Actes du Colloque

« Care et Compétences transculturelles »

du 28 octobre 2011

Organisé conjointement par :

- le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme
- et le Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

.be

Actes du Colloque

« Care et Compétences transculturelles »

du 28 octobre 2011

Organisé conjointement par :

- le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme
- et le Service Public Fédéral Santé publique,
  Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Table des matières

1. Introduction 3

Le Centre, le Care et les compétences transculturelles 3
Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et les compétences transculturelles 4

2. Le Care et ses métiers 7

Le Care, une ressource pour repenser les métiers liés à la défense de la justice et de l'égalité 7

3. Les compétences transculturelles en théorie 17

De l'approche multiculturelle aux compétences transculturelles 17
Confronter les modèles explicatifs pour mieux aborder les problèmes de santé 20

4. Les compétences transculturelles dans la pratique 23

Compétences transculturelles & orientations sexuelles 23
Compétences transculturelles & origines 26
Compétences transculturelles & handicaps 27
Compétences transculturelles & pauvreté 29

5. Conclusions 33

6. Bibliographie 35

Colofon 39

I. Introduction

Le Centre, le Care et les compétences transculturelles

Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme effectue trois métiers : le traitement de signalements individuels de discrimination, l'offre de formation-information-sensibilisation et la formulation d'avis et de recommandations. Dans le cadre de son travail d'analyse de situations juridiques qui concernent les discriminations, le Centre est aussi en contact direct avec les victimes de ces discriminations, soit des personnes qui ont mal, qui sont en souffrance.
Comment dès lors appréhender cette souffrance, comment formuler des solutions qui en tiennent compte ?
C'est pour répondre à cette question que le Centre a pour ambition d'intégrer cette approche du Care dans la prise en charge des plaintes qu'il traite au quotidien.

Voilà pourquoi le Centre a créé en son sein un Groupe de Travail consacré au Care. Celui-ci s'est notamment fixé pour objectif de travailler sur la lutte contre les discriminations et la promotion de la diversité dans le secteur des soins de santé. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'organisation du colloque consacré aux compétences transculturelles.

Les professionnels de la santé sont de plus en plus amenés à s'interroger sur leurs pratiques professionnelles et sur leurs approches vis-à-vis de personnes ayant des cadres de références différents et des problèmes spécifiques.

Ces questionnements ont trait, par exemple, aux convictions religieuses (demande par des femmes musulmanes d'être traitées par des gynécologues masculins), à l'orientation sexuelle des patients (importance de ne pas passer à côté de pathologies qui ont une plus grande incidence chez les gays), à l'aménagement d'une pratique médicale en fonction d'un handicap ou encore à l'adaptation de traitements pour des personnes en situation de grande pauvreté.

Il semble donc nécessaire d'acquérir des compétences transculturelles au sens large, à savoir des compétences qui recouvrent un ensemble d'attitudes, de connaissances et de savoir-faire qui permettent à un professionnel de la santé de fournir des soins adaptés et de qualité à des patients divers.

Cette journée de réflexion et de débats vise à clarifier la portée de ce leitmotiv qui dit qu'il faut traiter les gens de façon égale, en tenant compte de leur différence. Mais, il n'en reste pas moins vrai qu'il n'est pas forcément évident d'aborder la

différence. Pour cela il faut lutter contre les stéréotypes, contre la peur de l'autre. C'est sans doute cela qui a manqué dans la politique d'intégration menée dans notre pays. Si l'on part du principe que chacun de nous a le droit de ne pas être traité comme un numéro, c'est un cadeau que l'on fait aux autres et que l'on recevra forcément en retour. La différence, ce n'est pas une menace, c'est un chemin qui demande du courage. Il faut agir sur sa propre responsabilité. C'est peut-être plus facile si cette démarche répond à un prescrit extérieur, religieux ou autre, mais c'est surtout un défi. Si, aujourd'hui, à Bruxelles, les intervenants sont surtout d'origine étrangère et que les patients sont Belgo-Belges, comment se rejoindre ? La seule voie, c'est de prôner une société inclusive où tout le monde peut être soi-même, sans avoir peur de la confrontation, où l'on peut poser des questions sans avoir peur des réponses, où l'on est ouvert à l'autre

Le Colloque organisé par le Centre et Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a aussi pour objectif de fournir une première approche théorique et pratique de ces compétences transculturelles aux intervenants de terrain, confrontés à ce type de situation.

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et les compétences transculturelles

Isabelle van der Brempt
Conseillère générale à la DG 1 - Organisation des établissements de soins SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

La journée s'est ouverte par la mise en exergue du caractère novateur pour Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement du concept de 'compétences transculturelles'. En effet cette terminologie ne faisait pas forcément partie de son vocabulaire avant que le Centre lui propose d'organiser une journée sur ce thème. Pourtant diverses recherches relatives à ce concept mettent en évidence la portée et la diffusion de cette notion dans les mentalités, les politiques et les pratiques d'autres pays.

Au Canada

L'exemple de la Société canadienne d'évaluation[1] est éclairant. Cette société intègre explicitement les compétences transculturelles parmi le référentiel de compétences professionnelles requises pour les évaluateurs. Il s'agit pour un évaluateur *« d'être capable de cerner les besoins de diversités communautaires,*

1 Société Canadienne d'Evaluation, « L'évaluation au Canada : référentiel des compétences professionnelles requises à son exercice », *Version 12*, 29 avril 2010, p. 15

comme l'âge, l'orientation sexuelle, le groupe ethnique, la langue, la classe sociale, les handicaps, la culture, le sexe, dans le but de sélectionner les approches méthodologiques appropriées ».

En Suisse

Autre exemple : celui de la Suisse qui comptait, début des années 2000, 22% de population de nationalité étrangère (qui représentait 24% de la population active et 28% des travailleurs salariés). C'est en lien avec ce phénomène migratoire que l'approche des soins par les compétences transculturelles a émergé vers la fin des années 90, à l'initiative de la Croix-Rouge suisse. L'Office fédéral de la Santé publique suisse fait référence explicitement à cette notion de compétences transculturelles dans un document intitulé « Stratégie migration et santé 2008-2013 »[2], il est écrit que « *l'absence de compétences transculturelles et de sensibilisation aux problèmes de santé spécifiques de la population migrante rend plus difficile la pose du diagnostic médical, mais aussi le choix thérapeutique et influe sur l'observation du traitement ( ). Les acteurs du système de santé qui ont affaire à des personnes migrantes ( ) ne peuvent se contenter de recourir à des mesures d'accompagnement comme l'interprétariat communautaire : ils doivent s'engager à acquérir des compétences transculturelles.* »
Autre source : un document, intitulé « Diversité et égalité des chances »[3] et qui émane du même Office fédéral de la Santé publique suisse, aborde la question selon un autre angle et met avant les atouts des membres du personnel issus de la migration qui, de par leur diversité « *en termes d'origine, de langue, de religion et de situation sociale, constitue(nt) un atout pour la visibilité et la mise en uvre de la compétence transculturelle d'une organisation* ».

Dans le domaine des soins de santé, l'importance d'aborder la relation de soins avec une personne qui, de par son histoire ou sur son éducation, a un autre regard que nous sur elle-même et sur la vie, a été soulignée. Car les compétences transculturelles vont au-delà d'une éthique, des principes et des valeurs de respect et de tolérance : c'est aussi très pratiquement une façon de mieux comprendre la demande de soins du patient, les problèmes que la maladie pose au patient, d'adapter sa réponse et le traitement pour pouvoir être entendu et accepté par le patient.

Dès lors, il importe de mettre en tension les concepts de 'disease' (soit la maladie considérée du point de vue biomédical comme un dysfonctionnement biologique ou psychologique chez un patient), du 'illness', soit la maladie en tant que vécu,

2 Office fédéral de la Santé publique, Confédération Suisse, « Migration et Santé – Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008-2013) », janvier 2008, p. 17 et « Stratégie Migration et Santé (Phase II : 2008-2013) », juin 2007, p. 45
3 Office fédéral de la Santé publique, Confédération Suisse, « Diversité et égalité des chances – Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé »; deuxième édition, 2009, p. 52

citant Patricia Hudelson[4]. Il importe également de faire référence à la question de 'compliance' ou d'adhésion du patient au traitement, en tant qu'élément essentiel à la réussite d'un tel traitement. La question de l'accessibilité aux soins et ce, pas seulement en termes financiers ou géographiques, est évidemment au c ur de cette réflexion.

4 HUDELSON P., « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? », in Santé conjuguée, octobre 2008, n°46, p. 36 (*Article paru précédemment dans la revue Médecine et Hygiène n°2407 d'octobre 2002*)

II. Le Care et ses métiers

Pour le Centre, le Care recouvre notamment l'ensemble des aides et soins apportés aux personnes dépendantes dans une société.

Dans ce cadre, le Centre axe son travail sur le secteur médico-social au sens large, à partir des relations interpersonnelles établies entre les dispensateurs et les bénéficiaires de soins, afin d'y lutter contre toutes les formes de discrimination et d'y promouvoir le concept de gestion de la diversité.

Ce secteur et les questions relatives à la discrimination/diversité qui s'y rapportent sont étudiés par le Centre via le prisme des 4 phases du Care telles que définies par Joan TRONTO[5] :

- phase 1 « caring about » : reconnaître un besoin;
- phase 2 « taking care of » : assumer une responsabilité par rapport au besoin identifié et chercher comment y répondre;
- phase 3 « care giving » : répondre au besoin en accomplissant un travail qui implique des compétences;
- phase 4 « care recieving » : vérifier l'adéquation besoin-réponse donnée.

Le Care, une ressource pour repenser les métiers liés à la défense de la justice et de l'égalité[6]

Florence Degavre
Professeure de socio-économie, CIRTES, UCL

Ce texte vise à aborder le Care, une thématique que j'explore depuis de nombreuses années dans mon travail de chercheuse et de professeur de socio-économie, du point de vue des questions interculturelles. C'est une approche nouvelle pour moi, qui travaille depuis longtemps sur les questions touchant au Care, mais sans aborder celles-ci du point de vue de l'inter- ou de la trans-culturalité. Ce texte s'inscrit dans l'héritage intellectuel du féminisme et des théories du genre et est le fruit d'une pensée personnelle nourrie d'un travail collectif élaboré à la fois dans des lieux d'échange académique et au sein d'un mouvement politique, celui des femmes. Mon métier de chercheuse me permet en effet de fonder scientifiquement mes convictions de citoyenne.

5 TRONTO J., Un monde vulnérable – pour une politique du care, 1993
6 Ce texte est le fruit du remarquable travail d'édition d'Anna SAFUTA, doctorante au CIRTES (UCL). Qu'elle en soit ici remerciée.

Qu'est-ce que le Care ? Le terme prête à de nombreuses confusions, dues à la fois à complexité et l'étendue des activités, émotions, normes et interdépendances qu'il peut désigner dans l'esprit de celui qui l'emploie, mais aussi parce que les différentes tentatives pour traduire ce terme anglo-saxon en français se sont en général soldées par un échec. Cet article vise à lever trois confusions majeures dans l'emploi du terme Care; sur base de la littérature scientifique et d'exemples de recherche. Il s'agit surtout de montrer que le Care est traversé par une dimension politique importante dont il serait pertinent de débattre dans les mouvements sociaux.

Le Care en tant que métier ou pratique

Le Care est un terme extrêmement polysémique, du fait de la diversité des disciplines scientifiques qui s'en sont saisies (philosophie, éthique, sociologie, sciences politiques, socio-économie) et des approches très diverses qui en ont été faites au sein de ces disciplines et aussi dans les recherches interdisciplinaires.

Il n'existe pas d'unique équivalent en français : pour traduire le terme, il faut commencer par distinguer le care comme catégorie descriptive du Care comme concept (Jany-Catrice et Nicole-Drancourt 2008: 7). Dans la catégorie descriptive, le Care fait référence aux pratiques qui consistent à assister, aider, soigner une personne qui en a besoin en raison d'un état que l'on appelle la vulnérabilité ou la dépendance. Ces pratiques relèvent soit du travail (le travail de care), soit d'un secteur d'activité (celui de l'aide à domicile par exemple, ou encore du travail ménager) et de nombreuses études, notamment en sociologie du travail et des métiers, ont ainsi étudié le care comme secteur professionnel. Fortement inspiré par les écrits féministes marxistes et matérialistes des années 1970 et 1980 sur le travail domestique et la reproduction sociale (Dalla Costa & James 1975; Delphy 1978 [2001]; Waerness 1978, 1987), un autre pan de la recherche s'est penché sur le care comme activité non-rémunérée effectuée au sein de la sphère privée.

Compris comme une activité professionnelle, le Care est exercé au sein des secteurs de l'aide et du soin (que l'on y inclus ou non le médical et le paramédical), dans les hôpitaux, les homes pour personnes âgées, les services d'aide à domicile, les centres de jour, etc., mais il est aussi le travail domestique et ménager, qu'il soit effectué dans le cadre professionnel ou familial.

La sociologie du Care s'est ainsi intéressée aux travailleuses (les femmes sont majoritaires dans les secteurs concernés) qui effectuent ce travail dit « de proximité ». Bien que les métiers du care, ceux qui sont en tout cas formellement définis, sont d'une grande importance pour la cohésion sociale (il s'agit en effet de construire ou entretenir le lien social, d'essayer de rendre autonome un enfant ou de re-rendre autonome une personne âgée par exemple), la sociologie

a démontré les difficultés rencontrées par ces travailleuses à s'inscrire dans l'univers professionnel et à faire reconnaître leurs compétences et leur formation. Les sociologues ayant étudié le care attribuent ces difficultés principalement au fait que ce travail « ressemble » à celui que l'on fait chez soi, pour des proches. Cette littérature a bien démontré l'enjeu politique, pour les travailleuses, d'une professionnalisation, d'une reconnaissance de leurs qualifications et de leurs savoir-faire totalement occultés derrière une soi-disant nature féminine ou une expérience profane de «care. Dans son ouvrage, « Seules, genèse des emplois familiaux », Brigitte Croff (1994 :59) étudie les lettres de motivation envoyées par plusieurs candidates aides ménagères auprès de personnes âgées et démontre combien ces candidates mettent avant tout en avant une vocation quasi naturelle, aider : « ce n'est jamais en mettant en avant un professionnalisme que ces femmes se présentent, elles exoliquent qu'elles ne peuvent rien faire d'autre » (1994 :59).

Comme métier ou activité professionnelle rémunérée non-reconnue comme métier, le Care semble être au centre de rapports sociaux opprimants. Ainsi, dans un article sur le Care aux enfants effectué par des migrantes clandestines à Bruxelles (Degavre & Langwiesner 2011), on a pu démontrer que les conditions de salaires, la charge de travail, le fait de recevoir du respect pour le travail effectué faisaient l'objet de grosses tensions et de négociations entre les employeurs et les employées, où les ressources en termes de pouvoir étaient très déséquilibrés entre les deux groupes. Depuis une vingtaine d'années, la littérature sur le sujet a montré que le travail de care, souvent effectué par des femmes pauvres arrivées d'Europe de l'Est ou du Sud au sein de familles, souvent blanches et issues de la petite ou grande bourgeoisie, est une pratique racisée, où les stéréotypes racistes, de classe et sexistes s'expriment pleinement (Dorlin 2005, Falquet et Moujoud, 2010). Il est donc de ce fait au c ur de rapports sociaux de classe, de race et de sexe. La valorisation de certains traits soi-disant culturels ou raciaux des travailleuses sont aussi utilisés pour conforter une division du travail au sein même du groupe des pourvoyeuses de Care (les femmes blanches aux postes d'accueil, d'inspection ou de direction d'une part, les femmes noires dans les « coulisses » du Care de l'autre). Par ailleurs, une autre division du travail de Care s'opère entre employées noires et employeuses blanches au sein du travail domestique qui permet aux employeuses d'entrer ou d'intensifier leur présence sur le marché du travail rémunéré sans perdre leur place au sein de l'espace domestique (sans menacer les privilèges de la masculinité donc). Cette division du travail de Care ou du travail ménager souvent employés de manière interchangeable- entre femmes selon leur appartenance sociale et/ou ethnique ou nationale ne doit évidemment pas occulter la division première, celle qui attribue le historiquement le travail productif aux hommes et reproductif aux femmes (en tout cas c'est comme cela que l'on simplifie l'histoire, car les femmes ont toujours effectué les deux types de travail).

Le Care, dans ces travaux, est synonyme de servitude, de travail dévalorisé, au c ur de rapports de domination. Mais ces rapports n'empêchent pas, parfois, aussi le développement paradoxal, dans ce contexte de fortes inégalités, de relations intimes entre employeurs ou usagers et travailleuses qui peuvent s'avérer favorables à ces dernières, notamment quand les femmes mobilisent la confiance ou la réciprocité qu'elles arrivent à construire (notamment avec les familles employeuses) comme ressource dans leur stratégie migratoire (Degavre & Langwiesner 2011).

Lorsque le Care est considéré comme une activité, il est important de distinguer ce qui relève de l'emploi formel et informel dans le secteur. Le Care informel se réfère aux activités d'aide aux proches sans contrat légal et généralement non rémunérées et au travail d'aide rémunéré mais illégal. Le Care formel désigne, lui, le travail d'aide régi par un contrat légal et généralement organisé dans le cadre des politiques publiques (Degavre 2007). Le Care formel est généralement rémunéré, sauf dans des cas exceptionnels comme le bénévolat. Le Care informel peut être rémunéré, comme dans le cas de nounous étrangères ou des « senior sitters » (appelées *badante* en italien) que l'on rencontre dans tous les pays européens à des degrés divers. Cette distinction entre travail de Care formel et informel permet de mieux décrire les situations de Care mais également les rapports de pouvoir qu'elles impliquent : le caractère formel ou informel influence considérablement la capacité des travailleuses d'exprimer un mécontentement, de quitter un emploi ou de négocier une meilleure rémunération. La formalité ou non de l'activité de Care est susceptible d'influencer les rapports sociaux entre employeurs et employées de sexe, classe et race différentes.

Ce que suggère par ailleurs la littérature qui étudie le Care comme une activité, c'est que l'analyse doit tenir compte non seulement des rapports de pouvoir entre individus, mais aussi des effets des politiques publiques qui ont trait à la provision de care de près ou de loin.

Le Care en tant que domaine de l'Etat-providence

Un autre pan de la littérature sur le Care considère celui-ci non plus comme une activité mais bien comme une dimension des Etats providence : on parle alors de « social care » en anglais (Daly & Lewis 1998, 2000). Les études sur le social care excluent généralement les activités médicale ou paramédicale et se concentrent sur la façon dont les politiques sociales façonnent à la fois les possibilités de recevoir ou de donner du care et nos façons d'aider, de soigner. Les premières publications sur ce thème sont généralement anglo-saxonnes ou nordiques et paraissent dès la fin des années 1970 (Waerness 1978; Ungerson 1987).

Il faut souligner l'apport des chercheuses féministes dans ce domaine, à qui l'on doit d'avoir rendu visible des mécanismes que la littérature sur les Etats-

providence n'avait pas su voir, ni penser jusque-là. La littérature du courant principal étudiait principalement la façon dont l'Etat-providence a permis aux travailleurs d'être porteurs de droits sociaux (comme le droit à l'allocation de chômage, le droit à la retraite) qui leur permettaient de survivre en dehors de la participation au marché du travail (ce que l'économiste danois Esping-Andersen a appelé la « démarchandisation » par les politiques publiques). La littérature mainstream restait silencieuse sur la façon dont les Etats-providence occidentaux ont traditionnellement privilégié les hommes dans le rapport au travail en orientant les politiques sociales vers un modèle « homme gagne-pain/femme au foyer », le Care et le travail domestique revenant à ces dernières. C'est bien aux théoriciennes féministes que l'on doit les théorisations les plus stimulantes sur la genèse des Etats sociaux et leurs politiques en matière de Care (ce qu'on peut aussi appeler les régimes de care). Grâce à cet apport, le care est devenu une variable centrale de l'analyse des politiques publiques et c'est pour cela aussi que l'on a commencé à en entendre parler en dehors des cercles académiques. La littérature sur les politiques publiques en matière de Care a mis à jour les différences dans les proportions de services publics ou privés (marchands ou non marchands) et de Care informel (familial et par des migrantes employées sans contrat) entre régimes de Care nationaux.

Le Care en tant que sollicitude

Un autre sens du mot Care qui a contribué à le populariser est celui de sollicitude. Un intérêt soutenu se dégage de la littérature pour la relation de Care, qui réhabilite la réalité de l'(inter)dépendance humaine (Paperman et Laugier 2005) et ressuscite les vertus de la sollicitude (Sevenhuijsen 1997). Ce niveau de recherche axé sur les aspects « micro » du Care tend à produire un savoir sur les pourvoyeur·se·s et les bénéficiaires du care, sur ce qui est perçu comme « bon Care » par opposition au « mauvais Care », sur les représentations, les images véhiculées par les différentes formes et pratiques du Care, ainsi que sur ses aspects émotionnels (Hochschild 1995 , 2000). Précisément, il est démontré que le Care dans toutes ces formes s'accompagne d'émotions complexes étudiées entre autres sous l'angle de la psychologie du travail (Molinier 2009) et que des conceptions fort différentes de ce qui fait le bon care coexistent.

Le Care n'est pas une disposition féminine

C'est aux mouvements féministes que l'on doit d'avoir mis en évidence l'ampleur du travail domestique et du travail de Care non-rémunérés effectués principalement par les femmes au sein de la sphère privée. Pourquoi les femmes ont-elles endossé cette responsabilité ? L'histoire du travail domestique montre bien par quels mécanismes le ménage a toujours été confié aux groupes dominés, parmi lesquels les femmes. L'identité du genre féminin s'est donc construite autour d'une norme domestique, à la fois au niveau des rôles sociaux, des mythes

et des représentations culturelles. Ce qu'ont également montré les études sur la place du Care dans les politiques publiques, c'est qu'il y a un certain impensé « genré » de ces politiques. Elles sont venues renforcer la division sexuelle du travail en prérennisant l'idée de l'homme gagne-pain. Il nous apparaît donc urgent de dé-genrer le Care, de cesser de l'adosser aux caractéristiques de l'un des deux sexes. Mais comment procéder?

Finalement, le Care tel qu'abordé par les féministes permet de reformuler en des termes nouveaux un problème ancien de nos sociétés. Pour les femmes, la séparation privé-public n'est pas opérante. Ce qui se passe dans la famille est en partie tributaire des droits, des politiques publiques et l'égalité : comment assurer l'égalité pour toutes les femmes et entre toutes les femmes ?

Une société de Bisounours ou un souffle nouveau?

L'attention portée au Care ne nous entraîne pas dans une société de Bisounours mais permet au contraire de renouveler des questions politiques déjà anciennes, sans pour autant nécessairement apporter de réponses. Tout d'abord, il semble primordial de rendre compatible la quête d'autonomie des usager-e-s et celle des pourvoyeur-euses du Care. Comment rendre compatible ces deux autonomies tout aussi nécessaires et désirables l'une que l'autre ? Peut-être que la solution est à chercher du côté d'un changement de perspective. Nous vivons dans une société où l'idée de dépendance est très peu centrale et généralement péjorative. Mais les dépendants et celles et ceux les accompagnant partagent certaines caractéristiques, notamment celle de flirter avec les marges du système: inutiles d'un côté, sans valeur de l'autre. Est-il possible que ces deux groupes construisent des alliances?

La question de la dépendance ou plutôt le règlement de la question de la dépendance semble passer, dans beaucoup d'Etats occidentaux aujourd'hui, par des dispositifs que l'on nomme en anglais le « cash-for-care » ou « routed wages ». Ces dispositifs - en place en Allemagne, Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni - permettent à un usager de solliciter du Care de la part de proches (le plus souvent de la part d'un époux, d'une épouse ou d'un enfant). Ces mesures ne vont sans doute pas aider la professionnalisation du Care et encourager la conviction auprès des usagers que pour devenir pourvoyeur-euse de care, des qualifications sont nécessaires. En fait, en reconnaissant l'importance du care informel par les proches ou co-habitants par le biais d'une compensation financière, l'Etat « formalise » ce Care informel. Ce rapprochement entre Care informel et pouvoirs publics est à la fois tentant et dérangeant mais nous sommes peut-être, comme dans les paroles de la célèbre chanson du mouvement des femmes, en train de faire « deux pas en avant, trois pas en arrière ». Tentant car, du point de vue des usagers, la famille ou les proches sont des aidant-e-s idéaux. Cette perception du care familial en tant que forme optimale de Care n'est

cependant pas partagée par tous les pays. En Belgique, et surtout en Belgique francophone, par exemple, le Care par des professionnels est le type de Care réputé optimal en ce qui concerne les adultes dépendants.

Par ailleurs, il y a dans les dispositifs de cash for care une dimension de choix non négligeable par le biais de laquelle les usagers deviennent en fait des consommateurs, ce qui leur (re)donne du pouvoir (empowerment). Le cash for care est donc un instrument intéressant surtout si l'on est attaché à l'idée d'autonomie de la décision, du respect de la personne et de la liberté du choix d'un package de care diversifié, etc. Les études les plus récentes menées dans des pays qui ont adopté des dispositifs de cash for care démontrent l'enthousiasme des personnes aidées, qui semblent toutes très satisfaites de l'arrangement. Comme signifié plus haut, certains parlent aussi d'une valorisation de l'informel, d'une visibilisation grâce à l'argent d'un travail auparavant invisible.

Du point de vue des personnes aidantes, le tableau semble cependant nettement moins rose. Certaines études parlent du piège d'un emploi où le chantage affectif peut faire loi et où la rémunération n'est pas en rapport avec la responsabilité endossée par l'aidant proche - une responsabilité publique renvoyée dans la sphère privée et très peu émancipatrice, à la fois économiquement et affectivement.

Un autre enjeu contemporain lié au care est la frustration ressentie par les pourvoyeurs-euses de care de ne pas pouvoir établir une bonne relation avec l'usager, soit par manque de temps (c'est souvent ce qu'on entend lorsqu'on interroge les infirmières), soit parce que les responsables leur inculquent un éthos professionnel où l'on garde une distance émotionnelle d'avec l'usager. Les travaux de Gagnon et Saillant (2000) montrent comment le travail d'aide à domicile se fonde sur la séparation des aspects affectifs d'une part et des aspects fonctionnels de l'autre. Les enjeux de professionnalisation et les contraintes budgétaires qui pèsent sur le temps que le pourvoyeur-euse peut passer avec une personne peuvent expliquer cette rupture. Les travaux de Christelle Avril (2008) montrent que cette séparation est ressentie par les travailleuses comme une tension entre la volonté d'être des professionnelles maîtrisant l'affect et des travailleuses de proximité, y compris relationnelle. Va-t-on dès lors vers un modèle de Care où les aspects fonctionnels sont assurés par le secteur formel, tandis que les aspects relationnels sont laissés aux aidants proches (en complément d'autres tâches fonctionnelles)? Le risque est de voir se développer ce que nous pourrions appeler « un Care sans Care ».

Mise sur le devant de la scène grâce à la littérature sur le Care, cette question de la séparation entre contenu fonctionnel d'un métier ou d'une profession et les aspects relationnels dépasse en fait largement la thématique du care lui-même. Cette tension entre contenu relationnel et « technique » des métiers du Care existe

dans d'autres professions, comme l'accompagnement des victimes de violences ou de discriminations. La victime peut être entendue, son dossier traité, son cas peut même être résolu, sans qu'à aucun moment il n'ait été question de « Care ». On est généralement d'accord pour s'inquiéter de la disparition de la relation dans les métiers du Care ou pour exprimer une certaine frustration de ne pouvoir la développer. Ne devrait-on pas s'inquiéter de la disparition du contenu relationnel dans des métiers sortant du « Care », mais où, pourtant, on aurait également besoin de cette affectueuse inquiétude pour autrui (Audard 2004, citée par Martin 2008). En fait, Catherine Audard (2004 : 212) livre une clé très importante ici pour ouvrir le débat dans d'autres secteurs que celui du Care aux personnes âgées : « *la sollicitude, qui est cette ''affectueuse inquiétude pour autrui'' est un sens dérivé de care et doit être attaché à un autre registre, celui de l'action en matière d'aide et d'assistance sociale. [Le] care désigne l'ensemble des dispositions publiques nécessaires au bien-être (welfare) de la population dans le welfare state, l'Etat providence* ».

Le Care peut donc porter sur potentiellement l'ensemble des politiques publiques nécessaires au bien-être des citoyen-ne-s. A partir de là, plusieurs interprétations complémentaires sont possibles si l'on poursuit l'objectif d'élargir les questions soulevées par le Care à d'autres champs :

- au niveau micro, le Care insuffle une conscience professionnelle requalifiée à partir d'idéaux relationnels, où la qualité du travail ou du service public fourni s'évalue aussi à travers son impact sur le lien social. Dans le cas du dépôt d'une plainte, il s'agirait de lutter contre le sentiment d'exclusion ressenti par le déposant, ou de l'encourager à exprimer sa frustration, plutôt que de s'en tenir à l'objectif d'obtenir justice. Il s'agirait aussi d'expliciter, dans la relation d'accompagnement, tout ce qui peut empêcher le Care d'advenir : volonté de voir la victime reconnaître la position d'opprimé de l'aidant, volonté d'arracher à la victime une reconnaissance pour le travail que l'on fait pour elle, etc. L'objectif serait de voir se développer, en-dehors du secteur du care, un peu de cette *« affectueuse inquiétude pour autrui »* qu'évoque Audard (2004 : 212), voire d'observer comment les organisations ou les individus qui y travaillent développent une nouvelle conscience professionnelle;
- la deuxième option serait d'interpréter cette attention portée au Care aujourd'hui comme une invitation à élargir et soutenir de nouveaux liens de solidarité, tels qu'exprimés par exemple dans l'économie sociale. L'entraide et la réciprocité qui y sont présentes sont en fait l'expression d'un care réciproque dans des domaines aussi divers que l'agriculture péri-urbaine, l'embellissement des logements, la culture, ...

Conclusions

Pour conclure, le Care est une formidable ressource pour repenser nos pratiques, y compris en-dehors du secteur des soins non-médicaux : ses apports débordent du domaine du travail pour venir s'implanter jusque dans notre éthique et l'ensemble de notre vie. Des propositions véritablement opérationnelles quant aux canaux par lesquels le Care devrait pénétrer tous les métiers où l'on traite la plainte et la dépendance ne peuvent pas être formulées par les académiques, mais doivent émaner des acteurs de terrain. Les approches théoriques du Care permettent cependant de parler des valeurs et des raisons d'agir des acteurs en présence : usagers, professionnels, ceux qui reçoivent le Care et ceux qui le donnent. Reste que ces approches théoriques ne sont pas toujours faciles à appliquer sur le terrain (qu'est-ce qu'un indicateur de care quand on est policier par exemple ?) et que, même imprégnées de care, les pratiques doivent aussi être jaugées à l'aune du projet d'émancipation qu'elles permettent pour les femmes, les pauvres, les personnes racisées et tous les autres groupes minoritaires ou minorisés. Il faut veiller à ne pas évacuer le potentiel révolutionnaire et politique du Care, de sorte à éviter de faire deux pas en avant, trois pas en arrière.

Bibliographie

Avril, Christelle (2008), « Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude », Retraite et société, No. 53 : 50-65.

Audard, C. (2004), « Care » in Cassin, B. (ed.), *Vocabulaire européen des philosophies*, Paris, Seuil: 211-212.

Dalla Costa, Mariarosa & James, Selma (1975), *The Power of Women and the Subversion of the Community*, Bristol: Falling Wall Press.

Daly, Mary & Lewis, Jane (1998), 'Conceptualizing Social Care in the Context of Welfare State Restructuring', in Lewis, J. (ed.), *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Aldershot, Ashgate: 1-24.

Daly, Mary & Lewis, Jane (2000), "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, 51(2): 281-298.

Degavre, Florence (2007), « Les contours du *care*. Réflexions pour une conceptualisation du *care* aux personnes âgées dépendantes à partir d'une étude de cas à Bruxelles », in Yepez del Castillo I. et Herrera G. (eds), *Nuevas migraciones latinoamericanas a Europa. Balancas y desafios,* Brussels/Quito : Flacso, Obreal, UCL, UB.

Degavre, Florence & Langwiesner, Gertraud (2011), « Le *care* dans les stratégies migratoires au début du XXIème siècle : quel gain d'autonomie pour les femmes migrantes en Belgique ? », in Arrizabalaga M.-P., Burgos D., Yusta M., *Femmes et stratégies transnationales (XVIIIe-XXIe siècles),* Brussels : Pieter Lang.

Delphy, Christine (1970) [2001], « L'ennemi principal », Partisans, Numéro spécial «Libération des Femmes », année 0, républié dans L'Ennemi principal. Tome 1 : Economie politique du patriarcat, Paris , Syllepse : 31-56.

Dorlin, Elsa (2005), « Dark Care. De la servitude à la sollicitude » in Paperman, Patricia & Laugier, Sandra (eds.), Le *souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, EHESS : 87-97

Gagnon, Eric & Saillant, Francine *et al.* (2000), *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, Paris : L'Harmattan.

Hochschild, Arlie Russell (1995). "The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Cold- and modern, Warm-modern Ideals of Care" Social Politics: 331-346.

Hochschild, Arlie Russell (2000), ''Global care chains and emotional surplus value'', in Hutton, W. & Giddens, A. (eds), Global Capitalism, New York: W. W. Norton.

Jany-Catrice, Florence & Nicole-Drancourt, Chantal (eds.) (2008), « Le care : entre transactions familiales et économie des services », *Revue française de socio-économie*, No 2 : 7-11.

Molinier, Pascale (2009), « Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? Les aléas de la ''bonne distance'' », *Temporalités* [En ligne], No. 9.

Moujoud, Nasima & Falquet, Jules (2010), « Cent ans de sollicitude en France: Domesticité, reproduction sociale, migration & histoire coloniale », *Agone,* No. 43 : 169-195.

Paperman, Patricia & Laugier, Sandra (eds.) (2005), *Le souci des autres. Éthique et politique du* care, Paris : Éditions de l'EHESS.

Sevenhuijsen, Selma (1998), Citizenship and the Ethics of Care. Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics, London: Routledge.

Ungerson, Clare (1987), *Policy is personal: Sex, gender, and informal care*, London: Tavistock Publications.

Waerness, Kari (1978), « The Invisible Welfare State: Women's Work at Home », Acta Sociologica, 21: 193-225.

Waerness, Kari (1987), "On the rationality of caring" in Sassoon, Anne Showstack (ed.), Women and the State, London, Hutchinson: 207-34.

III. Les compétences transculturelles en théorie

Les compétences transculturelles sont un outil composé d'attitudes, de connaissances et de savoir-faire qui permet de prodiguer des soins de qualité à des patients divers.

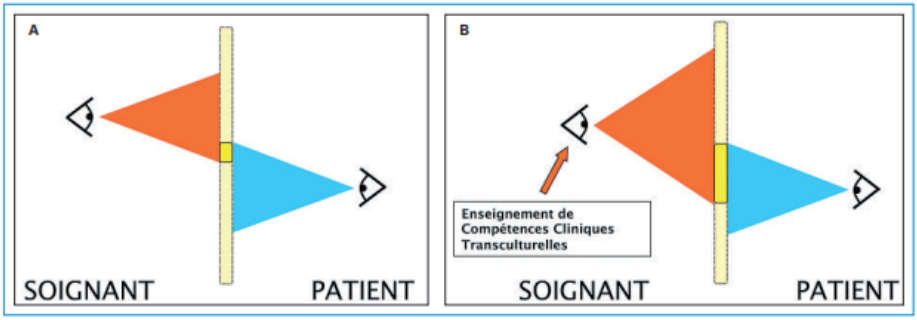


Figure 1
A Représentation schématique de la perception d'une situation clinique (en termes de connaissances médicales, représentations de la maladie, compétences linguistiques, attentes et valeurs). Point de vue entre soignant et patient.
B Le point de vue commun s'est élargi grâce à l'amélioration des compétences cliniques transculturelles du soignant (amélioration des connaissances médicales, compréhension des représentations de la maladie, aide d'un traducteur/interprète, exploration des attentes, meilleur partage de valeurs).

source : Forum Med Suisse 2010; 10(5)

De l'approche multiculturelle aux compétences transculturelles

Louis Ferrant
Médecin généraliste au Centre de santé de quartier Medikuregem
Assistant au Centre Huisartsgeneeskunde de l'Université d'Anvers
Auteur de nombreuses publications portant notamment sur les plaintes récidivantes chez les migrants, la dépression et la culture,
Fondateur de la « Huis der Gezinnen - Maison des Familles » à Anderlecht qui développe un projet de prévention pour les familles défavorisées avec enfants entre 0 et 8 ans et qui s'occupe de questions d'alimentation, d'éducation et de langue

Pour Louis Ferrant, il s'agit au travers d'un récit de vie, la sienne, de découvrir comment il a pu faire le chemin de l'interculturel vers le transculturel. Cette histoire a débuté, il y a trente-cinq ans, dans le quartier de Curegem. Ce médecin avait surtout l'intention de soigner : si ce Care était important, c'était au début surtout l'art de guérir (Cure) qui passait en premier et pourtant d'autres besoins aussi importants que les soins de santé se faisaient sentir. Une première chose que Louis Ferrant a remarqué dans sa pratique, c'est l'importance de l'éducation.

Car, comme le montrent les études épidémiologiques, si un individu a été à l'école jusqu'à dix-huit ans, il arrivera jusqu'à soixante-cinq ans sans trop de difficultés sur le plan de la santé; s'il n'a pas terminé ses études secondaires, à cinquante ans, apparaîtront les premiers ennuis de santé. D'où l'importance de l'éducation, quelle que soit l'origine de la personne.

Comment s'est opéré le passage de l'interculturel vers le transculturel ?

Comme l'a souligné Louis Ferrant, déjà les spécificités mêmes de la Belgique amènent à une richesse de points de vue. C'est le cas de ses origines : *« une famille francophone en Flandre, une épouse médecin généraliste en Wallonie et moi-même qui travaille à Bruxelles »*. Cette diversité, on la retrouve dans des initiatives privées, comme la Maison des Familles, qui sont également soutenues par les autorités publiques. La diversité ethnique des patients dans la pratique médicale de Louis Ferrant a bien sûr nourri sa réflexion : en 1976, c'étaient dix nationalités différentes, essentiellement issues du sud de l'Europe, qu'il était amené à soigner. Aujourd'hui, ce sont quatre-vingt-cinq nationalités parmi quatre mille patients, en provenance de tous les coins du monde. On peut donc dire que la diversité est au coeur de sa pratique. Assez peu finalement sous la forme d'un échantillon de diverse pathologies « importées », mais bien plutôt en raison de cadres de référence multiples proposés par les origines différentes des patients. *« Il s'agit de réfléchir à la manière dont un patient d'origine étrangère se sent chez vous et de se poser la question des conséquences sur la relation de soins. »*

Ce qui est important de repérer, c'est qu'au-delà d'une approche multiculturelle et du fait de développer des compétences qui tiennent compte de cette interculturalité, il est indispensable d'avoir une attitude d'ouverture, une sensibilité à la culture d'autrui : c'est là que se situe le transculturel. L'interculturel, c'est quand la culture de l'aidant est confrontée à la culture de l'aidé; le transculturel, c'est la culture qui est présente dans les relations entre le médecin et le patient. Pour y parvenir, il faut une combinaison de connaissances, de compétences et de comportement professionnel. C'est la base de la compétence culturelle. Ce qui pose la question de l'enseignement par rapport à cette attitude, à ce comportement : on peut transmettre des compétences, mais une attitude, comment l'enseigner ?

Développement vers des compétences culturelles (Kripalani 2006)	
D'une approche MULTICULTURELLE	CONNAISSANCE
	↓
Via une approche INTERCULTURELLE	COMPETENCES
	↓
Jusqu'à une attention et à une sensibilité TRANSCULTURELLE	COMPORTEMENT PROFESSIONNEL

La méthode « Disclosure » au service du transculturel

Pour parvenir à une approche transculturelle, il faut appliquer la méthode 'Disclosure', c'est-à-dire s'ouvrir à découvrir la réalité de l'autre. Il faut que la réflexion progresse vers de nouveaux concepts, de nouvelles manières de travailler : *« pour donner une définition de cette méthode, basée sur une métaphore, il s'agit de découvrir la réalité, en enlevant les différentes couches d'un oignon pour arriver jusqu'au noyau. Cette méthode nécessite de pouvoir s'éloigner d'une pensée causale, rationnelle. Il y a d'autres modes de pensée, mais en même temps, il faut savoir d'où l'on vient : pour pouvoir faire du chemin et approcher d'autres cultures, il faut des points d'ancrage, être conscient de ses propres racines ».*

Un tel changement de paradigme ne s'est pas fait en un jour : il y a eu différentes phases que retrace Louis Ferrant. *« Il faut dire qu'en 1977, on avait des connaissances très pointues sur le plan médical, mais aucune attention à l'approche multiculturelle. Au début, on a donné beaucoup d'importance aux chiffres, avec des analyses sur des plaintes bien précises. L'expérience s'est ensuite construite au contact des patients. »* L'approche multiculturelle s'est construite avec la constitution de groupes multidisciplinaires, comme le Comité sociomédical pour les travailleurs immigrés ou le Centre des minorités ethniques et la santé. Ces institutions ont mis en avant l'importance de la langue dans la relation médicale et la spécificité du discours médical, comme une langue à part, par rapport à laquelle il faut avoir un regard critique. En effet, celui-ci varie : *« alors que, par exemple, auparavant, on donnait un maximum de points aux étudiants qui demandaient des tests de laboratoire pour établir un diagnostic, aujourd'hui prescrire trop de tests constitue un critère négatif. Alors qu'auparavant, aucun lien n'était fait entre économie et médecine, aujourd'hui on réfléchit aux impacts des politiques médicales sur la société. On se rend compte que la connaissance ne résout pas tout, qu'elle cache la réalité : le discours médical est dans un tunnel qui élague bien d'autres réalités. Or la réalité est complexe et doit être découverte ».* D'où la mise en oeuvre d'une approche, d'une communication interculturelle. À la fin des années 1980 jusqu'en 2000, on a donné plus de place au récit de vie du patient, à la possibilité pour ce dernier de raconter son histoire, ce qui nécessite que l'on puisse se comprendre non seulement sur le plan de la langue, mais aussi au-delà. Avec la médiation interculturelle, il s'agit de traduire les propos du patient, de permettre à celui-ci de se raconter et ensuite d'interpréter pour mieux soigner. Le médiateur interculturel est en quelque sorte l'avocat du patient. Il faut aussi se pencher sur la perception que le patient a du médecin, mais cette approche avec l'aide des médiatrices interculturelles a des limites sur les plans financier et organisationnel : elle est généralement organisée dans les hôpitaux et très peu dans les services de première ligne. Comme le souligne Louis Ferrant, *« dans la communication interculturelle, il importe aussi de voir comment le patient appréhende le soignant : il faut pour cela s'informer sur la santé du*

patient, mais aussi sur ses idées, ses préoccupations, ses attentes : c'est important de consacrer du temps à cela, et aussi d'impliquer les patients dans les choix à poser sur le plan médical. Ce qui ne veut pas dire que l'on ne peut pas garder des distances. À chacun ses cadres de références, mais il faut trouver un terrain où les deux approches, la sienne, la mienne, se rapprochent. Comme le disait Toon Gailly[7], anthropologue et psychologue avec lequel j'ai eu la chance de collaborer, la culture, c'est comme l'eau pour les poissons. Quand je reçois des patients venus du Tibet, ils ont leur cadre de références. Moi je ne connais pas forcément la culture tibétaine, mais j'ai des connaissances, un savoir-faire et pour que nous puissions nous rejoindre dans la relation de soins, il s'agit d'adopter une attitude qui fasse place à chacun. J'ai pu mettre en pratique cette attitude au sein de la Huis der Gezinnen, de la Maison Médicale Medikuregem et aussi à l'Université d'Anvers. »

Sur le plan de l'enseignement, en essayant de dépasser le cloisonnement important qui existe au sein du monde des soins de santé, il s'agit, pour Louis Ferrant, d'aller au-delà du savoir-faire et trouver l'élément commun par rapport aux compétences culturelles : plus que le savoir-faire, il faut avoir un regard critique et reconnaître ses propres racines culturelles pour faire place à la diversité. *« Au niveau de l'Université d'Anvers, nous avons introduit, dans le cursus de médecine (1er Master), un cours obligatoire sur la culture et la santé qui portent sur des connaissances, mais aussi des attitudes. Mais ce qui serait vraiment un plus, ce serait que dans chaque discipline, chaque professeur puisse faire place à cette diversité au travers de l'analyse de cas de patients venus d'ailleurs. Par ailleurs, dans les recherches scientifiques, les migrants sont trop souvent écartés car ce serait trop compliqué. Or, comme le souligne Pierre Bourdieu[8], la différence crée le sens et quand on voit que beaucoup de patients souffrent en réalité de cette perte de sens, il faudrait sans doute creuser de ce côté. »*

Confronter les modèles explicatoires pour mieux aborder les problèmes de santé

Rachid Bennegadi
Président de la Section de Psychiatrie Transculturelle de l'Association Mondiale de Psychiatrie
Psychiatre anthropologue
Directeur du Pôle Enseignement, Etudes et Recherches au Centre Minkowska à Paris
Co-responsable du DU « Santé, Maladie, Soins et Cultures » à l'Université de Paris V

Pour ce professionnel de la santé, on a longtemps appréhendé la culture dans la relation de soins, sur un mode exotique. *« Quand j'ai été engagé au Centre Minkowska, on m'a dit : 'puisque vous êtes maghrébin, vous verrez les*

7 GAILLY A., Cultuurgevoelige hulpverlening in Cultuur, Migratie en Gezondheid 5 (2008-3), pp 152-163
8 BOURDIEU P., Raisons pratiques : sur la théorie de l'acte, Le Seuil, Paris, 1994

maghrébins'. J'ai répondu : 'Je suis aussi un peu français. Il m'aurait semblé bien plus relevant de me demander combien de langues je parle. J'avais l'impression d'être engagé dans une agence de voyages plutôt que dans un centre de santé qui aurait comme vision l'accès aux soins pour tous. Depuis mon arrivée, il y a 25 ans, cette vision a évolué, nous l'avons changée en menant une réflexion individuelle et institutionnelle : individuelle car elle interpelle le sujet, et institutionnelle car elle concerne la structure qui reçoit des migrants, en déployant des compétences linguistiques et de soins. Cette évolution s'est essentiellement basée sur le décentrage, sur le fait de rencontrer avant tout des gens et de ne pas d'emblée appréhender une culture et y accoler des stéréotypes, un peu comme si une personne était culturellement étanche. Il s'agit de déplacer la lumière : est-on capable de chercher ailleurs que là où les choses nous semblent lumineuses, évidentes ? C'est tout le sens de la démarche. Car se décentrer ne présente pas de risques en soi : plus j'apprends de l'autre, plus j'apprends sur moi ». Et de citer la phrase d'Emmanuel Levinas : « *la rencontre, vraie, authentique, avec l'autre est donc en soi un chemin spirituel : l'autre me fait avancer en me décentrant de moi-même, son visage m'interpelle.* »

Le décentrage, notion essentielle des compétences transculturelles

Rachid Bennegadi cite ce cas d'une dame qui le consulte et qui se dit possédée : *« face à une telle explication, on peut la rejeter, la disqualifier. On peut aussi se décentrer, en utilisant le détour pour essayer de comprendre la demande et faire une indication thérapeutique intelligente qui ait du sens pour le patient, sans exotisation, mais sans rejet des références culturelles d'autrui non plus. Il faut écouter ce qu'une plainte veut dire. Qu'est-ce que cela signifie pour moi quelqu'un qui me dit : 'je suis possédée' ?».* Tout comme Louis Ferrant, Rachid Bennegadi met l'accent sur le 'Disclosure', le décentrage qui, selon lui, est une notion essentielle, car s'il n'y a pas de décentrage, il n'y a pas de dialectisation. Si on ne passe pas par ce détour, il n'y a pas de temps pour penser et on ne se trouve jamais à la bonne distance. Pour Rachid Bennegadi, il s'agit d'un choix de société : *« au Centre Minkowska, on trouve un panel de personnalités absolument incroyable. Avant je parlais d'ethnies, de réfugiés : aujourd'hui je ne m'occupe plus que de personnes. Mais pour cela il a fallu faire un travail profond de maîtrise de mes propres stéréotypes, un travail dans l'implication et le recul, ce qui est difficile quand on est sur le terrain. Je me rappelle d'un jeune patient guinéen de 17 ans, mal dans sa peau, qui avait été orienté vers une prise en charge psy. Lors de notre premier rendez-vous, il m'a demandé comment je le percevais. J'étais bien embêté. Qu'est-ce que je pouvais répondre ? Comme un « Black » ? Je n'aurai pas osé. Comme un Africain ? Pas mieux. J'étais vraiment ennuyé : je n'arrivais pas à m'arracher à mes stéréotypes pour voir une personnalité, une trajectoire. Or, c'est d'abord ça le plus important; ce n'est que dans un deuxième temps que l'on peut réinjecter des références culturelles, sur la base de ce que dit le patient. »*

Pour parvenir à une tel décentrage, il faut être ouvert et confronter les modèles exploratoires en présence, celui du patient, celui du médecin, car l'endroit où l'on se trouve, soi, détermine forcément la façon d'envisager les choses. Il est difficile de ne pas cataloguer, de ne pas faire références à ses propres valeurs. Pourtant, comme le relève Rachid Bennegadi, la mondialisation nous met tous au pied du mur. Comment dès lors travailler avec des gens dont je ne partage pas forcément les valeurs de base ? C'est là qu'intervient la compétence culturelle, avec comme support, le cadre théorique de l'anthropologie médicale. Cet outil conceptuel permet une prise en charge centrée sur la personne et qui analyse l'expression de la souffrance psychique, en évaluant l'importance et la signification des représentations culturelles (ILLNESS). *« Si un homme me dit, j'entends les esprits : c'est une façon de me dire : je dors mal, je mange mal, je ne supporte plus le regard des gens. Ce sont des symptômes universels. »* A ce stade, l'importance du management interculturel entre aussi en ligne de compte : si la langue du patient est différente de celle du soignant, il faut prévoir un intermédiaire qui puisse traduire la langue, mais aussi les expressions de la souffrance psychique au plus juste. L'anthropologie médicale tient également compte des déterminants sociaux qui influencent cette souffrance psychique (SICKNESS). Enfin, l'interprétation des symptômes par le thérapeute (DISEASE) se fera au plus près de la réalité clinique, évitant ainsi la stigmatisation, la complicité culturelle, le mauvais diagnostic, et par conséquent, l'indication thérapeutique inadaptée.

L'anthropologie médicale clinique (A.M.C.) =	
Signification des représentations culturelles	ILLNESS
	+
Impact des déterminants sociaux	SICKNESS
	+
Interprétation des symptômes	DISEASE

Se former aux différents modèles d'explication de la souffrance

Pour Rachid Bennegadi, il est important de se former à cette compétence culturelle, en prenant des cas cliniques qui permettent d'appréhender les modèles exploratoires en présence. « *Il n'y pas qu'un seul modèle de compréhension de la souffrance* ». Il importe donc de pouvoir repérer les stéréotypes qui sont susceptibles d'être à l' uvre dans la prise en charge, ce qui nécessite une supervision, et d'apprendre à se décentrer en faisant place à d'autres réalités, sans nécessairement y adhérer, mais en cherchant la meilleure indication thérapeutique pour le patient. Il s'agit d'écouter ce que veulent dire les références culturelles du patient.

IV. Les compétences transculturelles dans la pratique

Le colloque a accueilli des personnes-ressources venues exposer leurs pratiques et débattre de celles-ci avec les participants.
L'objectif était de pouvoir se plonger dans la pratique en tenant compte des cadres théoriques explicités lors de la matinée :

- le concept de Care;
- le concept tridimensionnel des compétences multiculturelles, interculturelles et transculturelles;
- l'anthropologie médicale et ses notions de 'Illness', 'Sikness' et 'Disease';
- les pièges des stéréotypes;
- les remèdes du décentrage, de l'engagement, de la proximité ou encore de l'empathie. Car, comme l'a souligné Guy Tegenbos, l'animateur de cette partie pratique : *« on ne peut pas comprendre sans agir, mais on ne peut pas non plus agir sans comprendre »*.

Compétences transculturelles & orientations sexuelles

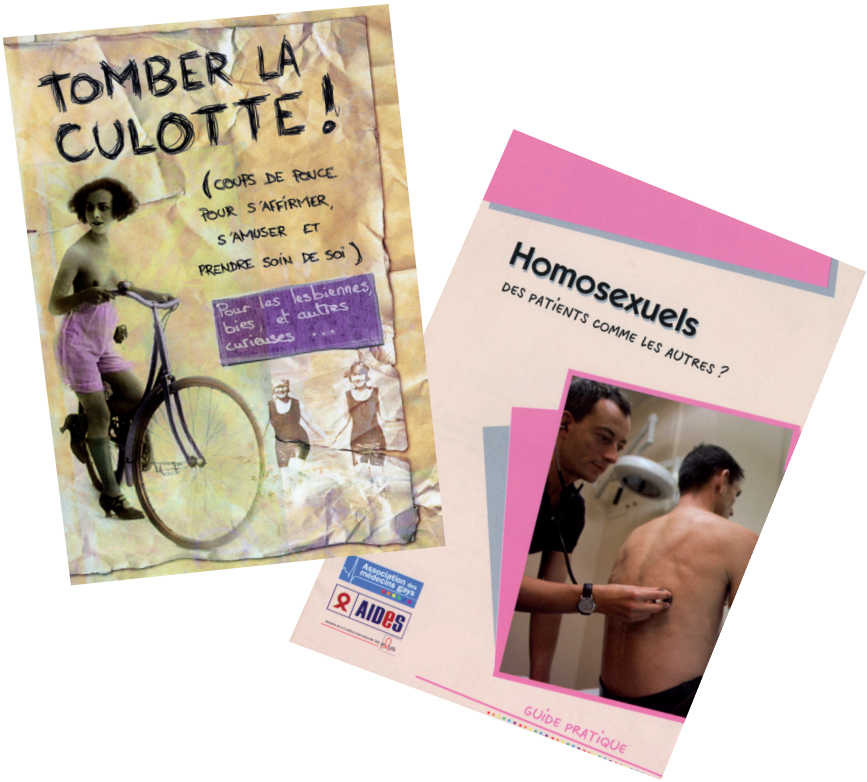
Nicolas Foureur
Spécialiste en dermatologie-vénérologie
Chef de clinique aux hôpitaux de Paris
Ex-membre de l'Association française des Médecins Gays (AMG)

Nicolas Foureur a d'emblée mis l'accent sur la difficulté d'agir en tenant compte de la diversité, en France. Il estime ne pas du tout être en phase avec le discours français selon laquelle il faudrait soigner tout le monde de la même façon. Les conceptions égalitaristes et universalistes sont très prégnantes et lorsqu'on s'intéresse aux « communautés », on est vite taxé de communautariste et de militant. Médecin dans le Marais (quartier gay parisien), Nicolas Foureur, appartenant lui-même à la « communauté » gay, a ouvert un cabinet en association avec deux autres collègues. Il estime pouvoir traiter cette « communauté » de manière appropriée car il est conscient des difficultés et des réalités propres à la population homosexuelle. Au sein du Centre éthique de l'hôpital Cochin, il participe également à l'évaluation de cas cliniques et de difficultés éthiques qui se posent dans le cadre de la relation de soins.

Actif jusqu'il y a peu au sein de l'AMG, la plus vieille association gay de France qui rassemble surtout des homosexuels et qui était déjà constituée avant l'apparition de l'épidémie du SIDA, Nicolas Foureur a participé aux activités d'information et de prévention liées aux questions qui touchent le monde homosexuel, comme le VIH, mais aussi l'usage de drogues, l'homoparentalité et bien d'autres sujets. L'AMG mène des actions avec d'autres institutions comme l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé(INPES), l'Agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS) et d'autres associations comme AIDES ou le Réseau d'assistance aux victimes d'agression et de discriminations (RAVAD). Un site Internet (www.medecins-gays.org) informe la population homosexuelle et témoigne d'un malaise persistant d'une partie de la population gay dans ses rapports avec le corps médical, en raison d'une méconnaissance des pathologies qui concernent les lesbiennes, gays, bisexuels et transexuels et aussi parfois d'une homophobie et d'une sérophobie dans le chef de certains médecins.

L'AMG a entre autres réalisé une brochure « Sexe et Santé » avec l'INPES et elle a produit avec l'association AIDES une brochure destinée spécifiquement aux médecins généralistes qui s'intitule « *Homosexuels : des patients comme les autres ?* ». Car, comme Nicolas Foureur l'explique : *« il y a toujours un problème d'acceptation de la population gay, on est encore toujours confrontés à des patients qui se disent jugés par leur médecin généraliste. Le malaise persiste et il y a aussi encore pas mal d'ignorances des réalités et des pratiques sexuelles des gays. C'est pourquoi il nous a semblé important de faire cette brochure pour attirer l'attention des généralistes sur l'homosexualité, sur le fait que cette « communauté » vit encore toujours dans la crainte du rejet et n'ose pas forcément parler de son orientation sexuelle. Il existe des spécificités propres à cette « communauté » sur le plan médical auxquels il faut être attentif, comme une attention particulière aux infections sexuellement transmissibles dont le VIH, à la consommation de drogues ou aux troubles psychiques comme le suicide chez les adolescents, notamment. Par exemple, lorsque je reçois un patient gay qui se gratte, je pense directement à la gale qui est une affection assez présente dans la « communauté » homosexuelle. Idem pour la syphilis pour laquelle je demande une sérologie dès l'apparition de boutons, même si cela n'apparaît évident à première vue. Je pense aussi à ce patient qui présentait un érythème de la face et du torse assez grave, avec de la fièvre. Il avait déjà été aux urgences et chez deux médecins généralistes qui n'avaient pas trouvé la cause du problème. Connaissant son homosexualité et les pratiques qui y sont liées, j'ai pensé à l'utilisation de drogues comme les poppers qui sont des gaz inhalés pendant les rapports sexuels pour augmenter la libido. Finalement, en ouvrant la discussion et en mettant le patient plus à l'aise dans la relation de soins, il s'est ouvert sur son utilisation de la drogue GHB qui était à l'origine de ses problèmes dermatologiques. »*

D'autres brochures plus spécifiques au public lesbien et transsexuel existent également, avec un langage plus militant, étant donné le manque de reconnaissance plus grand encore au sein de la population.
Pour Nicolas Foureur, l'existence de centres de santé communautaires ne pose aucun problème dans d'autres pays comme les Etats-Unis, alors qu'en France, cela reste mal vu. Or, pour ce praticien attentif aux questions éthiques, le fait pour un patient d'être pris en charge par un médecin sensibilisé aux modes de vie et aux pathologies potentiellement liées à l'homosexualité permet une meilleure prise en compte de ces problèmes de santé, avec des échanges entre patients et médecins plus ouverts et plus directs. *« Tout cela permet de mieux comprendre la demande, d'avoir une meilleure connaissance et une expérience plus approfondie des situations abordées et de promouvoir un meilleur accès aux soins pour certains patients homosexuels qui hésitent à consulter de crainte d'être rejetés. Il ne s'agit pas de créer des ghettos ou d'obliger chaque soignant à être aussi pointu dans la connaissance de ce milieu, mais bien de défendre une manière d'envisager la prise en charge médicale dans une proximité qui tient compte de l'orientation sexuelle dans les soins. »*



Raf Bronselaer
Directeur du nursing de Mederi

Raf Bronselaer a découvert la diversité liée aux origines, dans le cadre de sa pratique professionnelle en tant qu'infirmier à domicile à Molenbeek, dans le quartier des Étangs noirs. *« J'étais assez inquiet de ne pas savoir comment m'y prendre avec les autres cultures : je me suis assez vite rendu compte que derrière chaque porte, la diversité est présente en fonction de l'origine, de la religion ou des choix philosophiques, de la langue, mais aussi selon la culture propre au groupe familial, avec un ensemble de conventions qui facilitent le vivre ensemble. »* Dans chaque maison, il y a une sous-culture par rapport à laquelle il faut s'adapter et traduire, reformuler, contextualiser. Lorsque l'on vient prodiguer des soins à domicile, on doit respecter les règles de la maison et donc on s'adapte au fonctionnement de celle-ci, à la différence de l'hôpital ou de la maison de repos. Il s'agit d'intervenir de manière minimaliste. On se trouve aujourd'hui aussi dans une société où l'on connaît une perte de la culture unique. On trouve donc plus de complexité au sein des relations entre les personnes. Cela vaut évidemment pour les relations patients/soignants.

Raf Bronselaer met l'accent sur le fait qu'en l'espace de trente ans, on est passé d'une exécution technique des soins à une prise en charge du patient qui suppose un dialogue, une empathie, avec l'idée que l'on va faire un chemin ensemble. Pour cela, il faut une anamnèse, un diagnostic correct, un plan de soins établi avec le patient, mais aussi le fait d'être attentif aux aspects psychiques, physiques et sociaux dans la prise en charge. *« Dans la relation de soins, la vision du patient et celle du soignant sont parfois très éloignées. La manière dont le patient vit sa maladie peut être perturbante. L'essentiel est de trouver un terrain d'entente où le respect est présent de part et d'autre. Si l'on est confronté à un soignant qui manque d'empathie, l'efficacité des soins va en pâtir, tout comme l'évaluation, avec le risque que les soins soient interrompus. Au-delà des compétences, les attitudes sont essentielles. »*

Autre constat de Raf Bronselaer : le fait d'être le plus souvent amené à gérer des situations de soins, où l'aidant est allochtone et l'aidé, autochtone. À l'inverse de ceux qui pensent que l'intégration a échoué, lui, pense que si l'intégration ne va que dans un seul sens, on court à la catastrophe. Il faut donc établir une relation qui ne soit pas à sens unique, mais qui tienne compte des spécificités de chacun, dans le respect de chacune des cultures en présence. Pour cela, il faut une bonne formation dans le chef des soignants : *« certes, il est impossible de connaître toutes les cultures. Il s'agit donc de pratiquer une culture inclusive où le soignant est toujours prêt à répondre aux besoins. Le fait d'être formé à la communication est également important. Or, la formation ne met pas assez l'accent sur cette communication et privilégie trop les compétences techniques. L'empathie et le respect sont des éléments fondamentaux, tout comme le fait d'élaborer des soins globaux, qui ne tiennent pas seulement compte de ce que le médecin a prescrit, mais bien d'une relation humaine à établir. »* Pourtant Raf Bronselaer fait remarquer que le modèle financier appliqué aux soins de santé à domicile ne fait pas de place à cette dimension. Seuls les actes techniques sont tarifés, ce qui ne favorise pas des soins de qualité. D'où la nécessité, pour le directeur du nursing de Mederi, de revoir cet aspect lié au financement des interventions. Par ailleurs, dans les grandes villes comme Bruxelles, il signale également un manque aigu de soignants, ce qui augmente la pression sur ceux qui travaillent dans le secteur et qui les empêche de proposer une approche globale dans les soins.

Compétences transculturelles & handicaps

Jean-Marie Vanhove
société de consultance « Inclusief Consulting »

Lorsque l'on aborde la diversité que l'on retrouve parmi les patients, le handicap figure parmi les cadres de références auxquels il faut être attentif dans la relation de soins.
Pour Jean-Marie Vanhove, la question qui se pose en amont est de savoir si la question du handicap peut être abordée en tant que telle. Le groupe cible des personnes handicapées est également concerné par les questions de pauvreté (24,8% des personnes qui présentent un handicap vivent sous le seuil de pauvreté). 30,4% des personnes handicapées ne font pas appel aux soins de santé de base pour des raisons économiques (et cela concerne aussi des enfants). On retrouve aussi des personnes allochtones parmi les personnes présentant un handicap.

Jean-Marie Vanhove a pris le parti de situer cette problématique du handicap en le définissant comme la conséquence d'une interaction dynamique entre

une personne dont les fonctions sont diminuées et son environnement. L'environnement doit dès lors tenir compte de ces circonstances de façon à ce que ces diminutions de fonctionnalité ne deviennent pas un handicap. Dans le cadre de la relation de soins, le fait de proposer des soins qualitatifs doit donc tenir compte des capacités propres des patients avec un handicap, avec une prise en charge spécifique. À cet égard, une évolution s'est clairement fait sentir dans la prise en compte du handicap en matière de soins de santé : pendant longtemps, c'est le modèle médical qui s'est imposé qui partait du principe que les limitations des fonctions d'un individu le rendent inaptes à fonctionner dans son environnement, ce qui nécessite qu'il soit pris en charge dans un établissement spécialisé. Les choses ont évolué et dans les années 70 : c'est un modèle d'intégration, plus social qui prévaut alors, où, en fonction des possibilités, il s'agit de travailler dans le sens d'une normalisation des conditions de vie. Depuis les années 90, on estime que les personnes avec un handicap ont les mêmes droits que tous les citoyens (modèle démocratique) : les autorités et la législation doivent prendre des mesures pour mener une politique inclusive qui mène à l'égalité de chances.

Comme le souligne Jean-Marie Vanhove, *« si l'on prend en compte les compétences transculturelles dans les relations de soins et qu'on les applique à la question du handicap, il s'agit d'être conscient du cadre de référence de la personne handicapée, en faisant une place aux questions psychologiques et sociologiques qui s'y rapportent. Il faut également connaître ce cadre de référence 'handicap' avec les compétences y afférentes. L'empathie et le respect sont évidemment à la base de la relation de soins, avec une attitude qui repose sur une compétence émotionnelle et une communication avec le patient lui-même, malgré le handicap qui fait parfois barrière lorsque l'on a affaire à des handicaps sensoriels ou mentaux. Il est important de se départir de ses propres stéréotypes dans la perception de la situation de la personne à prendre en charge et, par exemple, ne pas verser dans l'infantilisation ou la condescendance. Il ne faut pas avoir peur de laisser parler la personne handicapée : il s'agit d'interroger le patient pour savoir comment il s'y prend car il est l'expert de sa propre situation et de ses propres limitations. Le travail sur l'attitude est important, sans quoi on risque de tomber dans une routine ».*

Certaines questions doivent également être soutenues et prises en charge par le système, comme l'accessibilité des bâtiments, de la maison, de la chambre, (par exemple les cabinets de dentistes sont très souvent inaccessibles), l'accessibilité de l'information (en tenant compte de l'adaptation des textes), l'accès et l'utilisation de technologies de soutien, le fait de pouvoir être accompagné à l'hôpital (également par un chien d'assistance). La loi sur les aménagements raisonnables a pour but de permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à la vie en société en éliminant les obstacles qui les empêchent d'accéder, de participer à un travail, à une activité ou à un service.

Pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées, il y a des solutions. Pour Jean-Marie Vanhove, *« «tout d'abord sur le court terme, il faut savoir qu'il existe des organisations qui proposent des aides pour chaque groupe-cible. Ces organisations sont nombreuses, en fonction de chaque handicap, mais on ne fait pas assez appel à elles. Le personnel soignant n'a pas le réflexe de se tourner vers ces organisations et cela reste le fait d'initiatives personnelles. Il faudrait que les directions s'emparent de cette préoccupation. De manière plus structurelle, il s'agit de mieux former le personnel médical (médecins, infirmiers) qui, au cours de sa formation, n'est pratiquement jamais en contact avec les personnes handicapées et leurs préoccupations, ainsi que leur cadre de références. Il faut prévoir un cursus spécifique pour mieux appréhender ce type de patients. Enfin, le travail sur les stéréotypes et l'appréciation des situations de handicap de manière adéquate au sein de la société sont essentiels. De cette manière, on évitera peut-être des remarques, comme celle entendue par une personne en chaise roulante, alors qu'elle se présentait dans un service de mise à l'emploi, et où on lui a demandé si elle avait une profession assise... »*

Compétences transculturelles & pauvreté

Stéphanie De Maesschalck
Chercheure à l'Université de Gand

En tant que soignant, on aborde souvent la diversité dans sa généralité, sans vouloir catégoriser, mais il y a aussi des spécificités propres à la question de la pauvreté. En matière de soins de santé par rapport à cette question de la pauvreté, on voit que de nombreux projets, notamment dans le cadre de l'OMS, sont menés pour combler cet écart qu'il y a entre populations pauvres et soins de santé, mais malgré ces initiatives, cet écart est de plus en plus profond.

En Belgique, l'Enquête Nationale de 2007 a donné toute une série d'informations concernant la santé et les soins de santé. Cette enquête a mis en lumière le fait

que les gens pauvres vivent moins longtemps (en moyenne, 5,5 ans de moins). Par rapport au niveau de qualification, les personnes moins qualifiées vivent moins longtemps également. Les personnes pauvres perçoivent leur état de santé comme moins bon et déclarent plus souvent des maladies chroniques. Elles sont plus dépressives, ont plus d'insomnies, prennent plus de médicaments, ont une hygiène dentaire moins bonne. Par rapport aux conditions de vie, elles fument davantage, bougent moins, mangent moins bien. En termes de soins de santé, leur situation de pauvreté a également des répercussions. Les personnes pauvres vont moins souvent chez les spécialistes, ont des problèmes d'hygiène bucco-dentaire et utilisent moins les dispositifs de soins existants.

Sur le plan international, des études ont été menées pour déterminer les causes, les éléments qui renforcent les inégalités en matière de soins de santé. Elles citent le niveau social, le stress, les expériences négatives déjà dans la petite enfance, l'exclusion sociale, le travail peu qualifié lié au manque d'études, avec des risques d'accidents de travail accru, le chômage, la manque de réseau social, une mauvaise alimentation, des problèmes de drogues, La pauvreté est considérée comme une cause de maladie. Le fait de vivre dans un quartier pauvre (par exemple, à proximité de zones portuaires, industrielles, d'autoroutes) induit souvent une qualité de logement très dégradée. Les conditions de vie mauvaises entrainent une santé déficiente.

On peut donner toute une série d'exemples de cette interaction entre pauvreté et santé, comme la situation de cette personne qui travaille dans un atelier protégé et qui se plaint d'horaires de travail très lourds qui ont des répercussions sur sa santé (problème d'asthme). Autre situation : celle des migrants, des allochtones qui sont plus touchés par la pauvreté que le reste de la population (60% des migrants vivent sous le seuil de la pauvreté), avec des répercussions sur les possibilités de se soigner. Le cas de cette personne âgée qui vit avec une pension de 1000 euros est aussi éloquent : elle ne va pas chez son médecin, alors qu'elle souffre d'arthrite rhumatoïde, parce qu'elle n'a pas les moyens. Résultat : elle se retrouve quelques mois plus tard à l'hôpital, avec des complications et des frais plus importants. Les exemples sont nombreux.

Pour Stéphanie De Maesschalck, cette situation doit être prise en compte par les médecins généralistes et les autres professionnels de la santé : *« la situation socio-économique et le niveau d'enseignement du patient doivent être prises en compte. Le plus souvent, les médecins sont blancs, issus de classes sociales supérieures, très qualifiés. Or, ils doivent tenir compte de la situation socio-économique de leurs patients et utiliser les systèmes existants pour alléger les coûts, comme l'application du tiers payant, l'établissement d'un dossier médical, le recours aux médicaments génériques. Le contexte de vie du patient est très important. Une approche pluridisciplinaire peut aussi être intéressante, en concertation avec les services sociaux et les CPAS. Sur le plan individuel, il faut*

absolument établir une relation de confiance, basée sur une attitude positive et en laissant de côté les idées reçues, les stéréotypes. Il faut prendre du temps, expliquer au patient, éviter le jargon, impliquer le patient dans les soins. Ce n'est pas parce qu'un patient est pauvre et peu qualifié qu'il est stupide. Il faut lui permettre de poser des questions. Cette prise de conscience doit se faire dans le chef des médecins généralistes ».

V. Conclusions

Hilde Tailleu
Consultante en soins de santé et directrice de l'asbl Anders

Hilde Tailleu a jeté un regard critique sur le contenu de cette journée et a mis d'emblée l'accent sur la nécessité d'avoir un regard ouvert sur toutes ces questions.
Il ne faut pas se limiter à la question de l'orientation sexuelle, de l'origine, de la pauvreté ou du handicap. Mais, il convient de bien tenir compte de l'influence de la manière dont les personnes vivent aujourd'hui et sur la manière dont ils se confrontent au Care.

Chacun dispose de son propre cadre référentiel. Cela vaut tant pour les patients que pour les soignants, En tant que professionnel, quand l'on est confronté à des personnes qui ont besoin de soins, on agit, on réfléchit à partir de son propre cadre référentiel et on place l'autre qui est en face de soi dans des cases. C'est un mouvement inconscient et c'est important d'en prendre conscience. Nous envoyons des informations aux autres sur nous-mêmes et ils reçoivent ces informations à partir de leurs propres références. Chacun se jauge. Chacun trie les milliers d'informations reçues et dans certaines situations, ce tri facilite la tâche et permet d'avancer sur la base de l'expérience, du savoir-faire, des connaissances. Parfois, le Care s'opère sans que l'on y prenne attention.

Mais il s'agit aussi d'être en alerte par rapport à nos propres réactions, d'être ouvert à ce que l'autre a à nous dire. Derrière chaque groupe, chaque personne, chaque maison, il y a en effet une autre culture, une autre vérité et il faut sans cesse se poser des questions sur le fait de savoir si on a la bonne vision des choses, si on a les bonnes réponses. Il faut oser être critique vis-à-vis de soi-même.

Les compétences transculturelles peuvent permettre aux professionnels de poser les bonnes questions. Certes, pour être présent à l'autre, il faut aussi pouvoir se préserver, ne pas tout prendre sur soi, mettre en avant l'importance d'une collaboration, d'une approche multidisciplinaire. Mais il faut surtout apprendre à accueillir les différences comme une plus-value, comme un supplément de qualité et non comme un problème.

VI. Bibliographie

Ouvrages

ACCARDO, A. *Introduction à une sociologie critique : Lire Pierre Bourdieu*. Agone, Marseille, 2006

ARENDT, H. *La condition de l'homme moderne.* Calmann-Lévy, Paris, 1961

ADMR (Aide à Domicile en milieu rural). *Cinquante ans de services à domicile : naissance et développement du mouvement associatif de proximité.* ADMR éditeur, Paris, 1995

BONAMY, B. *Technicien de l'intervention sociale et familiale : un travail social de proximité*. Éditions Erès, Ramonville St Agne, 2005

BONAMY, B. *Les défis de la travailleuse familiale* : *entre travail social et service de proximité*. Éd. Erès, Ramonville St Agne, 1997

CASTEL, R. *L'insécurité sociale : Qu'est-ce qu'être protégé ?* Seuil et la république des idées, Paris, 2003

CASTEL, R. *Les métamorphoses de la question sociale.* Gallimard, collection folio / essais, Paris, 1995

CHAUVIERE, M. *Le travail social dans l'action publique : sociologie d'une qualification controversée.* Dunod, Paris, 2004

CHAUVIERE, M. et SASSIER, S (dir). *Les implicites de la politique familiale : approches historiques, juridiques et politiques.* Dunod, Paris, 2000

COLIN, A. *Philosophie 123*. Domond, SL, 2000

CROUZAL, D. *Technicienne en intervention sociale et familiale : Formation, diplôme et carrière*. ASH étudiants, Rueil Malmaison, 2005

GILLIGAN, C. (trad. fr. A. KWIATEC). *Une si grande différence.* Flammarion, Paris, 1986

DJAOUI, E. *Intervenir au domicile*. Éditions ENSP, Rennes, 2004

DUSSUET, A. *Travaux de femmes : enquêtes sur les services à domicile.* L'Harmattan, Paris, 2005

GAY-CROSIER, V. *Une si grande différence : Une analyse de travaux de Carol Gilligan*. Théologie morale fondamentale, Université de fribourg, SD

GARRAU, M. et LEGOFF, A. *Care, justice, dépendance. Introduction aux théories du Care*. PUF, Paris, 2010

MARTIN, C (dir.). *La dépendance des personnes âgées : Quelles politiques en Europe ?* Éd. ENSP. PUR, SL, 2003

MUNOZ-DARDE, V. *La justice sociale : Le libéralisme égalitaire de John Rawls*, SL, SD

PAPERMAN, P. et LAUGIER, S (dir.). *Le souci des autres : Ethique et politique du Care.* Éd EHESS, Paris, 2005

RAWLS, J (trad. fr. C. AUDARD). *Théorie de la justice*, , Le Seuil, Paris, 1987

ROSANVALLON, P. *La nouvelle question sociale : Repenser l'état providence*. Le Seuil, Paris, 1995

ROSANVALLON, P. *La crise de l'état providence*. Le Seuil, Paris, 1981

TRONTO, J. *Un monde vulnérable. Pour une politique du CARE.* La découverte, SL, 1993

Articles, revues et textes

BREVIGLIERI, M. *L'individu, le proche et l'institution : travail social et politique de l'autonomie*. Informations sociales, 145, 2008

BREVIGLIERE, M. et PATTARONI L. *Quelques effets de l'idée de proximité sur la conduite et le devenir du travail social.* Revue suisse de sociologie, 29, 2003

BRUGERE, F. *La sollicitude. La nouvelle donne affective des perspectives féministes.* Esprit, les nouvelles figures du soin, 2006

CRESSON, G. et GADREY, N. *Entre famille et métier : le travail du Care.* Nouvelles questions féministes. 3, vol. 23, 2004 et *Femmes : combats et débats*. Sciences Humaines, 2005

DORLIN, E. *Dark Care : de la servitude à la sollicitude* in PAPERMAN, P. et LAUGIER, S (dir). *Le souci des autres : Ethique et politique du Care*. Éd. EHESS, Parsi, 2005

GORNICK, J. et MEYERS, M. K. *Entre travail rémunéré et responsabilités familiales, le rôle des états providence : Un regard américain sur la prise en compte du Care dans les politiques sociales européennes*. Revue française des affaires sociales, 2006

GRIFFITH, R. *Community Care: agenda for action*. HMSO, Londres, 1988

HOCHSCHILD, A. *Famille et travail : une perspective radicale*. Nouvelles questions féminines, 2004

HOCHSCHILD, A. *Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale*. Travailler, 92, 2002

LEWIS, J. *Le « community Care » au Royaume-Uni : le tournant des années 90* in MARTIN, C (dir.). *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* Éd. ENSP, Paris, 2003

MOLINIER, P. *La haine et l'amour, La boîte noire du féminisme ? Une critique de l'éthique du dévouement*. Nouvelles questions féministes. 3, vol. 23, 2004

REVUE « Multitudes ». *Politiques du CARE*. 37, 2009

SOARES, A. *Les émotions dans le travail*. Travailler, 92, 2002

ZACCAI-REYNERS, N. *Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin*. Esprit, Les nouvelles figures du soin, 2006

Colofon

Le colloque a bénéficié de l'implication active de :

Rachid BATHOUM, Raf BRONSELAER, Rachid BENNEGADI, Julia CAKIROGLU, Quentin CALLENS, Nathalie COBBAUT, Yves DARIO, Florence DEGAVRE, Stéphanie DE MAESSCHALCK, Jozef DE WITTE, Louis FERRANT, Nicolas FOUREUR, Fatima HANINE, Astérie MUKARWEBEYA, Olivier SUAREZ, Hilde TAILLEU, Guy TEGENBOS, Isabelle VAN DER BREMPT, Jean-Marie VANHOVE, Davy VERHARD

Les actes ont été rédigés par :
Nathalie COBBAUT

Comité de rédaction des actes :
Rachid BATHOUM, Yves DARIO, Fatima HANINE, Davy VERHARD

Editeur responsable :
Jozef DE WITTE

Conception graphique :
Thierry Sauvenière

CENTRE POUR L'ÉGALITÉ DES CHANCES ET LA LUTTE CONTRE LE RACISME

Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme
Rue Royale 138
1000 Bruxelles
T 02 212 30 00
F 02 212 30 30
epost@cntr.be
www.diversite.be

service public fédéral
SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Place Victor Horta 40/10
1060 - Bruxelles

T 02 524 97 97

www.sante.belgique.be

Cette publication est aussi disponible en néerlandais.

Juin 2012