négligents sur sa place dans la relation de soin. Ils s'accordent également sur le fait que c'est à eux de créer leur place. « Ce n'est pas évident pour tout le monde mais je pense que, parfois, l'interprète doit accepter qu'il n'est pas soignant et prendre sa place d'interprète. Et en même temps, [son rôle] est de se manifester et de rendre sa place importante. Je pense que c'est aussi en établissant cette confiance et cette collaboration que l'interprète peut se donner cette place importante.»⁶

Une place qui est toujours sur le fil, entre présence et transparence, en lien avec la pratique même du métier. Z., interprète en langues du sous-continent indien du SeTIS Bruxelles : « Dans le domaine médical, les gens qui ne parlent pas français et ne connaissent pas le système, qui ne sont pas ici depuis longtemps, voient l'interprète comme un secours. Notre rôle est de faire passer les



messages avec patience, dans le détail, afin que ce soit clair pour eux comme pour le médecin. »

L'autre écueil récurrent vient des patients qui tendent à déléguer la relation de soin vers l'interprète et attendent de lui qu'il les guide. La proximité, non seulement linguistique mais aussi culturelle, y est déterminante. N., interprète en langues des Balkans du SeTIS Bruxelles : « Ça arrive souvent que le patient confie des choses à l'interprète parce qu'il le prend en otage : ah tu es un des miens ! tu fais partie de ma communauté et je peux te dire ouvertement ce que je pense ! Même si ce sont des propos déplacés ! » Cela peut en outre facilement éveiller des soupçons sur la neutralité de la part du personnel soignant⁷.

Amortisseurs de chocs culturels

Dans ces cas de figure, et outre le code de déontologie, les capacités d'assertivité et d'adaptation sont indispensables. Les situations rencontrées par les interprètes peuvent en effet être assez frontales, avec des propos plus que déplacés, pour lesquels il faut savoir jongler et faire preuve de tact, à l'image de cet exemple, rapporté par N : « J'ai parfois assisté à des cas de racisme. Comme cette fois où le médecin était d'origine africaine. Le patient rom de Serbie me dit : Je ne suis pas venu en Belgique pour me faire soigner par un Africain, en utilisant ensuite un terme péjoratif pour parler d'un Noir. Comment gérer cette situation ? Là, il fallait trouver les mots justes et dire diplomatiquement: "le patient est un peu surpris, il s'attendait à voir un médecin belge, blanc " ; et le médecin a répondu "mais je suis Belge aussi " en rigolant parce qu'il voyait ce que ça voulait dire. Soit tu laisses au médecin le choix d'expliquer son parcours ou non, ce qui va sûrement générer un changement de position. Soit, quand ils font cette réflexion en sortant de la consultation, de vouloir changer de médecin pour des critères qui sont liés à son origine, je prends l'initiative de temporiser et de rappeler que si le patient n'est pas content de la qualité des soins, il a le droit de changer de médecin. Et en même temps de rappeler que, ce n'est pas parce qu'il est d'origine étrangère qu'il ne mérite pas le poste qu'il a,

puisqu'il a le droit d'exercer en Belgique selon les études, les qualifications et sa reconnaissance en Belgique. Ce n'est pas n'importe qui qui peut devenir médecin. Là, on voit comment cela leur permet de comprendre un peu mieux. Ils ne s'attendent pas du tout à trouver une ville avec un tel mélange et un tel métissage. »

De part et d'autre de la relation, il est primordial pour l'interprète d'arriver à se décaler de la situation qu'il vit, tel un amortisseur de chocs culturels. Ces remparts sont le fruit de l'expérience, du cadre de la formation et de l'encadrement professionnel. Ces compétences sont encore malheureusement largement méconnues et sous-estimées dans des secteurs pourtant sensibles. Conscients que beaucoup reste à faire sur l'enjeu de la reconnaissance des interprètes professionnels, les services d'interprétation en milieu social SeTIS Bruxelles, Bruxelles-Accueil et le service d'interprétation pour sourds malentendants Info-Sourds s'organisent aujourd'hui pour promouvoir ensemble le Linguistreaming⁸, avec l'objectif de visibiliser à la fois les interprètes professionnels mais aussi les primo-arrivants et les personnes sourdes et malentendantes auprès des acteurs du social-santé en Région de Bruxelles-Capitale. Un défi, certes de taille, mais certainement pas vain. ▀

[1] Delizée, A., «Emergence et professionnalisation de l'interprétation communautaire en Belgique francophone», Working Paper 02/2015 HumanOrg 2015, pp. 4-5.

[2] Le service a consécutivement été appelé ISM (1994-1999), Ciré-Interprétariat (2000-2009), puis SeTIS Bruxelles (depuis 2010).

[3] Le volume d'activité du SeTIS Bruxelles a en effet doublé sur 10 ans, passant de 15.892 prestations en 2010 à 29.873 prestations. La proportion des secteurs santé était de 38,7 % en 2019.

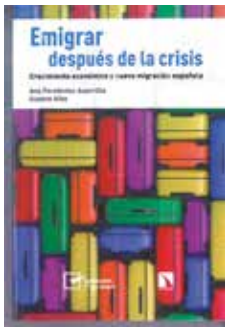
[4] Le code de déontologie de l'interprète en milieu social est consultable sur le site du SeTIS Bruxelles

[5] Rapport réalisé dans le cadre du 3^e Plan diversité Actiris du SeTIS Bruxelles: Bathoum R., Hanine F. « SeTIS : Les résultats des entretiens des focus group », UNIA, Bruxelles, 2020, p. 26. (non publié).

[6] B., ex-médiatrice dans un hôpital public bruxellois.

[7] A ce titre, Margalit Cohen-Emerique et Sonia Fayman ont résumé avec brio ce type de situations et leur désamorçage dans l'article « Médiateurs interculturels, passerelles d'identités », *Connexions*, 2005, n° 83, pp. 174-175. <https://www.cairn.info/revue-connexions-2005-1-page-169.htm>

[8] A l'instar du *Genderstreaming* et du *Handistreaming*, le *Linguistreaming* est une démarche de visibilisation des publics concernés qui vise à toucher d'abord la sphère politique pour ensuite permettre de changer les pratiques sur l'ensemble de la société.



De **NOUVEAUX** immigrés espagnols en Belgique

L'exemple espagnol nous montre qu'un pays n'est pas éternellement à classer dans les pays d'émigration ou d'immigration. Au gré de la situation sociale et économique (voire politique), il peut être alternativement l'un puis l'autre. L'ouvrage d'Ana Fernández Asperilla et de Susana Alba sur la « croissance économique et la nouvelle émigration espagnole » nous en apporte une preuve convaincante.



Très couramment, lorsqu'on retrace l'histoire de l'émigration des Espagnols, on s'arrête à la fin du XX^e siècle en considérant qu'à partir du XXI^e siècle l'Espagne cesse d'être terre d'émigration pour devenir terre d'immigration¹.

Or, cette phase où le solde migratoire était positif a été de peu de durée. La crise de 2008 marque la reprise vers leur pays de départ de nombreux immigrés (surtout Sud-Américains mais aussi d'Afrique du Nord ou d'Europe de l'Est) qui avaient choisi de s'installer en Espagne et dont un certain nombre avaient acquis la nationalité espagnole. Cette crise fait par ailleurs redémarrer l'émigration d'Espagnols « natifs ». En 2012, le solde migratoire espagnol est de nouveau négatif.

À partir de 2014, la relance économique fait monter le PIB espagnol, les exportations et la consommation des familles et décroître le chômage. Mais, contrairement à ce que l'on pouvait penser, malgré cette reprise, le solde migratoire reste négatif.

L'Espagne redevient un pays d'émigration

L'analyse toute récente d'Ana Fernández Asperilla et de Susana Alba² – respectivement docteure en histoire contemporaine et géographe – démontre pourquoi, bien qu'une politique de retour ait été annoncée, le flux d'émigration s'est poursuivi après la crise. L'ouvrage décrit les facteurs qui ont poussé l'Espagne à redevenir pays d'émigration, ces nouveaux émigrants espagnols fuyant le chômage, la précarité, la détérioration des conditions de travail, l'appauvrissement et la baisse du niveau de vie.



«A un an, je suis déjà migrant.»

Manifestation d'Espagnols à Paris
en 2013 : «On ne s'en va pas.
Ils nous jettent dehors».



© Centro de Documentación de las Migraciones. Fundación 1º de Mayo.

En Belgique, ce sont 11.580 Espagnols qui immigrent de 2014 à 2018. La colonie se remet à augmenter. Il ne s'agit pas forcément d'Espagnols très jeunes (ils ont plutôt de 30 à 40 ans), pas forcément de « cerveaux » (une formation moyenne à supérieure), mais ils ont, par contre, une expérience du marché du travail espagnol. Ils sont à la recherche d'emplois plus stables et mieux en concordance avec leurs qualifications professionnelles et, parmi les émigrés de 20 à 30 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes.

Les secteurs dans lesquels ils s'insèrent sont très variés: infirmiers-infirmières, vendeurs-vendeuses, chimistes, mécaniciens, bonnes d'enfant, kinésithérapeutes, électriciens, serveurs-serveuses, ouvriers de la construction, physiciens, ouvriers de l'industrie alimentaire, employés dans le secteur touristique et hôtelier... En Belgique la demande est de 60 % pour des emplois sans qualification, de 10 % pour des emplois moyennement qualifiés et de 20 % pour des emplois liés à des études supérieures. Évidemment, le niveau scolaire général s'étant élevé, les émigrants espagnols d'aujourd'hui sont davantage scolarisés que ceux du XX^e siècle, mais on est loin du cliché d'une émigration d'«excellence » et d'une fuite des cerveaux.

Au prix de perte de droits

Les auteures répertorient par ailleurs une série de droits que les émigrants espagnols ont perdu ces dernières années : le droit de vote à l'étranger (deux millions d'Espagnols devraient demander la possibilité de voter lors de chaque élection), la diminution drastique et sans concertation des cours de langue pour les enfants

d'Espagnols à l'étranger (de trois à une heure trente hebdomadaires, en Belgique également), l'exclusion entre 2012 et 2018 des émigrants du système de soins de santé espagnol et la suppression pour la plupart des pensionnés espagnols vivant à l'étranger du droit à participer aux voyages prévus par la Sécurité sociale espagnole pour les retraités.

Un plan de retour gouvernemental

Ana Fernández Asperilla et Susana Alba décrivent le marché du travail espagnol comme peu favorable à des retours. En 2018, le taux de chômage (qui a atteint 26 % en 2013 et plus de 42 % pour les jeunes cette année-là) n'est pas encore retombé au niveau d'avant la crise de 2008.

Le secteur public a réduit son personnel, les femmes restent largement présentes (25 %) dans des emplois à temps partiel et les dépenses publiques en matière d'enseignement et d'éducation

ont été contractées, à l'université notamment. Dans ces conditions, il est utopique d'imaginer que les scientifiques et les autres professions hautement qualifiées aient la possibilité de rentrer.

Après avoir encouragé l'émigration pendant la crise, le gouvernement espagnol a lancé en 2018 un plan de retour, « Un pays pour rentrer », mais son exécution se heurte aux difficultés du marché de l'emploi. Il y a donc peu de retours effectifs et la nouvelle crise du Covid ne changera sans doute pas cette tendance à rester à l'étranger. ▀

[1] C'est le cas d'un article (par ailleurs très pertinent sur la patrimonialisation des migrations) qui cite comme dernière vague migratoire espagnole en Belgique les 2.500 fonctionnaires espagnols arrivés à Bruxelles après 1986 (Maite Molina Marmol, « De la double absence à la patrimonialisation », in Aide-mémoire, trimestriel des « Territoires de la mémoire », Liège, juillet-août-septembre 2020).

[2] Ana Fernández Asperilla, Susana Alba, Emigrar después de la crisis. Crecimiento económico y nueva emigración española, Fundación 1º de mayo, Madrid, 2020.

Raconte-nous ton histoire

Illustration: monsieur ion / texte: Nathalie Caprioli

Puisque la question de l'emploi des Afrodescendants reste à la traîne chez les politiques, il n'agit d'initier un changement structurel avec et pour les personnes concernées.

C'est la mission de la récente ASBL Job@uBuntu, en plus d'accompagner - dans un style bien à elle - les chercheurs d'emploi.

Quand on entre chez Job@uBuntu, les "ambassadeurs" mettent la machine du temps sur pause.

Ce que tu fais de ton temps, c'est ce que tu fais de ta vie.

Olivier, ambassadeur bénévole

Issu de langues bantoues, ubuntu est un concept africain de fraternité qui signifie "je suis parce que vous êtes".

Le but de l'ASBL est de faire passer ce message aux TOASE et aux structures de recrutement déjà existantes.

Maisha est TOASE: Travailleuse d'Origine Africaine Sans Emploi

Dans notre société en mutation, on a besoin des uns des autres. Si demain nos enfants doivent faire les mêmes efforts que nous aujourd'hui, c'est que nous aurons échoué.

La procédure standard dans les structures officielles prévoit un créneau horaire serré pour accompagner les chercheurs d'emploi. Nous ne sommes pas meilleurs mais nous proposons un bonus...

Le temps.

Lors de mon premier entretien, Olivier m'a dit: "Raconte-moi ton histoire".



Ça m'a touchée. J'ai eu la sensation d'être comprise, après mes échecs, j'étais frustrée de ne pas pouvoir expliquer qui j'étais et ce que je valais.



En se racontant, on révèle plus de compétences qu'avec un C.V.

Ici, ils ont entendu mes passions et m'ont donné des éléments pour réussir.



Les effets ne se sont pas fait attendre, j'ai trouvé un job en tant que coach.

Les lois en Belgique n'englobent pas toute la diversité. Il existe un moyen de faire bouger les choses: agrandir le cadre pour que nous soyons tous inclus.



35% de diplômes décrochés à l'étranger ne sont pas reconnus ici. Parce que le cadre légal l'exclut.

Billy coordinateur de l'ASBL

Job@uBuntu a aussi pour mission d'objectiver la place réservée aux Afrodescendants sur le marché de l'emploi.



Ces pas de chiffres, pas de crédibilité auprès des politiques.

À propos des travailleurs indépendants, les chiffres montrent qu'entre 2008 et 2015 le nombre d'Afrodescendants a augmenté de 62%, des étrangers de 40% et des Belges de 14,5%.



Nous trouvons du travail pour plus de la moitié des TOASE.



Aujourd'hui, les politiques ne sont plus sourds, d'autant que la diversité est rentrée dans leurs rangs. Ils sont notre relais.



Si vous voulez le changement, il faut être acteur du changement!

Pour en savoir plus

Ce n'est pas une surprise d'apprendre que Job@uBuntu est signataire du Mémoire Napar «Pour un Plan d'action inter fédéral contre le racisme»¹ porté par une soixantaine d'organisations à travers toute la Belgique. « Dans cette dynamique collective, nous avons été pro actifs pour formuler les revendications liées à l'emploi », précise Billy Kalonji, coordinateur de Job@uBuntu depuis plus de trois ans. Parmi leurs revendications sur cette question, citons l'instauration de procédures plus accessibles et gratuites pour établir l'équivalence des diplômes étrangers et valider les compétences, mais aussi la révision de l'article 10 de la Constitution qui définit l'égalité « entre tous les Belges ». « Cette égalité doit concerner « toute personne ». Il est temps que la loi s'adapte à la diversité afin d'assurer entre autres l'égalité d'accès à l'emploi dans les services publics fédéraux pour les Belges et les non Belges, commente le coordinateur. Nous voulons devenir des citoyens à part entière et construire la société en participant à l'emploi. »

Au-delà de l'accompagnement des TOASE (Travailleurs d'Origine Africaine Sans Emploi) dans un esprit de solidarité et d'écoute de qualité, l'asbl travaille à objectiver les données. « Quand le diagnostic n'est pas bon, on ne peut pas soigner », résume Billy Kalonji. L'enjeu : réduire le fossé entre les personnes d'ascendance africaine et les acteurs du marché du travail bruxellois, en favorisant la connaissance mutuelle et la compréhension de l'environnement des uns et des autres. « Les associations africaines à Bruxelles sont actuellement découragées, lit-on dans une étude publiée par l'asbl en 2019². Elles ont l'impression qu'on ne les écoute pratiquement pas. Le manque flagrant de matériel de recherche sur leur

situation alimente ce sentiment de malaise. » Un des paradoxes relevés dans cette étude montre qu'entre 2008 et 2014, le chômage est en baisse alors qu'il augmente pour les personnes d'ascendance africaine. En 2014, il est presque trois fois plus élevé chez les jeunes d'origine africaine (22 %) que chez les jeunes belges (8 %). De plus, 71 % des jeunes d'origine africaine âgés de 18 à 29 ans sont chômeurs de longue durée.

Autre paradoxe. Dans notre société, le vieillissement de la population bat son plein, mais les auteurs observent une tendance inverse parmi les Afrodescendants : ceux-ci sont jeunes et hautement qualifiés – au-dessus de la moyenne nationale – et employables. D'après l'étude de 2017 de la Fondation Roi Baudouin sur les « Citoyens aux racines africaines : un portrait des Belgo-Congolais, Belgo-Rwandais et Belgo-Burundais », 66 % des francophones d'origine africaine ont atteint le niveau de l'enseignement supérieur, contre 40 % de la population belge âgée de 25 à 64 ans.

En défendant des recommandations concrètes pour les acteurs bruxellois impliqués dans les services d'emploi, Job@uBuntu veut « contribuer aux changements structurels qui seront susceptibles d'améliorer radicalement la situation des demandeurs d'emploi. Nous voulons rendre les personnes d'ascendance africaine visibles dans notre société et les aider à trouver leur place sur le marché du travail. » ▶

[1] www.naparbelgium.org

[2] Billy Kalonji, Wim De Meester et Sofie Vancouille, « Le paradoxe des travailleurs d'ascendance africaine sur le marché de travail bruxellois », 2019, 44p. Disponible en ligne.

DIS LE... TU VISAIS LE PNEU



#JUSTICEFORMAWDA

Éditeur responsable : Alexandre Ansay

Responsable de rédaction : Nathalie Caprioli

Ont contribué à ce numéro : Massimo Bortolini, François Braem, Nicolas Bruwier, Anais Carton, Nadera Chilah, Annie Cornet, Danièle Crutzen, Françoise Dubois, Pauline Fonsny, Elio Germani, Judith Hassoun, Jonathan Herman, Rachel Husson, Reza Kazemzadeh, Christine Kulakowski, monsieur iou, Anne Morelli, Qamar Muhammadi, Mélody Nenzi, Anne-Claire Orban, Christine Tomat.

Photo de couverture : Nathalie Caprioli.
Mini pleine de jeux au centre de Bruxelles, janvier 2021.

Comité éditorial : Loubna Ben Yaacoub, François Braem, Vincent de Coorebyter, Isabelle Doyen, Kolë Gjelošhaj, Billy Kalonji, Younous Lamghari, Silvia Lucchini, Altay Manço, Marco Martiniello, Anne Morelli, Nouria Ouali, Andrea Rea.

Création graphique : Paul d'Artet

Mise en page : Pina Manzella

Impression : IPM

Les textes n'engagent que leurs auteurs. Les titres, intertitres et brefs résumés introductifs sont le plus souvent rédigés par la rédaction.



Avec l'aide de la Commission communautaire française, du Service d'éducation permanente, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et d'Actiris.



imag est le bimestriel édité par
le **CBAI asbl** - Av. de Stalingrad, 24
1000 Bruxelles
tél. 02/289 70 50
imag@cbai.be - www.cbai.be



ABONNEZ-VOUS ! PRIX LIBRE

Payez en fonction de vos moyens
et soutenez le travail de l'équipe de rédaction.
Par numéro ou par an (5 n°)

Disponible en format papier et numérique.

Versez votre participation sur le compte
IBAN BE34 00107305 2190
Prix indicatif : 5 euros/numéro

En n'oubliant pas de préciser
vos **nom et adresse** en communication ainsi
que la mention **format papier ou numérique**.

